

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MONIQUE BESSETTE

CHANGEMENTS DANS LA RÉGULATION DU
CONTRE-TRANSFERT AVEC LA CLIENTÈLE SOUFFRANT
D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ APRÈS UNE SUPERVISION
CENTRÉE SUR LA THÉORIE DE MASTERSON

AVRIL 2012

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.

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PH. D.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

CHANGEMENTS DANS LA RÉGULATION DU
CONTRE-TRANSFERT AVEC LA CLIENTÈLE SOUFFRANT
D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ APRÈS UNE SUPERVISION
CENTRÉE SUR LA THÉORIE DE MASTERSON

PAR

MONIQUE BESSETTE

Emmanuel Habimana, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Provost, président du jury

Université du Québec à Trois-Rivières

François Guillemette, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Mario Poirier, évaluateur externe

Université du Québec à Montréal (TÉLUQ)

Thèse soutenue le 03 02 2012

Sommaire

L'intervention thérapeutique auprès de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité a la réputation d'être ardue et on l'associe aux impasses et aux échecs thérapeutiques. Ces difficultés reflètent les importants défis de régulation du contre-transfert mais aussi le manque de formation et de supervision clinique adaptées aux réalités de cette pathologie. Les objectifs de cette recherche au devis mixte, quantitatif et qualitatif, sont d'étudier, auprès d'intervenants de première ligne qui travaillent avec une clientèle souffrant de troubles de la personnalité, les changements vécus après une supervision de groupe centrée sur le contre-transfert et sur les concepts de base du modèle clinique de Masterson pour le traitement des troubles de la personnalité. Pendant une période d'environ une année, seize intervenants en santé mentale ont participé à une douzaine de rencontres de supervision. Le volet quantitatif de l'étude suit un plan expérimental avec un groupe témoin constitué de huit participants. Les hypothèses étaient que la supervision produirait un changement positif dans l'anxiété situationnelle, dans le contre-transfert ressenti et dans les perceptions et attitudes des intervenants envers la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Trois instruments psychométriques (*Attitude to Personality Disorders Questionnaire* (Bowers & Allan, 2006), *Countertransference Questionnaire* » (Zittel & Westen, 2003) et l'*Inventaire d'anxiété situationnelle* (Gauthier & Bouchard, 1993)) ont été administrés en pré-test et en post-test. Des différences statistiquement significatives entre les variables dépendantes du groupe expérimental et celles du groupe témoin n'ont pas été observées

dans l'ensemble mais seulement pour deux facteurs du *Countertransference Questionnaire*. Au post-test, les participants au groupe de supervision sont moins désengagés de la relation thérapeutique, leur expérience de l'alliance thérapeutique est plus positive et leur sentiment de proximité avec le client est plus grand même si le changement dans l'intensité ou la fréquence du contre-transfert ressenti n'est pas significatif. Les données qualitatives sur l'expérience des intervenants à la fin de la supervision de groupe ont été recueillies lors d'un entretien semi-dirigé. Après la supervision, les intervenants se sentent mieux outillés pour aider leurs clients qui présentent des troubles de la personnalité et ont plus confiance en leur compétence. Ils vivent plus d'empathie, de désir d'aider et de persévérance dans l'intervention. S'ils continuent de ressentir du contre-transfert négatif, son intensité ou sa durée s'atténuent chez certains participants. Les intervenants sont plus conscients et tolérants de leur contre-transfert négatif après la supervision et moins effrayés ou honteux de le ressentir car ils ont une compréhension différente de ses origines et de la possibilité de l'utiliser dans l'intervention. Les deux dimensions principales de la supervision, soit les concepts de base du modèle théorique de Masterson et la ventilation/normalisation du contre-transfert, ressortent comme des conditions favorables à la progression dans les étapes de régulation du contre-transfert et à l'évolution vers une position plus empathique et plus engagée. L'étude conclut que l'utilisation partielle et vulgarisée d'un traitement d'expert, dans une démarche de supervision relativement brève, peu coûteuse et d'intensité modérée avec des professionnels qui ne sont pas nécessairement formés en profondeur à la psychothérapie, comporte une certaine efficacité.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Contexte théorique	12
Les troubles de la personnalité.....	13
Définition	13
Prévalence	15
Avertissements au lecteur	16
Le contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité.....	18
Définitions et évolution du concept de contre-transfert.....	18
Identification projective, contre-transfert et troubles de la personnalité.....	25
Caractéristiques cliniques des troubles de la personnalité associées au contre- transfert	37
Phénoménologie du contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité	45
Les difficultés dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique	57
Aspects créateurs et destructeurs du contre-transfert par identification projective ..	61
Le processus de régulation du contre-transfert	80
Recension des études empiriques.....	117
La supervision clinique dans le traitement des troubles de la personnalité	129
Pertinence de la supervision clinique pour le traitement des troubles de la personnalité	129
Supervision clinique et travail sur le contre-transfert	133
L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité	137
Assises théoriques de l'approche Masterson.....	137

Principes généraux d'intervention dans l'approche Masterson.....	161
Techniques d'intervention adaptées aux structures intrapsychiques	163
Technique thérapeutique et régulation du contre-transfert dans l'approche Masterson	164
Conclusions et formulation des questions et hypothèses de recherche.....	168
Description de la supervision de groupe à l'étude.....	174
Objectifs de la supervision de groupe.....	175
La focalisation sur le contre-transfert par identification projective.....	176
Définition du travail sur le contre-transfert.....	176
Normalisation et déculpabilisation du contre-transfert par identification projective et des passages à l'acte contre-transférentiels à l'aide du concept de triade contre-transférentielle du thérapeute.....	177
Concepts de base de l'approche Masterson enseignés dans la supervision.....	180
Triade dynamique des troubles du Soi	180
Démarche de formulation d'une hypothèse de structure intrapsychique.....	181
Formulation d'objectifs d'intervention réalistes et faisant l'objet d'un consensus avec le client	182
Techniques d'intervention	182
Règles de fonctionnement explicites	183
Animation et pédagogie	185
Soutien émotionnel des participants	187
Discours idéologique véhiculé par la superviseuse.....	190
Méthode quantitative.....	193
Participants du groupe expérimental.....	194
Caractéristiques de l'échantillon.....	196
Instruments de mesure	201
Variables dépendantes.....	201
Variables contrôle	208
Déroulement de l'expérience.....	211

Groupe expérimental.....	211
Groupe témoin.....	214
Résultats quantitatifs	217
Analyse des données	218
Présentation des résultats	219
Analyses statistiques	219
Méthode qualitative.....	242
Précisions méthodologiques	243
Source des données qualitatives.....	246
Caractéristiques des interviewers.....	248
Méthode d'analyse des données qualitatives.....	249
Principes et méthodes empruntés à la <i>Grounded Theory</i>	249
Synthèse	274
Résultats qualitatifs	277
Changements vécus dans le contre-transfert.....	279
Perception d'être plus compétent et plus efficace.....	279
Vécu émotionnel des intervenants	283
Ventilation et normalisation du contre-transfert négatif dans un climat de soutien	289
Évolution des perceptions et des attitudes négatives à l'endroit de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité.....	293
Approfondissement de l'empathie	297
Changements vécus dans la régulation et l'utilisation thérapeutique du contre-transfert	300
Prise de conscience de son propre vécu émotionnel	300
Analyse du contre-transfert à l'aide du modèle clinique de Masterson	302
Utilisation du contre-transfert dans l'intervention	308
Changements vécus dans la pratique clinique	309
Intégration partielle et individualisée du modèle clinique de Masterson.....	309

Intervention vécue comme plus efficace.....	313
Synthèse des résultats de l'analyse qualitative.....	323
Synthèse des changements vécus dans le contre-transfert.....	325
Synthèse des changements vécus dans le processus de régulation du contre-transfert	328
Intégration du modèle clinique de Masterson et changements vécus dans le contre- transfert et dans la pratique de l'intervenant.....	329
Ventilation et normalisation du contre-transfert.....	330
Synthèse des changements vécus dans la perception de compétence et d'efficacité	331
Conclusion.....	332
Discussion des résultats qualitatif.....	334
Le contre-transfert ressenti envers le client.....	335
Le contre-transfert secondaire au contre-transfert négatif.....	345
La régulation du contre-transfert.....	347
Le passage à l'acte contre-transférentiel de désengagement.....	353
L'empathie et l'alliance thérapeutique.....	356
Le modèle théorique et la normalisation du contre-transfert.....	359
Conclusion.....	365
Références.....	374
Appendice A Guide de présentation de cas.....	394
Appendice B Caractéristiques des participants du groupe expérimental.....	398
Appendice C Caractéristiques des participants du groupe témoin.....	402
Appendice D Traduction française du questionnaire APDQ.....	405
Appendice E Traduction française du questionnaire CTQ.....	410
Appendice F Inventaire d'anxiété situationnelle IASTA-Y1.....	418
Appendice G Questionnaire sociodémographique.....	421
Appendice H Traduction française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg.....	425
Appendice I Traduction française du NPI-16.....	427

Appendice J Feuille d'information et formulaire de consentement (groupe expérimental)	430
Appendice K Feuille d'information et formulaire de consentement (groupe témoin)	439
Appendice L Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité du DSM-IV	446
Appendice M Évolution des moyennes obtenues par le groupe expérimental et le groupe témoin entre le pré-test et le post-test pour les variables dépendantes	448
Appendice N Canevas de l'entretien semi-dirigé	456

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques des groupes de supervision.....	198
2	Différence des moyennes du groupe expérimental et du groupe contrôle au pré-test	219
3	Moyennes obtenues à l'APDQ (pré-test)	221
	Moyennes obtenues à l'APDQ (post-test).....	221
4	Moyennes obtenues au CTQ (pré-test)	222
	Moyennes obtenues au CTQ (post-test)	222
5	Moyennes obtenues au NPI-16, à l'échelle de Rosenberg et au IASTA-Y1 (pré-test)	223
	Moyennes obtenues au NPI-16, à l'échelle de Rosenberg et au IASTA-Y1 (post- test).....	223
7	Diplôme principal des professionnels participants	399
8	Type d'établissement employant les professionnels participants	400
9	Clientèles desservies par les professionnels participants	400
10	Type d'interventions pratiquées par les professionnels participants.....	401
11	Diplôme principal des professionnels du groupe témoin	403
12	Type d'interventions pratiquées par les professionnels du groupe témoin	404

Liste des figures

Figure

1	Triade dynamique du trouble du Soi.....	147
2	Structure clivée borderline dans la typologie de Masterson.....	158
3	Structure clivée narcissique dans la typologie de Masterson.....	158
4	Structure clivée schizoïde dans la typologie de Masterson.....	159
5	La triade contre-transférentielle du thérapeute.....	178
6	Moyennes obtenues pour le facteur "Positif / Satisfaisant" du CTQ.....	225
7	Moyennes obtenues pour le facteur "Désengagé" du CTQ.....	225
8	Modélisation de l'exercice d'écriture des préconceptions.....	255
9	Synthèse des changements vécus dans la régulation du contre-transfert et dans l'intervention.....	324
10	Continuum du contre-transfert.....	327
11	Moyennes obtenues pour le facteur "Critiqué / Maltraité" du CTQ.....	449
12	Moyennes obtenues pour le facteur "Impuissant / Inadéquat" du CTQ.....	449
13	Moyennes obtenues pour le facteur "Positif / Satisfaisant" du CTQ.....	450
14	Moyennes obtenues pour le facteur "Submergé / Désorganisé" du CTQ.....	450
15	Moyennes obtenues pour le facteur "Exceptionnel/ Enchevêtré" du CTQ.....	451
16	Moyennes obtenues pour le facteur "Sexualisé" du CTQ.....	451
17	Moyennes obtenues pour le facteur "Désengagé" du CTQ.....	452
18	Moyennes obtenues pour le facteur "Plaisir versus Répugnance" de l'APDQ...452	
19	Moyennes obtenues pour le facteur "Sécurité versus Vulnérabilité" de l'APDQ	453
20	Moyennes obtenues pour le facteur "Acceptation versus Rejet" de l'APDQ...453	
21	Moyennes obtenues pour le facteur "Motivation versus Futilité" de l'APDQ...454	
22	Moyennes obtenues pour le facteur "Épuisement versus Enthousiasme" de l'APDQ.....	454
23	Moyennes obtenues au IASTA-YI.....	455

Remerciements

Je dédie cette thèse à la mémoire de James Francis Masterson (1926-2010).

La contribution de plusieurs personnes a été essentielle à la réalisation de ce travail de recherche. Ma gratitude va tout d'abord aux membres de mon comité de thèse. Mon directeur de recherche, Monsieur Emmanuel Habimana, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien constant et la pertinence de ses commentaires. Monsieur François Guillemette, professeur au département de sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour m'avoir fait bénéficier de son expertise et de son accompagnement en recherche qualitative. Monsieur Marc Provost, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour m'avoir plus que guidée dans la partie quantitative. Votre confiance, vos encouragements, ainsi que la richesse de vos enseignements m'ont non seulement permis de mener ma tâche à bien, mais aussi de vivre une expérience d'équipe heureuse et harmonieuse.

J'aimerais souligner l'apport de Madame Hélène Gaudette, conseillère en documentation à la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Sa vivacité d'esprit, sa persévérance et sa gentillesse ont été appréciables alors qu'elle m'aidait à faire les recherches documentaires dans les bases de données et à me débrouiller avec la gestion informatique des références bibliographiques.

Mon mari, Michel Paradis, a fourni un travail substantiel en ce qui concerne l'assistance informatique, la production des tableaux et des figures et la mise en page. Je lui suis aussi reconnaissante pour la constance de son soutien affectif, la gestion occasionnelle de mes états d'âme et pour avoir assumé l'organisation de la vie familiale dans les mois de rédaction intensive.

Enfin, je tiens à remercier mes collègues Nathalie Belda et Lorraine Beauchemin qui ont assumé le rôle d'assistante de recherche et se sont occupées de coordonner la réalisation des entretiens de recherche et de leur transcription.

Introduction

Parce qu'ils peuvent être très débilissants et que leur prévalence est très élevée (Muran et al., 2009; Reid, 2009) et parce qu'ils sont associés à une forte demande de services, les troubles de la personnalité constituent une préoccupation majeure en santé publique et en recherche (Lenzenweger, 2009).

L'intervention thérapeutique auprès de cette clientèle demeure toutefois complexe et ardue. Plusieurs comportements, attitudes et dynamiques caractéristiques de la clientèle qui souffre d'un trouble de la personnalité induisent de fortes réactions contre-transférentielles négatives chez les professionnels. Il y a tout d'abord leurs difficultés de régulation émotionnelle (Bland & Rossen, 2005; Conklin, Bradley, & Westen, 2006; Davidtz, 2008; Oldham, 2009; Reiser & Levenson, 1984; Wheelis & Gunderson, 1998) qui comprennent les manifestations de leur rage, de leur haine et de leur hostilité (Bland & Rossen, 2005; Sherby, 1989; Waska, 2000) ainsi que leur besoin d'attaquer l'autre (Fonagy, Target, & Bateman, 2010; Kernberg, 1995; Williams, 2004). Leurs conduites autodestructrices provoquent en partie ce contre-transfert (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Betan & Westen, 2009; Bland & Rossen, 2005; Bongar, Markey, & Peterson, 1991; Conklin, et al., 2006; Davidtz, 2008; Kernberg, 2003; Muran, et al., 2009; Oldham, 2009; Plakun, 1994; C. J. Robins & Koons, 2000; Skorupa & Agresti, 1993; Wheelis & Gunderson, 1998; Yegdich, 1998; Zanarini & Silk, 2001). Il en va de même de leurs difficultés interpersonnelles qui ne manquent pas de se manifester au sein de la

relation thérapeutique (Bland & Rossen, 2005; Bongar, et al., 1991; Galloway & Brodsky, 2003; Gutheil, 2005; Levy, Beeney, Wasserman, & Clarkin, 2010; Madonna, 1991; McIntyre & Schwartz, 1998; Oldham, 2009; Reid, 2009; Wheelis & Gunderson, 1998; Zanarini & Silk, 2001) et leur mécanismes de défense primitifs (Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi, & Rouillon, 2009; Kernberg, 1986; Levy, et al., 2010; Muran, et al., 2009; Plakun, 1994; Schamess, 1981; Sherby, 1989; Tansey & Burke, 1989). Enfin, plusieurs ont relevé les difficultés dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique avec cette clientèle (Adler, 2000; Aviram, et al., 2006; Bender, 2005; Bennett, Parry, & Ryle, 2006; Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Hopwood, 2006; Lingiard, Croce, Fossati, Vanzulli, & Maffei, 1999; Madonna, 1991; Masterson, 1990; Muran, et al., 2009; Oldham, 2009; Plakun, 1994; Reid, 2009; C. J. Robins & Koons, 2000; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007; Wheelis & Gunderson, 1998; Zanarini & Silk, 2001).

Une souffrance contre-transférentielle considérable est normalement associée au traitement des troubles de la personnalité (Book, 1997; Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Ivey, 1995; Kulick, 1985; Madonna, 1991; Progers, 1991; Salz, 1998; Sampson, 2006; Sampson, McCubbin, & Tyrer, 2006; Yegdich, 1998). Le terme « client difficile » est très souvent accolé à ce diagnostic (Bland & Rossen, 2005; Bongar, et al., 1991; Book, 1997; Calvert, 1997; Forsyth, 2007; Hopwood, 2006; Kernberg & Michels, 2009; Sampson, 2006; Zanarini & Silk, 2001). L'étiquette de « client difficile » découle de l'intensité du contre-transfert ressenti par le thérapeute et

l'équipe soignante (Kernberg & Michels, 2009; Korobkin, 2000; Meyers, 1986; Sampson, 2006; Sampson, et al., 2006; Waska, 1999), mais aussi du manque de formation et de supervision clinique appropriée pour soutenir les thérapeutes (Sampson, 2006).

Une vaste documentation clinique traitant de l'importance, dans la thérapie avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité, d'un contre-transfert particulier qui tirerait sa source dans la dynamique du client s'accumule depuis plusieurs décennies. La prise en compte de cet aspect saillant de l'expérience des thérapeutes, soit le contre-transfert par identification projective, n'exclut pas que l'on reconnaisse la coexistence de la contribution de la dynamique personnelle du thérapeute à son contre-transfert (Bateman, 1995; Boyer, 1994; Coburn, 1998; Gabbard, 2005; Grinberg, 1995; Hansen, 1994; Holmqvist & Armelius, 2000; Lane, 1986; Madonna, 1991; Meyers, 1986; Prodgers, 1991; Tansey & Burke, 1989; Waska, 1999; Whitney, 1998).

Dans la conception moderne du contre-transfert, on reconnaît également que les réactions affectives du thérapeute ne sont pas nécessairement négatives, mais qu'elles peuvent faciliter ou non le processus thérapeutique (McIntyre & Schwartz, 1998). L'idée de l'utilité potentielle du contre-transfert est aujourd'hui très populaire et l'on compte le contre-transfert parmi les instruments de travail les plus importants (Prodgers, 1991). Sa compréhension serait aussi importante que celle du transfert (Boyer, 1994) et devrait être placée au centre du travail thérapeutique avec les personnes qui présentent un trouble de

la personnalité (Stearns, 2001b). Le contre-transfert est en effet considéré comme une importante source d'informations utiles pour comprendre les dynamiques inconscientes du client, poser un diagnostic et faciliter le traitement (Betan & Westen, 2009; Kulick, 1985; Tansey & Burke, 1989). Les écrits sur la thérapie du trouble de personnalité limite et des troubles narcissiques encouragent abondamment le thérapeute à prendre conscience de son contre-transfert, qui est généralement inconscient, et à le gérer efficacement au lieu de le minimiser, de l'ignorer et de donner l'étiquette de « client difficile » (Book, 1997; Davidtz, 2008; Galloway & Brodsky, 2003; Schumacher Finell, 1985). Le rationnel qui sous-tend cette recommandation est que la prise de conscience, l'analyse et la régulation du contre-transfert sont cruciales pour l'alliance et l'efficacité thérapeutiques dans le traitement des troubles de la personnalité (Adler, 2000; Bateman, 1995; Cassorla, 2008; Davidtz, 2008; Fonagy, 1991; Fonagy, et al., 2010; Frederickson, 1990; Gutheil, 2005; Hansen, 1994; Kernberg, 1986; Kulick, 1985; McIntyre & Schwartz, 1998; Schamess, 1981; Tansey & Burke, 1989; Waska, 1999, 2000; Wheelis & Gunderson, 1998). À l'inverse, il est dangereux de négliger la régulation du contre-transfert car ce dernier peut se manifester par des comportements et des attitudes inappropriées qui nuisent au processus thérapeutique (Alonso, 1992; Bland & Rossen, 2005; Calvert, 1997; Campbell, 2010; Epstein, 1977; Fonagy, et al., 2010; Frederickson, 1990; Gabbard, 2005; Gutheil, 2005; Guy, 1987; Hayes & Gelso, 1991; Ivey, 1995; Kernberg, 1995, 2003; Kulick, 1985; Lane, 1986; Lequesne & Hersh, 2004; Madonna, 1991; Meyers, 1986; Producers, 1991; Reiser & Levenson, 1984; Robbins & Jolkovski, 1987; C. J. Robins & Koons, 2000; Salz, 1998; Sampson, 2006; Schumacher Finell,

1985; Searles, 1994; Sherby, 1989; Sussman, 1992; Tansey & Burke, 1989; Waska, 1999; Wheelis & Gunderson, 1998; Zannarini & Silk, 2001).

Malgré que l'on reconnaisse que le contre-transfert est une expérience cliniquement significative et même cruciale avec les clients souffrant de troubles de la personnalité, les études empiriques sur le sujet sont encore très limitées. La plupart de ces études ont été réalisées avec des échantillons non cliniques, c'est-à-dire principalement à l'aide de vignettes de cas fictifs (Betan & Westen, 2009; Brody & Farber, 1996; Calvert, 1997; Forsyth, 2007; Korobkin, 2000; McIntyre & Schwartz, 1998; Whitney, 1998). L'idée maîtresse qui ressort des recherches disponibles est que le contre-transfert peut être utile et constituer un outil clinique important dans le travail avec cette clientèle à condition que les thérapeutes soient capables de reconnaître, de comprendre et de canaliser leurs sentiments de manière sensée (Friedman & Gelso, 2000; Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007). Également, certains résultats valident les observations cliniques courantes concernant le fait que les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité limite tendent à avoir des comportements qui invitent la négligence et les mauvais traitements contre-transférentiels de la part des thérapeutes (Brody & Farber, 1996). Enfin, l'importance d'une formation incluant à la fois un cadre théorique solide et la promotion de la conscience du contre-transfert a été mise en lumière (Robbins & Jolkovski, 1987).

Par ailleurs, les écrits soulignent l'importance de la supervision clinique continue pour aider les professionnels à gérer leur contre-transfert avec les « clients difficiles » (American Psychiatric Association, 2002; Davidtz, 2008) et affirment qu'elle pourrait augmenter la qualité des services et la confiance que les cliniciens ressentent dans leur travail avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité (Gabbard, 2005; Kane, 2006; Sampson, 2006). On préconise cette supervision clinique dans le contexte où le personnel de la plupart des services publics de santé manquerait d'expérience et de formation pour travailler efficacement avec cette clientèle (Davies, Tennant, Ferguson, & Jones, 2004; Kane, 2006) et où la formation des psychologues et des psychiatres dans le domaine des troubles de la personnalité comporterait également des lacunes considérables (Snowden & Eddie, 2003).

Plusieurs éléments pouvant contribuer à la pertinence de la formation et de la supervision dans le domaine des troubles de la personnalité sont mis de l'avant. Fournir un modèle explicatif pour comprendre la dynamique et la détresse de la clientèle et remettre en question les stéréotypes qui la stigmatisent pourrait favoriser le processus de régulation du contre-transfert (Aviram, et al., 2006; Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Chatziandreou, Tsani, Lamnidis, Synodinou, & Vaslamatzis, 2005; Forsyth, 2007; Gabbard, 2005; Gibbons, 2010; Kane, 2006; Reiser & Levenson, 1984; Sampson, et al., 2006). Ce serait aussi le cas si l'on focalise explicitement sur le contre-transfert négatif dans le cadre de la supervision et que l'on offre aux supervisés un soutien émotionnel et un espace de réflexion sur leur pratique (Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Brody &

Farber, 1996; Chatziandreou, et al., 2005; Davies, et al., 2004; Holmqvist & Armelius, 2006; Ioannovits, 2007; Kane, 2006; McTighe, 2010; Reiser & Levenson, 1984; C. J. Robins & Koons, 2000; Sampson, et al., 2006; Streat, 2001a; Weatherford, O'Shaughnessy, Mori, & Kaduvettoor, 2008). Sampson (2006) précise que si l'on veut que la supervision clinique contribue efficacement au travail avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, elle devrait être spécifiquement adaptée pour composer avec les défis uniques présentés par cette clientèle. Plusieurs auteurs ont relaté de manière anecdotique ces aspects bénéfiques de la supervision clinique pour le travail avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude empirique n'a encore été réalisée sur le sujet.

La recension des études empiriques suggère que la régulation du contre-transfert et l'habileté du thérapeute à dénouer des impasses avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité seraient favorisés par la combinaison de deux éléments qui s'influencent mutuellement : une meilleure compréhension intellectuelle de la pathologie et le travail sur le contre-transfert (Robbins & Jolkovski, 1987). La compréhension théorique et l'approche de traitement psychothérapique des troubles de la personnalité développées par Masterson (1989, 1995) fournissent un cadre de référence pour comprendre, prévoir et gérer plusieurs des difficultés et impasses que l'on rencontre dans l'intervention avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Le modèle de Masterson propose également une compréhension des enjeux contre-transférentiels particuliers avec cette

clientèle. La conception du contre-transfert qu'il avance est très cohérente avec la documentation clinique et scientifique d'actualité.

Encore une fois, peu de recherches empiriques se sont intéressées à l'expérience subjective qu'ont les thérapeutes de la régulation de leur contre-transfert avec les « clients difficiles » et à leur compréhension de l'impact de leur contre-transfert sur le processus thérapeutique. La contribution de la supervision clinique à la régulation du contre-transfert et à la perception de l'efficacité thérapeutique avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité n'a jamais non plus été examinée de manière empirique.

Les objectifs de la présente recherche sont d'étudier, auprès d'intervenants de première ligne qui travaillent avec une clientèle souffrant de troubles de la personnalité, les changements vécus après une supervision clinique de groupe, supervision centrée sur le contre-transfert et sur les concepts de base de l'approche de Masterson. L'approche méthodologique est mixte, c'est-à-dire quantitative et qualitative. Le volet quantitatif suit un plan expérimental, les participants étant assignés au hasard dans le groupe de supervision ou le groupe témoin. La variable indépendante est le processus de supervision de groupe centré sur les concepts de base du modèle de Masterson et sur le contre-transfert. Les variables dépendantes sont le contre-transfert ressenti, incluant les perceptions et attitudes envers la clientèle et le niveau d'anxiété généralement ressenti dans le travail avec cette clientèle. Le volet qualitatif de l'étude s'intéresse à l'ensemble

des changements vécus par les intervenants après leur participation à la supervision de groupe, sans les délimiter a priori.

Le contexte théorique constitue la première section de cette thèse. Il présente la recension des écrits cliniques et des recherches empiriques portant sur le contre-transfert et sur la supervision clinique des thérapeutes qui travaillent avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité. Il résume également l'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité en abordant ses assises théoriques, ses principes généraux et ses techniques d'intervention, ainsi que sa vision du contre-transfert. Le contexte théorique se termine par la formulation des questions et des hypothèses de recherche. La seconde section, « Description de la supervision de groupe à l'étude » décrit les paramètres de la supervision de groupe centrée sur les concepts de base du modèle de Masterson et sur le contre-transfert. La troisième section, « Méthode quantitative », rapporte les caractéristiques des participants du groupe expérimental et du groupe témoin et retrace la démarche quantitative utilisée en décrivant les instruments de mesure des variables dépendantes et des variables contrôle, les procédures de recrutement et le déroulement de l'expérience. La quatrième section porte le titre de « Résultats quantitatifs ». Elle présente les résultats de l'analyse statistique des données quantitatives alors que la cinquième section, « Discussion des résultats quantitatifs », aborde l'interprétation de ces résultats et les pistes de recherches futures. La démarche méthodologique du volet qualitatif de cette recherche fait l'objet de la sixième section appelée « Méthode qualitative ». Celle-ci commence par une description

du canevas d'entretien semi-dirigé utilisé et des caractéristiques des interviewers pour décrire ensuite la méthode d'analyse empruntée à la *Grounded Theory* adoptée pour traiter les données qualitatives. La septième section, « Résultats qualitatifs » présente en détails puis synthétise les résultats de l'analyse qualitative, soit les changements vécus par les intervenants sur le plan du contre-transfert ressenti, de la régulation et de l'utilisation thérapeutique du contre-transfert, de même que de la pratique clinique. Ces résultats qualitatifs sont discutés à la lumière de la recension des écrits et sont mis en relation avec les résultats quantitatifs dans la huitième et dernière section, « Discussion des résultats qualitatifs ».

Contexte théorique

Cette section couvre la recension de la documentation clinique et scientifique portant sur le contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et sur la supervision clinique en lien avec le traitement des troubles de la personnalité. Après avoir établi les définitions du trouble de la personnalité et du contre-transfert, nous traiterons de la phénoménologie particulière du contre-transfert que cette clientèle active à travers diverses caractéristiques cliniques. Le processus de régulation du contre-transfert et le potentiel diagnostique et thérapeutique de l'expérience contre-transférentielle du thérapeute seront discutés. Nous aborderons ensuite la pertinence de la supervision clinique dans le traitement des troubles de la personnalité et d'un travail sur le contre-transfert au sein de cette supervision. Enfin, nous résumerons le modèle clinique du traitement des troubles de la personnalité de Masterson : ses assises théoriques, ses principes généraux et ses techniques d'intervention. La formulation des questions et des hypothèses de recherche clôt cette section.

Les troubles de la personnalité

Définition

La classification médicale du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) définit les troubles de la personnalité comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation doit se manifester dans au moins deux des domaines suivants :

la cognition, la réponse émotionnelle, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions. Les troubles de la personnalité se caractérisent par des traits de personnalité rigides et inadaptés. Ces traits envahissent des situations personnelles et sociales diverses et entraînent une souffrance cliniquement significative ou nuisent au fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. La stabilité à travers les années et dans différentes sphères de fonctionnement est un critère important pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Les traits de personnalité doivent ainsi être distingués des éléments qui apparaissent pour une période limitée en réponse à des situations de stress spécifiques. Ils doivent aussi être distingués des symptômes et réactions qui sont dus à des états mentaux transitoires ou à d'autres troubles mentaux. La version actuellement en vigueur du DSM-IV répertorie dix troubles de la personnalité à partir de constellations de traits pathologiques distinctes, mais qui partagent toutes ces mêmes critères généraux.

D'autres classifications et modèles théoriques des troubles de la personnalité que ceux du DSM-IV existent. Notamment, la tradition psychodynamique conçoit plusieurs troubles de personnalité du DSM-IV comme reflétant un niveau de fonctionnement intrapsychique spécifique se situant au-delà des traits de personnalité ou des manifestations comportementales. Ce niveau de fonctionnement psychique est caractérisé par des faiblesses des fonctions du Moi, des régressions aux processus de pensée primaires, une identité diffuse et des opérations défensives primitives. Dans cette perspective, le terme « état limite » désigne un type particulier d'organisation psychique

qui peut se retrouver dans une fourchette assez large de troubles de la personnalité et qui peut être associée à une symptomatologie très hétérogène (Fonagy, 1991; Kernberg, 2010; Masterson, 2005). Masterson (Masterson & Klein, 1989) propose sa propre classification des troubles de la personnalité, qu'il désigne sous le terme de « troubles du Soi », dans une perspective développementale, de la théorie du Soi et de la théorie des relations d'objet¹.

Prévalence

Les troubles de la personnalité sont très prévalents et peuvent être très débilissants (Muran, et al., 2009; Reid, 2009). Ils sont depuis longtemps l'une des plus importantes causes d'inadaptation à long terme, tant dans les populations traitées que non traitées. Six études épidémiologiques importantes estiment leur prévalence dans la population générale autour de 10 % (Lenzenweger, 2009; Lyons & Jerskey, 2002; Merikangas & Weissman, 1986; Reich & Nduaguba, 2005). Leur importance est encore plus frappante dans les populations cliniques où plus de la moitié des consultations, psychiatriques, psychologiques et psychosociales confondues, sont demandées par des personnes qui présentent un trouble de la personnalité (Merikangas & Weissman, 1986). Un tiers des personnes hospitalisées en psychiatrie souffriraient aussi d'un trouble de la personnalité selon les critères du DSM-IV (Adel, Grimm, Mogge, & Sharp, 2006), alors que cette proportion grimpe à 45,5 % pour les usagers des cliniques de psychiatrie externe

¹ La classification de Masterson et son modèle de la psychothérapie des troubles de la personnalité sont présentés de façon détaillée dans la section «L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité» du contexte théorique, page 137.

(Zimmerman, Chelminski, & Young, 2008). Les individus qui souffrent d'un trouble de la personnalité constituent également une proportion significative de la charge de cas des professionnels des cliniques communautaires de santé mentale (Burns, 2006). Étant donné que ces pathologies sont associées à une forte demande de services, elles constituent une préoccupation majeure en santé publique et en recherche, et accaparent beaucoup l'attention des cliniciens (Lenzenweger, 2009).

Avertissements au lecteur

Pour les besoins de la présente étude, nous allons considérer l'ensemble des troubles de la personnalité, c'est-à-dire toute la gamme des troubles répertoriés par le DSM-IV à l'exclusion des individus psychopathes pouvant représenter un sous-groupe de la personnalité antisociale du DSM-IV.

Les diverses études empiriques et les écrits cliniques dont nous faisons la recension s'inscrivent dans divers courants et utilisent des classifications différentes tout en partageant le même vocabulaire. Ainsi, le même terme « borderline », « narcissique » ou « schizoïde » ne désigne habituellement pas la même entité clinique d'une école de pensée à l'autre, d'une époque à l'autre, ou même pour deux théoriciens ou cliniciens à l'intérieur d'une même tradition. Un grand nombre d'études empiriques et d'écrits cliniques portant sur le contre-transfert suscité par les clients diagnostiqués d'un trouble de la personnalité s'attachent particulièrement au trouble de la personnalité limite du DSM-IV. Précisons que l'on peut considérer ce trouble tout simplement comme une

forme sévère de trouble de la personnalité et non comme une pathologie fondamentalement différente des autres troubles de personnalité du DSM-IV. Le lecteur doit garder à l'esprit que les manifestations phénoménologiques, de même que le degré de sévérité, varient à l'intérieur du trouble de la personnalité limite et varient d'un trouble de la personnalité à l'autre, mais que ces diverses caractéristiques appartiennent fondamentalement à la même pathologie. Tous les troubles de la personnalité répertoriés par le DSM-IV partagent les mêmes critères diagnostiques généraux et ont en commun un certain fonctionnement psychodynamique.

Pour toutes ces raisons, et dans un souci de ne pas alourdir inutilement le texte, nous avons choisi d'adopter, sauf exception, le terme générique « trouble de la personnalité » sans faire plus de distinctions nosographiques.

Dans ce chapitre, nous décrivons les réactions contre-transférentielles telles qu'elles sont rapportées dans les écrits cliniques. On doit se rappeler que la probabilité que le thérapeute éprouve toute la gamme et toute l'intensité de ces expériences s'accroît avec la sévérité du trouble de personnalité du client. Les écrits se réfèrent le plus souvent, mais pas exclusivement, aux troubles limite, narcissique et schizoïde du DSM-IV, qui sont tous des troubles sévères. Le défi de composer avec l'intensité émotionnelle et les sautes d'humeur du client est alors plus grand. Le portrait qui se dégage de la documentation scientifique est donc biaisé vers une plus grande sévérité. Cela convient

toutefois à notre étude, puisque les cas présentés en supervision par nos participants étaient pour la grande majorité sévères.

Toujours dans le but d'éviter une confusion inutile, nous avons choisi d'uniformiser le texte en utilisant les termes « client » et « thérapeute » dans la plupart des contextes (hôpital psychiatrique, cabinet privé de psychologue, cliniques communautaires de santé mentale, etc.) en remplacement des termes « analysant », « patient » et « analyste » que l'on retrouve aussi dans les écrits. Nous ne les avons conservés que dans le contexte de l'histoire de la psychanalyse.

Le contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité

Définitions et évolution du concept de contre-transfert

Le contre-transfert compte parmi les concepts centraux en thérapie analytique (Aronson, 1986; Meyers, 1986). Le terme a été introduit par Freud en 1910 (Tansey & Burke, 1989). À l'origine, le concept de contre-transfert était défini comme étant le transfert inconscient de l'analyste envers le patient ou envers le transfert du patient (Kernberg, 1994). Freud le voyait comme le produit de l'influence des communications verbales et non verbales du patient sur l'inconscient de l'analyste (Boyer, 1994).

Plusieurs ont relevé le caractère paradoxal des positions de Freud sur le contre-transfert (Boyer, 1994; Prodgers, 1991; Strean, 1999; Tansey & Burke, 1989). D'une part, Freud n'a jamais reconnu l'utilité de la vie subjective et émotionnelle du thérapeute

et voyait le contre-transfert comme une résistance de sa part. Il comparait l'analyste au chirurgien devant établir un champ stérile et l'exhortait à mettre tous ses sentiments de côté. Freud considérait les réactions émotionnelles fortes envers le patient comme la preuve que l'analyste avait une connaissance de soi insuffisante et qu'il était incapable de maintenir une attitude thérapeutique (McIntyre & Schwartz, 1998). Selon lui, l'analyste devait surmonter son contre-transfert par son auto-analyse afin de recouvrer une position de neutralité (Kernberg, 1994). Mais, d'autre part, Freud comparait l'inconscient de l'analyste à un organe réceptif devant capter, sans se censurer, les transmissions de l'inconscient du patient afin de pouvoir trouver un sens au matériel clinique (Boyer, 1994; Proegers, 1991; Streaun, 1999; Tansey & Burke, 1989). Tansey et Burke (1989) avancent que Freud croyait que l'analyste devrait se purifier de ses enjeux personnels contaminants et ainsi devenir essentiellement un conduit parfait à travers lequel passent les perceptions conscientes et inconscientes du patient. Comme le chirurgien, il serait alors capable de mettre ses propres sentiments de côté sans avoir à retenir hors de la conscience ce que son inconscient a perçu. Cependant, Freud a peu écrit sur l'utilité du contre-transfert (Betan & Westen, 2009) et c'est l'idée du contre-transfert en tant qu'interférence dangereuse et devant être contrôlée qui a été retenue pendant une assez longue période de temps.

L'attitude ambivalente et négative de Freud envers le contre-transfert et sa vision étroite dans laquelle le contre-transfert est honteux, inapproprié, voire pathologique a découragé la discussion ouverte et l'étude systématique du contre-transfert (Betan &

Westen, 2009; Boyer, 1994) jusqu'aux années 40 (Tansey & Burke, 1989). La situation a changé quand des psychanalystes, principalement kleinien, ont commencé à traiter des troubles narcissiques et des individus gravement régressés. Ils ont alors reconnu le besoin de mieux comprendre la contribution inconsciente de l'analyste au processus thérapeutique (Boyer, 1994).

À partir des années 40, plusieurs cliniciens, dont Sandor Ferenczi, Theodore Reik et Wilhelm Fliess, commencent à reconnaître que le thérapeute ressent souvent des émotions puissantes dans son travail avec certains patients et que cette réaction n'est pas nécessairement une interférence pathologique de l'analyste dans le processus thérapeutique. Ils croient que le contre-transfert peut être utilisé pour comprendre les processus inconscients des patients et planifier des interventions thérapeutiques, et qu'il peut même parfois être dévoilé au patient (Strean, 2001a; Tansey & Burke, 1989).

À partir des années 50, on en vient à considérer le contre-transfert comme un outil thérapeutique valable, un instrument de recherche dans l'inconscient du patient, plutôt que quelque chose de mauvais qui fait seulement obstacle au traitement psychanalytique (Boyer, 1994; Strean, 2001b). Les psychanalystes Paula Heimann, Mélanie Klein, Heinrich Racker et Herbert Rosenfeld ont joué un rôle majeur dans le développement d'une théorie systématique du contre-transfert et d'une conception moderne mettant l'accent sur les aspects positifs du contre-transfert (Boyer, 1994; Kernberg, 1994; Prodgers, 1991; Strean, 2001b; Tansey & Burke, 1989). Paula Heimann en 1950 élargit

la notion de contre-transfert pour inclure tous les sentiments éprouvés par l'analyste sans plus les restreindre, comme Freud, à ceux qui sont pathologiques.

Heinrich Racker a fait les plus importantes contributions aux écrits sur le contre-transfert. Il voit le contre-transfert comme pouvant être un obstacle sérieux, mais aussi comme ayant le potentiel d'ouvrir des avenues de compréhension du patient qui n'existeraient pas autrement (Tansey & Burke, 1989). Racker synthétise le contre-transfert en deux types d'identification projective¹ de l'analyste au patient : l'identification concordante, avec des parties du Soi du patient, et l'identification complémentaire, avec des objets intériorisés du patient (Kulick, 1985; Tansey & Burke, 1989). Les notions d'identifications concordantes et complémentaires de Racker et les contributions de Paula Heimman ont ouvert la voie à l'exploration de la manière dont le monde intrapsychique inconscient et dissocié du client, ses affects, ses fantasmes et ses conflits, peuvent être découverts à travers les réactions personnelles et les états subjectifs du thérapeute (Betan & Westen, 2009; Boyer, 1994; Whitney, 1998; Wilkinson & Gabbard, 1993).

On assiste dans les années 50 et 60 à une percée significative de la théorie du contre-transfert et à une reconnaissance générale que le contre-transfert intense peut être utile. Paula Heimann et Théodore Reik affirmaient que les fortes réactions émotionnelles de l'analyste peuvent être utilisées, afin de les subordonner à la tâche analytique, s'il

¹ La section «Identification projective, contre-transfert et troubles de la personnalité» à la page 25 est consacrée au mécanisme d'identification projective dans le contre-transfert.

soutient et tolère les sentiments qui sont éveillés en lui au lieu de les décharger comme le fait le patient (Tansey & Burke, 1989).

Dans les années 60, d'autres psychanalystes, dont Roy Schafer, Heinz Kohut, Ralph Greenson et Léon Grinberg publient des articles importants sur l'empathie et sur le contre-transfert qui serait une réponse directe à la pression de l'identification projective du patient. Ils maintiennent cependant la distinction entre le contre-transfert issu de l'identification projective et les réactions contre-transférentielles qui proviennent des attitudes émotionnelles propres de l'analyste ou des résidus de sa névrose personnelle qui sont réactivés par les conflits du patient (Tansey & Burke, 1989).

Les écrits font mention d'une définition « classique » et d'une définition « totaliste » du contre-transfert. La définition classique du contre-transfert le restreint au transfert de l'analyste, c'est-à-dire aux réactions pathologiques et inconscientes de l'analyste envers le patient qui émanent de l'intérieur de l'analyste. Dans cette perspective, le contre-transfert constitue toujours une interférence nuisible au processus thérapeutique et reflète des conflits non résolus qui doivent être surmontés (Book, 1997; Kulick, 1985; Strean, 2001a; Tansey & Burke, 1989).

En introduisant le concept de contre-transfert « objectif » et en suggérant qu'à certains moments la réponse du thérapeute peut être une réaction naturelle à des comportements extrêmes, Donald W. Winnicott a été de ceux qui ont ouvert la voie à la définition totaliste du contre-transfert (Betan & Westen, 2009). Son concept

de « contre-transfert objectif » différencie le contre-transfert idiosyncrasique, qui émane du monde interne du thérapeute, du contre-transfert objectif qui renvoie aux sentiments attendus de tout le monde en réaction à la personnalité et au comportement réel du client (Frederickson, 1990; Madonna, 1991). Le contre-transfert objectif concerne les sentiments, les attitudes et les réactions du thérapeute qui sont induits principalement par le comportement inadapté du client et qui sont généralisables à d'autres thérapeutes comme aux personnes de l'entourage du client. Le contre-transfert objectif résulterait de pressions interpersonnelles subtiles exercées par le client et ces communications seraient représentatives des transactions inadaptées et du style autodestructeur du client (Hafkenscheid, 2003).

Le concept d'identification projective introduit par Mélanie Klein a lui aussi ouvert la porte à voir le contre-transfert comme le reflet des efforts que le client fait pour susciter chez le thérapeute des sentiments qu'il ne peut pas tolérer ou qui correspondent à ses relations d'objet intériorisées (Betan & Westen, 2009).

C'est la vision « totaliste » qui est largement acceptée en psychanalyse contemporaine. Dans cette perspective, le construit de contre-transfert est beaucoup plus large car il comprend la totalité des actions, pensées et réactions émotionnelles du thérapeute au client. Les réactions contre-transférentielles peuvent refléter tous les degrés de conscience et d'inconscience. Elles peuvent être « réelles » ou distordues par les conflits personnels ou la psychopathologie du thérapeute, et elles incluent des

perceptions qui proviennent toujours d'éléments du passé et du présent (Kulick, 1985; Lane, 1986; Madonna, 1991; Tansey & Burke, 1989; Whitney, 1998). La réaction totale du thérapeute au client comprend donc le transfert personnel du thérapeute, les réactions interpersonnelles à la personnalité du client, et toutes les réponses intrapsychiques aux identifications projectives (Waska, 2000). Dans cette vision totaliste du contre-transfert, on peut compter comme sources potentielles de contre-transfert des aspects de l'attitude du thérapeute et de son milieu d'origine. En plus de sa névrose et de son caractère, on peut ajouter par exemple sa vision du monde, les attitudes de sa génération, son origine socioéconomique, ses attitudes raciales et ethniques, ses visions politiques, morales et religieuses. Tous ces aspects peuvent interférer avec la neutralité thérapeutique et nourrir des réactions biaisées envers le client (Lane, 1986).

Dans la définition totaliste, le contre-transfert peut aussi être inconscient et nuire au processus thérapeutique. La différence est que le contre-transfert classique réfère à ce qui est déjà à l'intérieur du thérapeute, ce qu'il apporte de son passé qui est activé parce que le client lui rappelle inconsciemment une personne importante de son passé. Le contre-transfert totaliste renvoie à ce que le client introduit à l'intérieur du thérapeute par sa manière de raconter et de traiter le thérapeute et par son attitude, sa manière d'être en relation (Book, 1997). Tout en admettant les dangers du contre-transfert intense dans lequel le thérapeute peut se perdre, les totalistes reconnaissent la possibilité que le thérapeute puisse apprendre quelque chose d'utile sur le client s'il prend du recul et examine son expérience intense. Les deux positions comportent chacune leurs écueils.

La position classique risque d'attribuer trop vite les réactions intenses à la dynamique du thérapeute, alors que la position totaliste court le danger de conclure trop rapidement que le contre-transfert est la voie royale vers l'inconscient du client plutôt qu'un détour par l'inconscient du thérapeute (Tansey & Burke, 1989).

Il ne s'agit pas de contester que l'histoire du thérapeute et la dynamique relationnelle entre le client et le thérapeute peuvent susciter des réactions très personnelles qui reflètent les conflits et le monde interne du thérapeute. Cependant, il n'est pas mutuellement exclusif que le thérapeute soit conscient de ses façons personnelles ou idiosyncrasiques de répondre aux clients et qu'il reconnaisse les schémas dans lesquels ses réponses contre-transférentielles sont systématiquement reliées aux caractéristiques stables de la personnalité du client (Betan & Westen, 2009). Ainsi, le contre-transfert inclut à la fois la résonance empathique à l'expérience du client et les états affectifs qui interfèrent avec cette capacité (Ivey, 1995).

Identification projective, contre-transfert et troubles de la personnalité

Les concepts de contre-transfert et d'identification projective sont presque indissociables dans les écrits théoriques et cliniques contemporains. La vaste majorité des auteurs qui écrivent sur les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles utilisent une version ou l'autre du concept kleinien d'identification projective pour comprendre ces phénomènes. Le développement de l'école des relations d'objet en

psychanalyse, et l'évolution des concepts d'identification projective et de contre-transfert sont tous les trois étroitement imbriqués.

Définitions et évolution du concept d'identification projective. Mélanie Klein a introduit pour la première fois le concept d'identification projective en 1946 (Hansen, 1994; Tansey & Burke, 1989; Waska, 2000). À l'origine, elle concevait l'identification projective comme un mécanisme de défense archaïque par lequel le nourrisson tente de composer avec ses pulsions agressives et destructrices en clivant des parties du Soi et en les projetant en fantasme sur un objet externe. L'objet externe devient alors possédé, contrôlé et identifié aux parties projetées et la menace semble venir de l'objet persécuteur situé à l'extérieur plutôt que de l'intérieur. En projetant le mauvais objet et en contrôlant, en attaquant ou en détruisant la source du danger, le nourrisson gagnerait un sentiment de contrôle sur sa propre agressivité instinctuelle. Le mécanisme d'identification projective lui permettrait aussi de projeter l'objet idéal dans le but de préserver les bonnes parties des mauvaises parties qui se trouvent à l'intérieur de lui, et d'éviter de s'en séparer. Enfin, la projection du bon objet peut servir à une réparation primitive dans laquelle l'objet externe est restauré (Tansey & Burke, 1989; Waska, 2000).

L'identification projective telle que Mélanie Klein l'avait définie à l'origine était un processus se produisant en fantasme seulement, à un niveau strictement individuel et intrapsychique (Bateman, 1995; Tansey & Burke, 1989). Les théoriciens des relations

d'objet ont par la suite fait évoluer ce concept au rang de phénomène interactif et bidirectionnel impliquant deux individus. Dans cette définition élargie de l'identification projective, la personne tente aussi de se débarrasser d'aspects d'elle-même dans le but de les préserver ou parce qu'elle ne supporte pas de les contenir. Ces représentations chargées d'affect sont habituellement issues des relations passées avec les parents nourriciers. La personne sur qui est dirigée la projection est provoquée, dans le contexte d'une véritable relation, à interagir d'une manière compatible avec cette projection. La situation cesse d'être seulement imaginaire et devient réelle quand le récepteur impliqué possède des parties non résolues qui sont relativement similaires aux aspects projetés sur lui. Le psychisme de la personne qui est la cible de la projection doit donc être disposé à cette provocation interpersonnelle pour que l'identification projective se réalise (Adler, 2000). Les théoriciens des relations d'objet ont donc ajouté au concept original de Mélanie Klein l'idée que le fantasme ne se limite pas au domaine intrapsychique, mais est mis en scène et agi avec une autre personne, et que le récepteur de l'identification projective est considérablement affecté et influencé par ces interactions réelles. À travers une interaction interpersonnelle, le récepteur est en effet traité de manière à penser, ressentir et agir d'une manière qui se révélera cohérente avec le fantasme projectif inconscient de l'autre personne et auquel il s'identifie, c'est-à-dire avec les sentiments et les représentations clivées du Soi et de l'Objet que l'autre personne a expulsés. L'identification projective éveillerait donc inconsciemment, chez un autre individu, des pensées, des sentiments et des expériences qui ressemblent à ceux de la personne qui les projette. Bien qu'ayant des caractéristiques intrapsychiques, l'identification projective

diffère de la projection en ce qu'elle se produit uniquement dans le contexte d'une interaction entre deux individus ou plus, alors que la projection demeure de nature essentiellement intrapsychique (Bateman, 1995; Madonna, 1991; Meyers, 1986; Tansey & Burke, 1989; Whitney, 1998).

La synthèse des neurosciences affectives et sociales et de la psychanalyse a donné naissance à une nouvelle discipline : la neuropsychanalyse. Les importants travaux de Schore (2003) dans ce domaine soulignent le rôle fondamental du mécanisme de l'identification projective à la fois dans le développement normal et pathologique de la personnalité, et dans le traitement psychodynamique des troubles de la personnalité. Dans cette perspective, l'identification projective serait à la fois un processus sain et une stratégie défensive de régulation d'affect. En tant que mécanisme sain (« identification projective adaptative »), l'identification projective est le véhicule du développement normal de la personnalité dans la dyade que forment le parent nourricier et l'enfant. En tant que mécanisme de transmission interactive des affects débordants et dissociés (« identification projective défensive »), l'identification projective reflète une stratégie pathologique de régulation d'affect dans le trouble de personnalité. Une empreinte neurologique dans le cortex cérébral sous-tend cette régulation affective pathologique. Cette empreinte, qui se crée au cours du développement précoce, serait le résultat de modalités de communication déficientes et prototypiques dans la relation d'attachement. Dans la clinique des troubles de la personnalité, l'identification projective adaptative serait le véhicule du changement thérapeutique d'une manière analogue à ce qui se

produit dans le développement normal de la personnalité au cours de la petite enfance. La prédominance de l'identification projective défensive se trouverait quant à elle à l'origine les impasses thérapeutiques et la retraumatisation iatrogène du client. Schore (2003) démontre indirectement que les mécanismes neurobiologiques impliqués dans l'identification projective seraient les mêmes que ceux qui sous-tendent la reconnaissance des émotions à partir d'indices subliminaux contenus dans les expressions faciales et la prosodie de la voix. Les mécanismes qui sous-tendent l'identification projective et la genèse intérieure de représentations somatosensorielles qui reproduisent en nous les affects que notre vis-à-vis ressent lorsqu'il communique ces indices subliminaux seraient aussi les mêmes. Autrement dit, les mécanismes neurobiologiques à la base de l'identification projective seraient les mêmes que ceux qui assurent la capacité adaptative de cognition empathique et de perception des états d'esprit émotionnels d'autres êtres humains. Ces mécanismes seraient responsables de la « contamination » du thérapeute par les affects dysphoriques dérégulés du client que ce dernier communique inconsciemment au thérapeute (Schore, 2003).

En résumé, la définition moderne de l'identification projective qui prévaut depuis les années 80, et qui tient compte de ses dimensions intrapsychiques et interpersonnelles est la suivante : un processus psychologique qui est simultanément un type de mécanisme de défense, un moyen de communication, une forme primitive de relation d'objet, et une avenue de changement psychologique. En tant que mécanisme de défense, l'identification projective sert à créer une distance avec des aspects désavoués,

souvent effrayants, du Soi et à les contrôler en les expulsant pour les déposer dans l'autre. En tant que mode normal de communication et d'interaction, qui est le véhicule de la construction et de l'intégration de la personnalité au cours du développement psychologique normal de l'enfant et qui persiste chez l'adulte mature, l'identification projective est un processus par lequel des sentiments personnels sont induits chez une autre personne, créant ainsi l'impression d'être compris ou de ne faire qu'un avec l'autre. Comme type de relation d'objet, elle permet d'être en relation avec un objet partiellement séparé (Bateman, 1995; Boyer, 1994; Meyers, 1986; Schore, 2003; Tansey & Burke, 1989; Waska, 1999). L'identification projective peut donc favoriser l'intégration et la maturité du Moi, mais elle peut aussi constituer une manière intimidante d'être en relation. Les effets qu'elle produit chez les deux partenaires peuvent être intenses ou subtils (Waska, 1999), et peuvent aller jusqu'à l'occupation coercitive de l'autre et l'induction d'états de confusion psychotique que les premiers psychanalystes à avoir traité des pathologies graves de la personnalité ont décrits (Boyer, 1994).

C'est sur ce nouveau postulat théorique que ce sont fondées les conceptions contemporaines du contre-transfert comme étant influencé par les identifications projectives du client (Tansey & Burke, 1989; Whitney, 1998). Devant un même phénomène clinique observable, on suppose maintenant que le client est l'agent du contre-transfert et que le thérapeute en est le récepteur, une vision radicalement différente de celle où l'on considérait que le contre-transfert prenait sa source à

l'intérieur du thérapeute. C'est le client qui « met quelque chose » dans le thérapeute, ce n'est plus le thérapeute qui, à partir de sa propre personne, réagit au client (Meyers, 1986).

Participation personnelle du thérapeute à l'identification projective. Le concept moderne de contre-transfert par identification projective ne signifie pas pour autant que le thérapeute ignore ce qui lui appartient et qu'il attribue toute la responsabilité de son contre-transfert au client.

Ce sont, en effet, la personnalité particulière du thérapeute, son histoire, ses conflits individuels et son état émotionnel du moment qui donnent forme à son contre-transfert en influençant la manière dont les identifications projectives seront reçues, vécues et traitées. Le client ne peut pas induire à lui seul la réponse affective du thérapeute. Il ne peut que la provoquer en créant les conditions propices pour que le thérapeute réponde aux identifications projectives avec son propre fonctionnement psychologique (Boyer, 1994; Hansen, 1994; Holmqvist & Armelius, 2000). Les identifications introjectives du thérapeute sont la réponse aux identifications projectives du client. Elles consistent en des identifications temporaires, ou « identifications empathiques », qui sont vécues par le thérapeute comme si elles faisaient réellement partie du Soi même si elles ne sont pas à l'image de ses relations d'objet intériorisées durables. Sur le plan intrapsychique, le thérapeute n'est pas un contenant vide et il n'y a

pas d'identification projective « réussie » sans une identification introjective correspondante dans le psychisme du récepteur (Tansey & Burke, 1989).

Grinberg (1995) distingue le « contre-transfert » de la « contre-identification projective ». Selon lui, le contre-transfert reflète la manière unique et personnelle dont chaque thérapeute s'identifie aux objets internes du client selon la nature de ses propres conflits. En contraste, dans la contre-identification projective, ce sont les affects contenus dans l'identification projective du client qui prédominent. Différents thérapeutes, à cause de leur contre-transfert, vont réagir de différentes manières à un même client hypothétique. Mais ce même client hypothétique, en traitement avec différents thérapeutes, suscitera les mêmes réponses émotionnelles de contre-identification projective chez tous, puisque celles-ci dépendent de l'utilisation d'une identification projective précise de sa part. Toujours selon Grinberg (1995), les deux réactions coexistent très souvent, même si l'une d'elles prédomine selon les circonstances et selon ce que le client apporte.

Dangers potentiels du concept de contre-transfert par identification projective comme miroir de la dynamique du client. S'il est vrai que les cliniciens savent depuis longtemps que leurs clients souffrant de troubles de la personnalité recréent leur mode relationnel caractéristique avec eux en leur imposant une certaine manière de ressentir, de penser et de réagir, la plus grande prudence doit être exercée avant que le thérapeute ne puisse conclure que ce qu'il vit avec son client est en effet le

reflet du transfert et du monde interne du client (Coburn, 1998; Gabbard, 2005; Lane, 1986; Prodgers, 1991). Le processus thérapeutique est toujours interactif, et il est illusoire de penser que toutes les résistances ne sont créées que par le client (Strean, 1999). Le simple fait que le thérapeute vit un état affectif quelconque en travaillant avec un client donné ne garantit aucunement que ce contre-transfert reflète quoi que ce soit au sujet du client ou qu'il soit le moindrement un outil de compréhension clinique (Tansey & Burke, 1989). On ne peut inférer une dynamique du client à partir du contre-transfert sans corroborer cette hypothèse par du matériel clinique concordant, comme des rêves, des fantasmes, des éléments de l'histoire du client, ou des passages à l'acte à l'intérieur et à l'extérieur de la thérapie. Le contre-transfert n'est pas en soi une information suffisante (Kernberg, 1986; Lane, 1986; Tansey & Burke, 1989).

Il serait dangereux de tomber dans une conception unidirectionnelle du contre-transfert où le thérapeute est un réceptif passif. On risquerait de fournir au thérapeute un mécanisme utile pour désavouer ses propres états affectifs et cognitifs qui lui répugnent et attribuer au client une part exagérée de responsabilité. Le thérapeute peut être tenté de se réfugier à la hâte dans la prémisse que « ce que je ressens ne peut pas être moi, ce doit être le client » (Coburn, 1998; Prodgers, 1991).

Position contemporaine intersubjective. Plusieurs adhèrent maintenant à la perspective intersubjective en psychanalyse, et voient la thérapie comme un processus radicalement mutuel impliquant deux individus qui s'influencent réciproquement de

manière continue. Dans cette perspective, le thérapeute participe tout aussi activement que le client à la reproduction de schémas interpersonnels dysfonctionnels à travers l'identification projective (Bennett, et al., 2006; Coburn, 1998; Tansey & Burke, 1989) et certains croient que les obstacles à l'alliance thérapeutique ne viennent pas du client, mais seraient totalement relationnels (Bennett, et al., 2006).

La vision contemporaine de la psychothérapie avance que le contre-transfert peut être mieux compris comme étant constitué des réactions émotionnelles particulières du thérapeute qui sont éveillées par des caractéristiques particulières du client. Le contre-transfert reflèterait à la fois des aspects de la personnalité du thérapeute et de la personnalité du client. Il s'agit alors de tenter de distinguer les contributions de chacun. Celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives. Le contre-transfert issu de l'histoire personnelle du thérapeute et le contre-transfert constitué des impressions venant du client peuvent être éprouvés simultanément. Le contre-transfert n'est plus principalement la « faute » du thérapeute ou la « faute » du client, mais une création conjointe produite par leur interaction. Il y aurait donc des schémas contre-transférentiels uniques à une dyade thérapeutique. Cette interaction impliquerait des processus plus ou moins inconscients chez les deux participants (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005; Book, 1997; Davidtz, 2008; Holmqvist & Armelius, 2000). On reconnaît également que les réactions affectives du thérapeute peuvent être soit positives soit négatives, faciliter ou non le processus (McIntyre & Schwartz, 1998). L'idée de l'utilité potentielle du contre-

transfert est aujourd'hui très populaire et le contre-transfert est vu comme l'un des instruments de travail les plus importants (Prodgers, 1991).

Dans la perspective intersubjective, le « client difficile » n'existe pas. Il n'y a que des difficultés émanant de l'intersection unique des subjectivités dans la situation thérapeutique. De ce point de vue, ce n'est pas le client en soi qui rend le traitement difficile, mais plutôt l'interaction négative entre le client et le thérapeute. Plusieurs définitions du « client difficile » élaborées par les psychothérapeutes et leur réticence à le traiter pourraient être basées sur un contre-transfert qu'ils ne réalisent pas.

Pertinence particulière du concept de contre-transfert par identification projective avec les clients souffrant de troubles de la personnalité. L'idée du contre-transfert induit par l'interaction thérapeute-client à travers le mécanisme d'identification projective s'applique tout particulièrement à la thérapie des perturbations plus sévères de la personnalité. C'est d'ailleurs principalement en considérant ces pathologies que cette conception du contre-transfert fut élaborée (Bateman, 1995; Kernberg, 1986, 2003; Meyers, 1986; Schamess, 1981; Schumacher Finell, 1985; Tansey & Burke, 1989). En effet, les passages à l'acte caractéristiques des troubles de la personnalité ainsi que la destructivité, consciente ou inconsciente, les attaques directes et indirectes contre le thérapeute dans le transfert, tout cela peut menacer objectivement le traitement, la personne du client, voire la personne du thérapeute. Il est normal dans ce contexte que la relation globale thérapeute-client, et non pas seulement les dispositions contre-

transférentielles au sens restreint, active une réponse émotionnelle chez le thérapeute à travers le mécanisme d'identification projective (Kernberg, 1986).

La pertinence de se servir de son contre-transfert intense pour comprendre et diagnostiquer les dynamiques du client indépendamment de la contribution du thérapeute s'accroît avec la sévérité du trouble de personnalité. Plus la structure de personnalité du client est perturbée, moindre est sa capacité de se contenir, plus le transfert est intense et régressé et plus le contre-transfert par identification projective sera intense et troublant. Le risque de passage à l'acte contre-transférentiel sera lui aussi plus élevé (Book, 1997; Ivey, 1995; Kernberg, 1994, 2003).

La thérapie des clients plus gravement perturbés a un impact émotionnel plus important sur le thérapeute que le travail avec les personnes névrotiques. Il met tout particulièrement à l'épreuve la patience et les mécanismes de défense des thérapeutes (Galloway & Brodsky, 2003; Tansey & Burke, 1989). La compréhension du contre-transfert devient aussi importante que la compréhension du transfert avec cette clientèle (Boyer, 1994) et devrait être placée au centre du travail thérapeutique (Strean, 2001b).

Le postulat que le contre-transfert permet au thérapeute d'accéder à d'importantes informations cliniques concernant les mécanismes de défense, les modes relationnels, les relations d'objet intériorisées et l'état émotionnel du client, et qu'il l'aide à comprendre les problèmes avec lesquels le client se débat est particulièrement utile avec la clientèle

souffrant d'un trouble de la personnalité. En effet, leurs capacités de réflexivité et de verbalisation limitées font que le thérapeute doit se fier principalement aux communications non verbales et au contre-transfert pour évaluer et diagnostiquer la nature des relations d'objet impliquées dans le processus (Kernberg, 2003; Tansey & Burke, 1989).

Caractéristiques cliniques des troubles de la personnalité associées au contre-transfert

Plusieurs comportements, attitudes et dynamiques caractéristiques de la clientèle qui souffre d'un trouble de la personnalité induisent des réactions contre-transférentielles négatives. Ces caractéristiques représentent des symptômes difficiles à tolérer et à traiter et mettent les cliniciens au défi de maintenir une posture thérapeutique appropriée. Dans cette partie, nous faisons la recension de la documentation scientifique relative à ce phénomène.

Le trouble de la personnalité se caractérise par une instabilité chronique dans le fonctionnement personnel et interpersonnel, de même que par des difficultés dans le contrôle de l'impulsivité et sur le plan de la diversité, de l'intensité, de l'adéquation et de la labilité de la réponse émotionnelle (American Psychiatric Association, 1994; Muran, et al., 2009; Reid, 2009). D'autres caractéristiques cliniques saillantes du trouble de personnalité sont la perturbation du jugement, de l'*insight*, de la motivation. S'y ajoutent une vie intérieure chaotique, des perceptions erronées, des rationalisations inappropriées,

et des syndromes comorbides incluant parfois des périodes psychotiques dans les cas les plus sévères. Ces difficultés se traduisent par la détérioration de l'adaptation psychosociale. Elles entraînent des problèmes pour l'individu qui souffre du trouble de la personnalité mais aussi pour son entourage: problèmes conjugaux, familiaux, dans le rôle parental, dans les interactions sociales, au travail et dans les relations avec les professionnels soignants. Enfin, ces caractéristiques cliniques des troubles de la personnalité peuvent contribuer à des problèmes légaux (Reid, 2009).

L'étiquette de « client difficile ». Le terme « client difficile » est fortement associé aux troubles de la personnalité (Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Calvert, 1997; Zanarini & Silk, 2001) en raison de la complexité et de la gravité du tableau clinique (Forsyth, 2007; Hopwood, 2006), de la difficulté à établir une alliance thérapeutique (Bongar, et al., 1991; Hopwood, 2006; Sampson, 2006), d'un consensus selon lequel ces pathologies seraient intrinsèquement plus difficiles à traiter que les autres (Bongar, et al., 1991; Hopwood, 2006; Kernberg & Michels, 2009) et à cause de l'intensité du contre-transfert ressenti par le thérapeute et l'équipe soignante (Kernberg & Michels, 2009; Korobkin, 2000; Meyers, 1986; Sampson, 2006; Sampson, et al., 2006; Waska, 1999). Le manque de supervision clinique appropriée pour soutenir les thérapeutes et les attentes irréalistes de cette clientèle quant aux services que les professionnels et les établissements peuvent leur offrir comptent aussi parmi les motifs avancés pour expliquer cette réputation de « client difficile » (Sampson, 2006).

Les difficultés de régulation affective. L'humeur instable et volatile de cette clientèle est bien connue (Bland & Rossen, 2005; Oldham, 2009; Reiser & Levenson, 1984; Wheelis & Gunderson, 1998). De nombreuses stratégies inadaptées de régulation affective la caractérisent (Conklin, et al., 2006). La régulation affective renvoie aux efforts implicites et explicites pour maximiser les humeurs positives et minimiser les humeurs négatives. Le terme « dérégulation affective » est souvent appliqué au trouble de la personnalité limite. Il désigne une déficience dans la capacité de moduler l'affect de sorte que les émotions s'intensifient en une spirale échappant au contrôle de l'individu, changent rapidement, s'expriment dans des formes brutes et intenses, et submergent le raisonnement (Conklin, et al., 2006). À l'inverse, certains clients font réagir le thérapeute à cause de leur propension à la dissociation ou de leur importante isolation d'affect¹ (Davidtz, 2008).

Les personnes qui souffrent de troubles de la personnalité sont hypersensibles et ont une propension à devenir enragées pour ce qui apparaît comme la plus futile des provocations (Sherby, 1989). L'hostilité et la haine sont souvent les conflits pour lesquels ces clients se retrouvent en consultation, et ils peuvent manifester une colère intense et une rage qui font réagir les thérapeutes (Bland & Rossen, 2005; Waska, 2000). Le besoin d'attaquer et d'exercer un contrôle sadique sur l'autre fait partie des mécanismes de défense qui leur servent à retrouver un sentiment de sécurité et un équilibre psychique (Fonagy, et al., 2010; Kernberg, 1995; Williams, 2004).

¹ Mécanisme de défense permettant de séparer complètement la représentation de son affect.

Les conduites autodestructrices. Les comportements que les professionnels de la santé mentale trouvent les plus stressants et les plus difficiles à gérer sont la colère exprimée envers le thérapeute (Oldham, 2009; C. J. Robins & Koons, 2000; Skorupa & Agresti, 1993), les menaces suicidaires et les tentatives de suicide (Bongar, et al., 1991; Davidtz, 2008; C. J. Robins & Koons, 2000; Skorupa & Agresti, 1993; Wheelis & Gunderson, 1998), la violence et les abus de substance (Bongar, et al., 1991). Ce sont tous des comportements caractéristiques des troubles plus sévères de la personnalité.

Les conséquences les plus sérieuses des difficultés de régulation affective sont les comportements suicidaires et automutilatoires (Muran, et al., 2009). Ces conduites représentent en partie des efforts pour échapper à des émotions vécues comme intolérables et envahissantes (Conklin, et al., 2006). Les clients qui ont un trouble de la personnalité sévère font des menaces de suicide quand ils craignent d'être abandonnés (Zanarini & Silk, 2001). La répétition des comportements suicidaires et automutilatoires suscite beaucoup de contre-transfert négatif (Aviram, et al., 2006; Bland & Rossen, 2005; Plakun, 1994; Zanarini & Silk, 2001). Même si ces comportements ont surtout une fonction d'expression et d'autoapaisement de la rage meurtrière que les clients ressentent, les thérapeutes ont tendance à les vivre comme une attaque ou une trahison du client à leur égard, comme un affront personnel outrageant (Plakun, 1994; Zanarini & Silk, 2001). Les thérapeutes confrontés à ces comportements peuvent accuser le client de

chercher à les contrôler et se remettre en question dans leur identité d'aidant (Aviram, et al., 2006).

L'abus de substances fait souvent partie des conduites autodestructrices de la clientèle présentant un trouble de la personnalité. Il ajoute à la difficulté pour le thérapeute en empêchant l'accès aux contenus affectifs qui devrait être travaillés en thérapie (Betan & Westen, 2009; Davidtz, 2008; Wheelis & Gunderson, 1998). D'autres comportements potentiellement autodestructeurs, comme les troubles alimentaires, sont eux aussi trop souvent perçus par le thérapeute comme l'expression d'une attitude d'opposition de la part du client (Davidtz, 2008; Oldham, 2009; Wheelis & Gunderson, 1998).

Certains troubles de la personnalité se manifestent davantage par l'évitement que par des comportements spectaculaires ou explosifs. Le masochisme de certains clients et leur agrippement à un style de vie passif et autodestructeur peuvent constituer un énorme fardeau psychique pour le thérapeute (Kernberg, 2003; Yegdich, 1998).

Les difficultés interpersonnelles. La difficulté à nouer et à maintenir des relations saines est une caractéristique essentielle du trouble de la personnalité (Bongar, et al., 1991; Galloway & Brodsky, 2003). L'instabilité des relations interpersonnelles de ces clients et leur manière particulière d'entrer en relation font partie des dynamiques problématiques pour le thérapeute (Bland & Rossen, 2005; Gutheil, 2005).

Ces difficultés interpersonnelles se manifestent évidemment au sein de la relation thérapeutique. De façon caractéristique, les clients qui ont des troubles de la personnalité adoptent une attitude démunie, agrippée et exigeante, ou sont froids, distants, suspicieux, inaccessibles et égocentriques (Bongar, et al., 1991). Ils se présentent comme submergés, désorganisés, désespérés et tourmentés, (McIntyre & Schwartz, 1998) mais après une période d'idéalisation ils sont prompts à rejeter l'aide offerte, à critiquer, à reporter la responsabilité sur autrui et à tenter de saboter ou de mettre en échec le processus thérapeutique (Oldham, 2009). Ils peuvent osciller entre des demandes d'aide insistantes et des attitudes évasives (Levy, et al., 2010; Muran, et al., 2009).

Les clients qui souffrent de troubles de la personnalité se sentent facilement en danger dans la relation et se défendent contre l'expérience d'une dépendance normale, car celle-ci est considérablement chargée de rage et d'envie (Madonna, 1991). Leur tendance aux réactions primitives de colère et plusieurs craintes entravent leur désir d'être proches des autres et de leur thérapeute. Ils ont peur de ne pas être désirés ou d'être utilisés. Ils ont honte de leurs désirs normaux qu'on prenne soin d'eux et entretiennent la croyance qu'on ne comblera pas leurs besoins de dépendance. Ils ont tendance à percevoir qu'on les abandonne ou qu'on les trahit (Reid, 2009; Zanarini & Silk, 2001). Les clients dont la pathologie est sévère n'ont aucune notion de l'affection et du respect qu'on leur porte (Zanarini & Silk, 2001). Le thérapeute peut se sentir étouffé par leurs exigences d'une relation exclusive, sans réciprocité et empreinte de menaces de représailles (Wheelis & Gunderson, 1998). Les clients peuvent être très

insistants en exigeant d'obtenir ce qu'ils veulent quand ils le veulent. Au lieu de comprendre qu'un sentiment d'être privé de pouvoir et impuissant est à la base d'une telle attitude, les thérapeutes réagissent à la prétention qui accompagne ces exigences et le vivent souvent comme un affront personnel (Zanarini & Silk, 2001).

Les mécanismes de défense primitifs de cette clientèle provoquent fréquemment un contre-transfert négatif, allant jusqu'à semer la confusion et la consternation chez le thérapeute (Bland & Rossen, 2005; Plakun, 1994). Le clivage, l'identification projective, le déni et la dissociation entraînent des oscillations rapides, qui fluctuent de l'idéalisation au dénigrement, dans les perceptions de soi et du thérapeute, dans la conceptualisation des problèmes et dans le niveau d'engagement dans la thérapie (Levy, et al., 2010; Muran, et al., 2009).

L'estime de soi extrêmement faible et la grande méfiance interpersonnelle des clients qui ont des troubles de la personnalité peuvent se manifester par une attitude négative, très contrôlante et dévalorisante envers le thérapeute et la relation thérapeutique (Betan, et al., 2005; Zanarini & Silk, 2001). Il arrive que le client transforme soudainement le traitement en une lutte de pouvoir vengeresse qui devient plus importante que le travail de collaboration (Plakun, 1994). Ces personnes vulnérables peuvent se montrer intolérantes et avoir des attentes déraisonnables (Bennett, et al., 2006; Reid, 2009). Être la cible de leurs projections peut être pénible. Comme elles projettent leur rage et les parties les plus détestées d'elles-mêmes, elles

perçoivent le thérapeute comme détestant le client et sont constamment en train de le traiter comme s'il était mauvais, froid, sans valeur, incompetent et intentionnellement frustrant et avide (Tansey & Burke, 1989). Le client peut vilipender son thérapeute cinq minutes après lui avoir exprimé de l'affection, de l'idéalisation ou de l'estime. Ces transitions sont saisissantes et les sentiments contre-transférentiels engendrés sont souvent de se sentir frustré, attaqué, violé, dévalué, et de cesser d'exister à titre de professionnel utile et valable (Cheval, et al., 2009; Sherby, 1989). Ces sentiments sont analogues à ceux du client qui sent qu'il ne vaut rien, qu'il ne vaut pas la peine et qu'il n'est pas aimable (Sherby, 1989). L'incapacité du client à se montrer reconnaissant pour ce que le thérapeute fait pour lui contribue aussi au contre-transfert négatif (Book, 1997).

Les mécanismes de défense primitifs qui sont à l'avant-plan dans les pathologies de la personnalité se manifestent également par la répétition de schémas relationnels précoces et pathologiques¹. Les clients qui souffrent de troubles de la personnalité sont réputés « difficiles » entre autres parce qu'ils provoquent d'intenses réactions contre-transférentielles qui sont la contrepartie de ces transferts archaïques (Book, 1997; Davidtz, 2008; Meyers, 1986). Ils transfèrent sur le thérapeute et le personnel infirmier les relations conflictuelles et pathogènes qu'ils ont eues avec leurs figures parentales et ils revivent avec les professionnels des sentiments intenses, positifs et négatifs (Bland &

¹ La question de la reproduction de relations d'objet précoces et pathologiques chez cette clientèle est traitée de façon détaillée et avec des exemples à la section «Le potentiel diagnostique, empathique et thérapeutique de la régulation du contre-transfert par identification projective», page 64.

Rossen, 2005; Book, 1997; Kernberg, 1986; Schamess, 1981). Ils peuvent exiger qu'on s'occupe d'eux comme leurs parents n'ont pas pu le faire dans leur enfance (Zanarini & Silk, 2001). Ils peuvent faire sentir le thérapeute comme eux se sont sentis dans cette relation précoce. Le client peut aussi pousser le thérapeute à se sentir et à se comporter comme il a senti que son parent se comportait avec lui. Cette remise en scène des relations d'objet pathologiques permet entre autres au client de tester si le thérapeute va se comporter de la même manière décevante que ses parents l'ont fait avant d'oser confier ce qui le préoccupe (Book, 1997).

Enfin, des études attestent que les clients qui souffrent de troubles de la personnalité, et tout particulièrement du trouble de la personnalité limite, sont enclins à adopter des comportements de non-adhésion au traitement : manque d'assiduité, retards, attaquer verbalement et traiter le thérapeute d'une manière offensante, mentir ou distordre consciemment la réalité, et abandonner prématurément le traitement (Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Lingardi, et al., 1999; Wheelis & Gunderson, 1998). Ces comportements contribuent eux aussi au contre-transfert négatif.

Phénoménologie du contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité

Le contre-transfert négatif. L'habileté du client qui souffre d'un trouble de la personnalité à stimuler des états affectifs intenses qui sont vécus à un niveau inconscient ou préconscient rend extrêmement difficile au thérapeute, voire impossible, de maintenir

une posture constante de neutralité et d'objectivité (Schamess, 1981). Dans les paragraphes qui suivent, nous décrivons les réactions contre-transférentielles telles qu'on les rapporte dans les écrits cliniques. Bien que les clients qui souffrent de troubles de la personnalité puissent susciter un contre-transfert positif, comme par exemple une proximité et une sympathie inhabituelles (Lequesne & Hersh, 2004), une collusion dans l'idéalisation mutuelle (Sussman, 1992) ou un désir de les sauver (Salz, 1998), les écrits se centrent presque exclusivement sur les sentiments contre-transférentiels négatifs.

Une souffrance contre-transférentielle considérable est associée au traitement des troubles de la personnalité (Madonna, 1991; Sampson, 2006; Sampson, et al., 2006; Yegdich, 1998). Le contre-transfert négatif, même intense, est donc normal et attendu avec cette clientèle et des thérapeutes hautement expérimentés et réputés rapportent qu'ils ont eux aussi des enjeux contre-transférentiels (Weatherford, et al., 2008). Pour le meilleur ou pour le pire, le contre-transfert fait inévitablement partie de chaque séance de psychothérapie et se retrouve dans toute intervention, même quand celle-ci est indiquée et valable (Holmqvist, 2001; Streaan, 2001b).

Le diagnostic de trouble de personnalité a souvent une connotation péjorative impliquant qu'on doive craindre ces clients (Bland & Rossen, 2005; Calvert, 1997). Les thérapeutes éprouvent généralement un niveau indu d'anxiété avec eux, qui peut être en réaction à la rage et à l'hostilité massives du client. Ils peuvent craindre que le client ne se fasse du mal ou ne blesse autrui. Cette anxiété peut aller jusqu'à la terreur et la

paralysie (Book, 1997; Calvert, 1997; Ivey, 1995; Lequesne & Hersh, 2004; Reiser & Levenson, 1984; Rossberg, et al., 2007; Salz, 1998; Sampson, 2006; Searles, 1994; Waska, 2000; Zanarini & Silk, 2001).

Les sentiments de frustration et d'irritation sont courants (Calvert, 1997; Masterson & Klein, 1989; Salz, 1998; Sampson, 2006; Waska, 2000; Zanarini & Silk, 2001), de même que la colère et l'hostilité envers le client (Calvert, 1997; Forsyth, 2007; Galloway & Brodsky, 2003; Rossberg, et al., 2007; Salz, 1998; Zanarini & Silk, 2001). Le thérapeute peut vivre du ressentiment pour le temps et les efforts supplémentaires que le travail nécessite (Calvert, 1997). Plusieurs cliniciens et théoriciens ont écrit sur la rage contre-transférentielle dans le traitement des troubles de la personnalité, et certains parlent même de rage meurtrière et de désir de meurtre (Book, 1997; Calvert, 1997; Hansen, 1994; Kernberg, 2003; Salz, 1998; Searles, 1994; Sherby, 1989; Waska, 2000; Zanarini & Silk, 2001). La haine contre-transférentielle est décrite comme une réaction naturelle, particulièrement en réponse aux attaques répétées du client qui dirige sa rage sur le thérapeute, ou en réaction à l'attitude contrôlante et exigeante du client. Les tendances destructrices du client provoquent en effet des émotions réciproques chez le thérapeute (Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Lequesne & Hersh, 2004; Producers, 1991; Reiser & Levenson, 1984; Rossberg, et al., 2007; Searles, 1994).

L'étendue de la rage du client et certains de ses comportements de nature à provoquer activement le rejet sont aussi mis en relation avec un contre-transfert de

dégoût, de répulsion et de mépris envers le client (Ivey, 1995; Salz, 1998; Schamess, 1981; Zanarini & Silk, 2001). Ces sentiments peuvent s'accompagner d'un rejet intérieur du client et de fantasmes d'être débarrassé de lui (Book, 1997; Salz, 1998).

L'ennui, le désintérêt, une absence inhabituelle de préoccupation pour le client et le retrait de son engagement émotionnel sont aussi fréquemment rapportés par les cliniciens qui traitent les troubles de la personnalité. Ces réactions peuvent culminer en un état de léthargie ou d'endormissement (Betan, et al., 2005; Hansen, 1994; Kernberg, 2003; Kohut, 1990; Kulick, 1985; Salz, 1998; Thylstrup & Hesse, 2009).

Il est courant que le thérapeute se sente dépassé quand il travaille avec un client qui souffre d'un trouble de la personnalité et il peut même avoir l'impression d'être dans une impasse paralysante (Salz, 1998; Searles, 1994). Le sentiment de ne pas comprendre, d'être confus et de douter de soi au point de se sentir désorganisé, inepte et incapable de guider le cours de la thérapie fait aussi partie de l'expérience contre-transférentielle typique. Encore une fois, les thérapeutes réagissent entre autres aux attaques incessantes de certains clients (Adler, 2000; Galloway & Brodsky, 2003; Kulick, 1985; Salz, 1998; Searles, 1994; Waska, 2000). Les thérapeutes se sentent régulièrement coupables et inadéquats (Calvert, 1997; Searles, 1994; Waska, 2000). Ils vivent des doutes quant à leur compétence et un malaise dans leur identité professionnelle. Ils peuvent se sentir sans valeur et humiliés (Adler, 2000; Calvert, 1997; Masterson & Klein, 1989; Salz, 1998; Sampson, 2006; Searles, 1994).

L'impuissance et le découragement sont des états familiers dans ce contexte (Kulick, 1985; Masterson & Klein, 1989; Salz, 1998; Schamess, 1981; Searles, 1994), comme l'est le désespoir qui s'installe quand l'impasse perdure. Le désespoir se manifeste par des sentiments de futilité, de perte de temps et de pessimisme quant à l'efficacité de la thérapie (Book, 1997; Calvert, 1997; Hansen, 1994; Kernberg, 2003; Salz, 1998; Sampson, 2006). Les thérapeutes peuvent éprouver de la fatigue et même de l'épuisement dans ce travail qu'ils vivent parfois comme un lourd fardeau (Hansen, 1994; Sampson, 2006). Enfin, ils peuvent se sentir exclus, abandonnés et isolés dans leur travail (Adler, 2000; Hansen, 1994; Kulick, 1985; Salz, 1998).

Contre-transfert secondaire au contre-transfert négatif. Les thérapeutes réagissent au contre-transfert négatif par un conflit identitaire qui alimente encore davantage leur vécu émotionnel douloureux. Quoique le contre-transfert négatif soit la réponse naturelle devant l'escalade de comportements détestables, ses réactions d'ennui, d'irritation, de colère ou de haine et les fantasmes d'être débarrassé du client ont tendance à entraîner chez le thérapeute une perception d'incompétence et des sentiments de honte, de culpabilité, d'impuissance, de mépris ou de haine de soi (Book, 1997; Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Kulick, 1985; Prodggers, 1991; Salz, 1998).

Le contre-transfert négatif est vécu comme mauvais, car il est antagoniste à divers aspects de l'identité professionnelle du thérapeute, y compris l'idée qu'il se fait de sa

compétence. Il se trouve alors plongé dans un conflit psychique perturbant et une dissonance cognitive au lieu de voir le contre-transfert comme une réaction naturelle et un outil thérapeutique précieux pour travailler avec les clients destructeurs (Aviram, et al., 2006; Book, 1997; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Prodgers, 1991; Williams, 2004).

La tolérance des sentiments de haine envers le client est particulièrement difficile. Ce contre-transfert inflige des blessures narcissiques au thérapeute, car son identité professionnelle est liée à la perception de sa capacité à promouvoir la croissance d'autrui grâce à son altruisme (Ivey, 1995). La compassion, le souci de prendre soin de l'autre, l'amour et une attitude de non-jugement sont tenus en haute estime par les thérapeutes. Ce n'est pas le cas de la dérision, du rejet et du désir de blesser et de torturer qui peuvent être ressentis autant dans le contre-transfert haineux qu'à divers moments et à divers degrés tout au long de la relation thérapeutique (Prodgers, 1991). Le contre-transfert négatif peut menacer l'équilibre psychique et l'idéal de Moi des thérapeutes. Madonna (1991) va jusqu'à affirmer qu'un thérapeute ne peut pas se permettre de traiter trop de clients qui présentent un diagnostic de trouble de la personnalité limite ou narcissique au cours d'une même période, car ce serait trop dommageable pour l'estime de soi. Le contre-transfert négatif entraîne une honte difficilement supportable chez les thérapeutes qui idéalisent de manière infantile une empathie, un regard positif et une bienveillance sans failles et qui s'idéalisent eux-mêmes lorsqu'ils s'exigent d'être des modèles de contrôle de soi et de maturité (Betan & Westen, 2009; Epstein, 1977; Grinberg, 1995;

Madonna, 1991; Sussman, 1992). Parce que certains sentiments contre-transférentiels ne sont pas associés aux motivations et à l'image de soi conscientes du thérapeute, le déni, le refoulement et d'autres puissants mécanismes de défense s'érigent à l'encontre de leur reconnaissance. Le contre-transfert peut donc demeurer inconscient (Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Prodggers, 1991).

Contre-transferts associés à des troubles de personnalité particuliers. Les personnalités pathologiques d'un certain type tendraient à induire des réactions contre-transférentielles plus typiques. Par exemple, les clients qui présentent un trouble d'allure schizoïde sont perçus comme difficiles à cause de leur incapacité à s'attacher (Davidtz, 2008). L'importante ambivalence du client schizoïde dans les relations peut affecter le processus thérapeutique. Son incapacité à communiquer ses problèmes peut être confondue avec une absence de difficultés ou un manque de motivation (Thylstrup & Hesse, 2009). Le client schizoïde, qui tend à susciter une absence de réactions émotionnelles, et le client narcissique qui monologue en faisant l'étalage de sa grandiosité, sont plus susceptibles de susciter un contre-transfert d'ennui, de désintérêt, d'endormissement et de manque d'engagement émotionnel (Betan, et al., 2005; Hansen, 1994; Kernberg, 2003; Kohut, 1990; Kulick, 1985; Salz, 1998; Thylstrup & Hesse, 2009).

Les clients qui souffrent d'un trouble narcissique sont généralement ceux qui menacent le plus l'estime de soi du thérapeute et provoquent le plus de contre-transfert

de honte et d'autodévalorisation. Les personnes narcissiques dénie leur besoin des autres et vivent beaucoup d'envie. Elles ont donc une faible appréciation de ce que le thérapeute fait pour elles. Elles ont également davantage besoin d'attaquer pour se défendre du contact émotionnel. Il est difficile pour les thérapeutes de maintenir leur propre empathie devant la grossière insensibilité, la grandiosité, la prétention et la constante dévaluation, ouverte ou subtile, du client narcissique. Les thérapeutes tendent à se sentir blessés et ignorés avec ces clients et ils finissent par se retirer émotionnellement et par se désengager (Alonso, 1992; Ivey, 1995; Kernberg, 1986; Kulick, 1985; Schumacher Finell, 1985).

Le cercle vicieux de la stigmatisation de la clientèle. Le trouble de personnalité limite a déjà été une étiquette péjorative pour les clients que les professionnels n'aiment pas (Kernberg & Michels, 2009). Les professionnels de la santé mentale ont souvent une perception négative de cette pathologie, et sa stigmatisation, qui implique une dévalorisation globale de la personne, dépasse celle des autres maladies mentales (Aviram, et al., 2006). Le prototype du client souffrant d'un trouble de la personnalité limite est constitué de termes péjoratifs : les professionnels le perçoivent comme réfractaire au traitement et cherchant à le saboter, manipulateur, exigeant, recherchant l'attention et leur faisant perdre leur temps (Aviram, et al., 2006; Haigh, 2006; Kane, 2006). Ces clients sont aussi perçus comme clivant intentionnellement le personnel soignant en « bons » et « méchants » et sont tenus responsables des conflits que les membres de l'équipe vivent entre eux (Zanarini & Silk, 2001).

Plusieurs cliniciens ne perçoivent pas le trouble de la personnalité comme une maladie mentale. Ils tiennent donc pour acquis que les clients peuvent contrôler leurs symptômes et leurs comportements même si en réalité ce contrôle n'est que partiel. Ils interprètent parfois les symptômes comme de la manipulation à leur endroit, de la faiblesse morale, un manque de volonté, ou une recherche d'attention (Aviram, et al., 2006; Forsyth, 2007). Cette perception que le client peut contrôler son comportement, par opposition au déterminisme biochimique incontrôlable que les cliniciens attribuent aux autres troubles mentaux, contribue à perpétuer la stigmatisation des pathologies de la personnalité (Aviram, et al., 2006).

La fluctuation caractéristique des symptômes du trouble de la personnalité ajoute aussi à l'incompréhension du personnel. Bland & Rossen (2005) ont montré que les infirmières psychiatriques perçoivent fréquemment les clients souffrant d'un trouble de la personnalité limite comme « moins malades » parce qu'ils présentent de prime abord un comportement « plus normal ». À cause de cela, elles peuvent percevoir les comportements heurtants de ces clients comme étant délibérés plutôt que comme faisant partie de la pathologie. Quand elles croient alors qu'elles ont été manipulées par un client qui fait exprès de saboter son traitement, elles se sentent encore plus en colère, frustrées et mises en échec. Elles peuvent par conséquent devenir moins empathiques, et adopter une attitude de retrait et de distance affective envers le client.

Malgré l'importance de la recherche effectuée et des données probantes maintenant disponibles qui démontrent l'efficacité de nouvelles thérapies prometteuses pour les troubles de la personnalité, les individus souffrant de cette pathologie sont encore souvent vus comme difficiles, voire impossibles à traiter (Banerjee, Duggan, Huband, & Watson, 2006; Burns, 2006; Haigh, 2006; Kernberg & Michels, 2009; Lequesne & Hersh, 2004; Snowden & Eddie, 2003). Plusieurs professionnels de la santé mentale croient que les personnes souffrant de troubles de la personnalité ne répondront pas aux interventions qu'ils peuvent offrir et qu'on ne pourra pas les aider à se réadapter. Ces préjugés ont fréquemment été utilisés comme motif pour les exclure des traitements ou pour se déresponsabiliser quand le client abandonnait prématurément la thérapie (Aviram, et al., 2006; Kane, 2006). C'est particulièrement le cas envers les personnes qui souffrent d'un trouble de la personnalité limite. Ces individus subissent souvent une discrimination injuste de la part des professionnels de la santé mentale parce qu'ils sont perçus comme des auteurs de trouble (Lingiardi, et al., 1999). En effet, à cause de l'intensité des dynamiques transférentielles et contre-transférentielles, plusieurs cliniciens sont réticents à entreprendre des traitements avec ces clients (Zanarini & Silk, 2001). Ils peuvent même éviter de diagnostiquer le trouble de la personnalité ou de parler de ce diagnostic au client de peur de le décourager, de le stigmatiser ou de provoquer une réaction explosive (Banerjee, et al., 2006). La tolérance de telles attitudes est en voie de déclin, notamment au Royaume-Uni, où le *National Institute of Mental Health in England* (NIMHE) est intervenu pour promouvoir un juste accès aux services pour cette population (Kane, 2006).

Certains se sont penchés sur le point de vue des usagers des services de santé mentale qui souffrent de troubles de la personnalité. L'expérience de ces usagers suggère que les professionnels manquent de tolérance à leur égard, et n'ont pas suffisamment conscience de leurs enjeux ni de leur personne en tant qu'individus au-delà du diagnostic (Kane, 2006). Ces personnes se décrivent souvent comme « les patients que les psychiatres n'aiment pas ». Elles trouvent que le diagnostic de trouble de la personnalité est une étiquette dont il est très difficile de se débarrasser (Snowden & Eddie, 2003). Ces personnes se sentent exclues des services (Haigh, 2006). Elles sentent qu'on les tient responsables de leur condition quand on leur affirme qu'elles n'ont pas de maladie mentale. Puisqu'elles vivent une souffrance profonde et chronique, elles se sentent alors rejetées, en colère, désespérées et sans valeur. Elles perçoivent aussi le pessimisme et les attitudes rigides et défensives du personnel (Haigh, 2006; Snowden & Eddie, 2003).

Le fait de stéréotyper et d'invalider les clients qui souffrent de troubles de la personnalité pourrait être une réponse du personnel à l'anxiété et à l'impuissance qu'ils vivent dans leur travail avec eux (Forsyth, 2007; Ioannovits, 2007). Mais cette stigmatisation peut à son tour affecter la manière dont les praticiens réagissent aux comportements, aux pensées et aux émotions de ces clients et exacerber involontairement les caractéristiques dysfonctionnelles qui provoquent justement le contre-transfert négatif. Les professionnels ne sont pas nécessairement conscients que leurs propres attitudes envers ce groupe peuvent constituer une forme de passage à l'acte contre-transférentiel et influencer négativement le processus et la relation thérapeutiques

(Aviram, et al., 2006; Forsyth, 2007; Ioannovits, 2007). Le thérapeute contribue ainsi à l'issue négative de la thérapie et confirme ses préjugés.

Par exemple, s'il anticipe que le client sera agressif, le thérapeute peut mettre des limites plus strictes ou être particulièrement confrontant, ce qui accroît la probabilité que le client réponde de manière agressive. S'il s'attend à ce que le client soit démuni et dépendant, il peut être excessivement distant ou complaisant, ce qui provoque précisément le comportement d'agrippement attendu (Sherby, 1989). Les cliniciens peuvent avoir des réactions d'autoprotection devant les comportements difficiles associés au diagnostic de trouble de la personnalité (Aviram, et al., 2006; Forsyth, 2007). Les préjugés peuvent contribuer de manière importante à ce que le thérapeute adopte une attitude émotionnellement distante ou une attitude trop rigide et punitive (Aviram, et al., 2006; Davidtz, 2008). Cette dynamique est particulièrement problématique étant donné l'extrême sensibilité de ces personnes au rejet et à l'abandon. Les comportements autodestructeurs et l'abandon prématuré du traitement peuvent être une réaction du client à la perception d'être mis à distance par le thérapeute (Aviram, et al., 2006).

Les préjugés des professionnels vont de pair avec le fait qu'ils ignorent souvent ou sont incapables de comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents à la détresse vécue par ces personnes, par exemple les mauvais traitements qu'elles ont subis (Forsyth, 2007). Le fait de percevoir la personne souffrant d'un trouble de la personnalité

comme mauvaise, manipulatrice et non-coopérante plutôt que comme profondément perturbée, désespérée et effrayée peut avoir des effets iatrogènes (Davidtz, 2008). Les préjugés peuvent conduire les cliniciens à minimiser les symptômes et à ne pas évaluer avec justesse le véritable degré d'impuissance des clients, à surestimer leurs ressources et à avoir des attentes de changement irréalistes à leur sujet (Aviram, et al., 2006; Ioannovits, 2007), ou, au contraire, à nourrir des attentes trop négatives quant au pronostic et à être moins motivé à aider le client (Aviram, et al., 2006; Forsyth, 2007).

Les difficultés dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique est largement reconnu comme une dimension importante du travail psychothérapique (Thylstrup & Hesse, 2009). L'alliance thérapeutique peut être définie comme la qualité de l'engagement entre le thérapeute et le client telle qu'elle se reflète dans le travail d'équipe orienté vers les buts et les tâches, et dans leur relation affective (Bennett, et al., 2006; Forsyth, 2007; Spinhoven, et al., 2007; Thylstrup & Hesse, 2009). La compréhension empathique du thérapeute est également une dimension importante de l'alliance thérapeutique (Galloway & Brodsky, 2003).

Indépendamment de l'approche ou du format de la thérapie, la qualité de l'alliance thérapeutique est le prédicteur le plus stable et celui qui explique la plus grande part de la variance de l'efficacité thérapeutique. C'est également vrai pour la clientèle qui présente un trouble de la personnalité (Bender, 2005; Bennett, et al., 2006; Campling, 1996; Galloway & Brodsky, 2003; Muran, et al., 2009). Même si l'alliance thérapeutique

constitue le principal prédicteur du changement thérapeutique, on postule qu'elle n'est pas curative en soi, mais constituerait le levier sur lequel le client s'appuie pour adhérer à son traitement et le poursuivre (Cheval, et al., 2009; Forsyth, 2007; Spinhoven, et al., 2007). Par exemple, des données probantes montrent qu'une bonne alliance thérapeutique rend les interprétations plus tolérables (Campling, 1996), alors que les ruptures et les tensions dans l'alliance thérapeutique peuvent entraîner une terminaison prématurée avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité (Bender, 2005).

On a déjà vu précédemment que les problèmes émotionnels et les difficultés que les clients souffrant d'un trouble de la personnalité éprouvent dans les relations interpersonnelles interfèrent sérieusement avec l'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique solide. On pense par exemple à l'instabilité des perceptions clivées de soi et de l'autre, à l'agressivité dirigée vers le thérapeute et la thérapie, à la profonde méfiance interpersonnelle et aux comportements de non-adhésion au traitement¹. Toutes ces difficultés rendent le travail avec cette clientèle particulièrement difficile et contribuent au taux élevé d'abandon prématuré du traitement (Aviram, et al., 2006; Bender, 2005; Bennett, et al., 2006; Cheval, et al., 2009; Hopwood, 2006; Lingardi, et al., 1999; Muran, et al., 2009; Reid, 2009; Spinhoven, et al., 2007). Devant tous ces problèmes, il est difficile pour le thérapeute de demeurer empathique (Muran, et al., 2009).

¹ Voir la section « Caractéristiques cliniques des troubles de la personnalité associées au contre-transfert » qui traite des difficultés interpersonnelles à la page 37.

La pression exercée par le client pour recréer une relation d'attachement pathologique et chargée d'une rage intense est un autre phénomène qui interfère avec l'alliance thérapeutique (Madonna, 1991; Zanarini & Silk, 2001). Cette pression amène le thérapeute à adopter certains comportements qui à leur tour confirment les projections pathologiques du client et les perpétuent (Muran, et al., 2009). Les clients qui ont des pathologies de la personnalité mettent particulièrement à l'épreuve la maturité du thérapeute en ne répondant pas au traitement, en y réagissant de manière négative, en refusant de reconnaître tout progrès positif ou en communiquant leur exigence implicite que le thérapeute en fasse plus (Book, 1997; Yegdich, 1998). Les thérapeutes sont affectés par la réalité que les résultats thérapeutiques sont beaucoup plus longs à obtenir avec cette clientèle (Bender, 2005) et par les abandons prématurés à l'intérieur des trois premiers mois de traitement (Aviram, et al., 2006). La dynamique de régression après un progrès, à laquelle on doit s'attendre, peut néanmoins être vécue par le thérapeute comme une provocation et susciter de pénibles sentiments contre-transférentiels (Madonna, 1991; Zanarini & Silk, 2001).

L'alliance thérapeutique ne peut pas être tenue pour acquise lorsqu'il y a trouble de la personnalité, surtout sévère, et on ne peut pas non plus s'attendre à la voir émerger spontanément. Au départ, le thérapeute se sent seul et attaqué plutôt que dans un rapport de collaboration et l'alliance thérapeutique peut fluctuer d'une séance à l'autre (Bender, 2005; Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Madonna, 1991; Masterson, 1990). L'alliance thérapeutique implique justement une collaboration mature qui peut dépasser

les ressources psychologiques des clients plus perturbés pendant une portion significative de leur traitement. Une attente prématurée d'alliance de la part du thérapeute peut ressembler aux expériences pathogènes de l'enfance et être traumatisante pour le client (Adler, 2000).

Dans le traitement des troubles de la personnalité, tant psychodynamique que cognitivo-comportemental, il est de la plus haute importance d'accorder une attention particulière à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Cette tâche constitue à la fois un enjeu central du traitement et un défi de taille (Bender, 2005; Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Masterson, 1990; Plakun, 1994; C. J. Robins & Koons, 2000; Spinhoven, et al., 2007). L'établissement de l'alliance thérapeutique avec les clients qui souffrent de troubles de la personnalité se fait très lentement et graduellement, exige de la persévérance, de l'engagement et certaines interventions particulières, et constitue la première phase d'un traitement réussi. Cette étape est prérequis à la poursuite d'un travail pouvant mener à des changements durables (Bender, 2005; Campling, 1996; Masterson, 1990; Oldham, 2009; Spinhoven, et al., 2007).

Les cliniciens préconisent divers moyens pour créer l'alliance avec ce type de client, qu'il s'agisse d'essayer de développer un attachement mutuel et authentique entre le thérapeute et le client et une relation plus chaleureuse (C. J. Robins & Koons, 2000; Spinhoven, et al., 2007), de cultiver l'empathie et l'accordage avec la vision du monde

du client (Bender, 2005), ou d'intervenir rapidement sur les nombreuses ruptures de l'alliance qui reflètent en partie les schémas interpersonnels dysfonctionnels du client (Bender, 2005; Bennett, et al., 2006; Campling, 1996; C. J. Robins & Koons, 2000). La régulation du contre-transfert, l'adaptation des interventions au style du client et un effort particulier pour rejoindre le client à travers une communication empreinte 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).

Aspects créateurs et destructeurs du contre-transfert par identification projective

Introduction. La perspective totaliste voit le contre-transfert comme une importante source d'informations utiles pour comprendre les dynamiques inconscientes du client, poser un diagnostic et faciliter le traitement (Betan & Westen, 2009; Kulick, 1985; Tansey & Burke, 1989). Les écrits sur la thérapie du trouble de personnalité limite et des troubles narcissiques encouragent abondamment le thérapeute à prendre conscience de son contre-transfert, qui est généralement inconscient, et à le gérer efficacement au lieu de le minimiser, de l'ignorer et de donner l'étiquette de « client difficile » (Book, 1997; Davidtz, 2008; Galloway & Brodsky, 2003; Schumacher Finell, 1985). On ne considère généralement plus que le contre-transfert n'est qu'une interférence néfaste résultant de problèmes non résolus chez le thérapeute, et qu'il doit être éliminé le plus vite possible. On souligne maintenant davantage son universalité et son utilité que son caractère nuisible pour le traitement (Meyers, 1986). On continue

toutefois à reconnaître que le contre-transfert qui demeure inconscient ou qui est négligé ou ignoré par le thérapeute est dangereux (Shachner & Farber, 1997; Strean, 2001a).

Le contre-transfert peut être extrêmement utile ou extrêmement dommageable pour la relation et le processus thérapeutiques selon le niveau de compréhension et de maîtrise de soi qui accompagne de telles expériences (Madonna, 1991). Les écrits font consensus pour dire que ce n'est pas le contre-transfert en lui-même qui menace le traitement, mais plutôt le manque de conscience de son contre-transfert ou des conflits impliquant le contre-transfert (Brody & Farber, 1996). Le contre-transfert n'est pas non plus utile en soi; ce sont la reconnaissance et la compréhension de la réaction contre-transférentielle qui ont une utilité (Meyers, 1986).

La prise de conscience, l'analyse et la régulation du contre-transfert sont cruciales pour l'alliance et l'efficacité thérapeutiques dans le traitement des troubles de la personnalité (Davidtz, 2008; Fonagy, 1991; Gutheil, 2005; McIntyre & Schwartz, 1998). On estime que le contre-transfert peut être une précieuse source d'information et un outil pouvant servir l'alliance et le changement thérapeutiques, mais seulement à la condition d'en éliminer le potentiel destructeur et d'être compris, géré et utilisé pour le bien du client (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002). Si les thérapeutes s'abstiennent de le faire, ils risquent d'agir leur contre-transfert demeuré inconscient et leurs propres conflits non résolus dans le travail thérapeutique, de contribuer à une atmosphère intersubjective négative, et de nuire au traitement (Friedman & Gelso, 2000; Gelso, et al., 2002).

Négliger le contre-transfert peut mener à l'abandon prématuré du traitement, à des impasses ou à des échecs thérapeutiques (Betan & Westen, 2009; Brody & Farber, 1996; Rossberg, et al., 2007). La négligence du contre-transfert peut participer au maintien du statu quo et à l'évitement du conflit intrapsychique du client (Cassorla, 2008; Galloway & Brodsky, 2003). Elle peut recréer entre le thérapeute et le client les mêmes relations nocives et traumatisantes qui existaient dans le passé entre le client et les figures parentales (Book, 1997; Madonna, 1991).

Les mécanismes de défense du thérapeute ont un impact négatif sur le processus thérapeutique. C'est pourquoi le contre-transfert qui n'est pas contenu interfère avec les principes thérapeutiques, 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 la personnalité (Davidtz, 2008; Plakun, 1994). Par exemple, les interventions de confrontations qui sont nécessaires, mais exigent de la délicatesse, se font plus aisément quand le thérapeute ne se sent pas lui-même enragé car il ne faut pas non plus alimenter les sentiments du client d'être une personne mauvaise (Sherby, 1989).

L'expérience du contre-transfert par identification projective peut mener soit à des résultats empathiques productifs soit à des perturbations du processus empathique (Tansey & Burke, 1989). Le caractère créateur ou destructeur de l'identification projective est déterminé à la fois par la capacité du thérapeute à contenir la projection et

par l'intensité ou la nature primitive des projections et des provocations du client (Adler, 2000).

Le thérapeute peut être bombardé d'identifications projectives massives, douloureuses et effrayantes, au point qu'il en perd le sens de la cohésion de son Soi (Meyers, 1986; Searles, 1994) et devient temporairement incapable de fonctionner avec sa réelle identité professionnelle (Kulick, 1985). En revanche, la régulation des identifications projectives peut être une expérience créative et thérapeutique si le thérapeute peut contenir et comprendre avec empathie ce que le client projette de son monde objectal interne (Madonna, 1991; Meyers, 1986), et s'il peut formuler des interprétations empathiques et pertinentes qui permettront la réintériorisation de la projection sous une forme modifiée (Madonna, 1991). L'intensité des émotions refoulées du client peut être si grande que c'est le thérapeute qui, à travers l'accès relativement aisé à son propre inconscient, est le premier à ressentir consciemment, à conceptualiser et à articuler verbalement les conflits encore inconscients du client (Searles, 1994). Ces divers aspects seront abordés dans les prochains paragraphes.

Le potentiel diagnostique, empathique et thérapeutique de la régulation du contre-transfert par identification projective. La pertinence diagnostique du contre-transfert est un postulat aujourd'hui largement accepté. De nombreux cliniciens et théoriciens défendent l'idée de l'utilisation du contre-transfert pour aider à comprendre le client en se basant sur celle de la « contagion émotionnelle » par identification

projective (Salz, 1998). La plupart des théories psychanalytiques actuelles mettent l'accent sur l'importance de la réponse émotionnelle du thérapeute comme outil diagnostique et thérapeutique de base (Holmqvist, 2001; Kernberg, 1994). Le contre-transfert permet au thérapeute d'accéder à d'importantes informations cliniques concernant les mécanismes de défense, les modes relationnels, les relations d'objet intériorisées et l'état émotionnel du client. Son contre-transfert aide le thérapeute à comprendre les problèmes avec lesquels son client se débat et à réfléchir à la situation thérapeutique (Kulick, 1985; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg, et al., 2007).

L'examen de la contribution de la dynamique du client au contre-transfert du thérapeute est justifié par le fait que même si le thérapeute apporte les mêmes vulnérabilités, intérêts et forces dans toutes les interactions avec tous ses clients, il reste qu'une constellation de sentiments et de pensées sera stimulée par les caractéristiques personnelles de ses différents clients, d'une manière qui transcende les sentiments individuels très particuliers appartenant à l'histoire personnelle du clinicien (McIntyre & Schwartz, 1998; Summers & Barber, 2010).

S'appuyant sur le concept d'identification projective, certains théoriciens ont conceptualisé le contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité comme étant constitué des identifications avec des représentations intériorisées du Soi ou de l'Objet appartenant au psychisme du client. Ils avancent que ces identifications peuvent être utilisées principalement comme un indicateur de cette

vie interne. La réactivation, dans la relation thérapeutique, d'une relation d'objet primitive posséderait donc des fonctions diagnostiques et thérapeutiques fondamentales (Book, 1997; Frederickson, 1990; Gabbard, 2010; Kernberg, 1986; Meyers, 1986; Schumacher Finell, 1985; Whitney, 1998).

La participation du thérapeute aux relations d'objet pathologiques qui se rejouent dans la relation thérapeutique lui permet d'identifier une « danse » caractéristique que le client recrée dans divers contextes. Ce schéma interactionnel lui donne une idée de ce qui a pu se passer dans les relations précoces avec les parents nourriciers et de ce qui se passe au quotidien à l'extérieur de la relation thérapeutique (Gabbard, 2010). Ainsi, Searles parle avec éloquence du processus d'induction par lequel le client essaie de rendre le thérapeute fou, recréant de cette manière le processus par lequel il est devenu malade (Frederickson, 1990).

Voici quelques exemples qui illustrent le phénomène du contre-transfert par identification projective et son potentiel de compréhension empathique du client. Le client peut induire chez le thérapeute des sentiments semblables à ceux qu'il a ressentis dans la relation d'attachement précoce, par exemple l'amener à se sentir ouvertement soumis, mais furieux in petto (Book, 1997), ou à se sentir exclu et rejeté de la manière dont le client s'est senti dans la relation avec les personnes importantes de sa vie (Schumacher Finell, 1985). Le client maltraité peut s'identifier à l'agresseur, brutaliser son thérapeute et lui infliger, durant les séances, les mêmes traumatismes dont il fût

l'objet. Par exemple, il peut placer le thérapeute dans le rôle de celui qui est rejeté et lui faire vivre la peur de l'abandon en parlant constamment de mettre fin à la thérapie (Kulick, 1985; Madonna, 1991; Waska, 1999). En réagissant à la manière sadique dont le client le traite, le thérapeute devient capable de ressentir et de se représenter le client comme une personne qui, sous la pression d'anxiétés aussi énormes que de se sentir abandonné et conséquemment annihilé, répondrait comme une « victime folle » en utilisant la soumission masochiste pour maintenir le lien avec des parents dangereux et non fiables (Chatziandreou, et al., 2005).

Le client peut aussi pousser le thérapeute à se sentir et se comporter comme il a vécu qu'un parent agissait envers lui, par exemple l'amener à se conduire de la même manière contrôlante, intrusive et tracassière (Book, 1997). Le thérapeute qui se sent complètement indifférent à ce qu'apporte le client peut avoir été poussé à adopter le rôle de la mère du client, à la façon dont celui-ci l'a vécu, c'est-à-dire une mère indifférente et non disponible émotionnellement pour lui (Hansen, 1994). Dans les états précédant une tentative de suicide, le thérapeute peut rester pris dans un contre-transfert de détachement émotionnel et se retrouver dans le rôle du père négligent qui abandonne l'enfant aux mains de la mère perturbée. Il peut aussi être entraîné dans une dynamique sadomasochiste, se retrouvant dans le rôle du bourreau tandis que le client se venge par la tentative de suicide (Campbell, 2010).

Les deux partenaires peuvent s'identifier à tour de rôle à l'agresseur et à la victime et adopter des rôles complémentaires. Après avoir été analysée, une attitude sadique de la part du thérapeute peut se révéler être une réponse à la soumission masochiste du client (Lane, 1986). Le thérapeute peut réagir au transfert à la fois dépendant et hostile du client en se sentant irritable et en ayant envie de le rejeter (Summers & Barber, 2010). Le manque de contact émotionnel entre le client et le thérapeute peut aussi être une reproduction de la relation pathogène avec les figures parentales. Le sentiment contre-transférentiel de futilité que cela entraîne peut signaler cette dynamique au thérapeute (Kernberg, 1986).

Que le client souffrant d'un trouble de la personnalité l'ait voulu ou non consciemment, le contre-transfert émanant de l'interaction avec lui représente donc une riche opportunité pour le thérapeute de comprendre quelque chose, de façon très sentie, au sujet de l'expérience du client (Tansey & Burke, 1989). Ce potentiel diagnostique du contre-transfert par identification projective représente donc à la fois un potentiel de compréhension empathique du client. Contre-transfert négatif et empathie pourraient sembler contradictoires, mais Frederickson (1990) rappelle que l'empathie ne doit pas être confondue avec une attitude chaleureuse exempte de sentiments négatifs. Avoir une attitude empathique signifie que le thérapeute parle à partir de l'expérience intérieure du client, peu importe sa nature. De l'examen de ses propres sentiments de haine envers un client, cet auteur conclut que son contre-transfert lui a procuré une compréhension empathique de la manière dont le client s'était senti avec son père agresseur.

Dans le contexte de la psychothérapie, l'empathie est définie comme l'expérience intérieure de comprendre avec précision et de partager l'état psychologique momentané du client. L'empathie inclut la capacité de rester focalisé sur les besoins du client malgré la motivation pressante de gratifier ses propres besoins (Davidtz, 2008; Gibbons, 2010; Tansey & Burke, 1989). L'empathie est un construit complexe dont le rôle central pour l'efficacité de la psychothérapie a été maintes fois affirmé (Tansey & Burke, 1989).

L'empathie, l'identification projective et l'autorégulation affective du contre-transfert sont intimement liées et les trois reposent sur l'éveil d'une expérience identificatoire chez le thérapeute (Tansey & Burke, 1989). Les termes « processus empathique », « traitement des identifications projectives » et « gestion du contre-transfert » sont d'ailleurs régulièrement utilisés comme synonymes dans les écrits. Tansey et Burke (1989) croient que l'empathie et l'identification projective font partie du même processus de traitement des « communications interactionnelles » verbales et non verbales, conscientes et inconscientes, provenant du client. Selon ces auteurs, des identifications de la part du thérapeute, complémentaires aux identifications projectives du client, sont toujours impliquées dans l'accordage empathique. Le mécanisme d'identification projective de la part du client serait toujours à l'œuvre quand le thérapeute atteint un contact empathique. De même, quand le client s'engage dans l'identification projective, il y aurait toujours le potentiel pour que le thérapeute atteigne un résultat empathique, que ce potentiel s'actualise ou non.

Le processus de régulation du contre-transfert par identification projective est considéré par nombre de cliniciens et de théoriciens comme faisant partie intégrante du processus de changement thérapeutique et comme un facteur crucial d'efficacité thérapeutique avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité.

Le mécanisme d'identification projective remplirait une fonction très importante en fournissant l'occasion au psychisme du thérapeute de servir d'appareil de perlaboration des dynamiques psychiques et des affects que le client induit chez le thérapeute. Ce sont des affects toxiques, inconscients et indésirables avec lesquels il se débat et qu'il doit dissocier et projeter puisqu'il n'arrive pas à les moduler. Le rôle du thérapeute serait d'être un appareil de contention et de métabolisation de ces états mentaux et affectifs (Fonagy, et al., 2010; Waska, 2000; Wheelis & Gunderson, 1998). Le travail de la thérapie est intimement lié à la capacité du thérapeute d'autoréguler son contre-transfert, car ce travail consiste à aider le client à « déposer » ses sentiments primitifs horribles et ses schémas relationnels pathologiques dans la relation thérapeutique pour que le thérapeute lui démontre comment ils peuvent être contenus, compris, apprivoisés et maîtrisés (Kernberg, 1986; Wheelis & Gunderson, 1998).

Pour autoréguler son contre-transfert au lieu de l'agir, le thérapeute doit parvenir à reconnaître, accepter et analyser les sentiments négatifs intenses qu'il peut vivre. Il doit être en mesure de tolérer les distorsions de son expérience intrapsychique et de les

utiliser pour générer une compréhension empathique utile aux interventions (Kernberg, 1986; Wheelis & Gunderson, 1998).

Si le thérapeute est capable de reconnaître et d'accepter les projections du client tout en maintenant une saine distance, s'il peut atteindre un état dans lequel il est à la fois utilisé pour porter les projections du client et capable de retenir une représentation claire et cohérente de sa propre réalité, alors il peut offrir au client une nouvelle perspective.

Le psychisme du thérapeute « traite » et « redonne » au client, à travers des interventions empathiques, l'affect intolérable et le traumatisme sous une forme digérée, détoxifiée, modulée et adaptée. Le client peut réintérioriser ce que le thérapeute met à sa disposition, ce qui mène éventuellement à des changements dans les représentations de Soi et de l'Objet du client. Le thérapeute facilite ainsi la réintrojection, par le client, de l'expérience psychique qui était précédemment intolérable et projetée (Bateman, 1995; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Tansey & Burke, 1989; Waska, 1999). Contenir le contre-transfert ne signifie pas seulement de garder ses sentiments à l'intérieur et se retenir de les agir. C'est le processus par lequel le thérapeute les nomme au client et en comprend la signification dans le contexte du transfert. La fonction contenante du thérapeute en est une de digestion active, il ne s'agit pas d'être un simple réceptacle (Frederickson, 1990). La plupart du temps, la contention du contre-transfert par identification projective n'est que partielle, mais si elle est répétée et suffisante, le

thérapeute fournit au client une modification de la partie projetée et cette projection modifiée peut être réintériorisée (Adler, 2000).

L'interprétation à partir des identifications projectives est utile au processus thérapeutique. Si le client est capable d'en profiter, cela le rend conscient d'une partie de son fonctionnement mental qui peut maintenant devenir un objet de réflexion (Cassorla, 2008). Ce type d'intervention peut permettre au client de ressentir consciemment des aspects dissociés de son expérience (Kulick, 1985). Une intervention utilisant le contre-transfert, si elle est correctement formulée, contribue à la fonction de « contenant métabolisateur » du thérapeute en véhiculant le message que les impulsions et les affects qui étaient menaçants pour le parent dans la « première édition » de la relation d'attachement ne le sont pas pour le thérapeute dans la « nouvelle édition » transférentielle et ne mettent en danger ni le thérapeute ni la relation. Les affects primitifs du client étant acceptés et tempérés dans une certaine mesure, le client peut les ressentir sans être submergé par l'anxiété (Schamess, 1981).

En d'autres termes, la tolérance du thérapeute pour les distorsions contre-transférentielles de son expérience intrapsychique peut devenir de l'empathie pour ce que le client n'est pas capable de tolérer à l'intérieur de lui-même (Kernberg, 1986). Les travaux du psychanalyste Heinz Kohut sur le traitement des troubles narcissiques ont fait école et ont placé la capacité empathique du thérapeute au cœur de son rôle dans le processus thérapeutique (Tansey & Burke, 1989). La perspective de la psychologie du

Soi de Kohut a en effet pour postulat que la communication empathique est un précurseur des capacités matures de contenir et de traiter l'expérience de façon autonome, et que le reflet de la reconnaissance de l'expérience intérieure de l'autre est déjà une fonction régulatrice importante (Gibbons, 2010).

Le potentiel destructeur du contre-transfert : les passages à l'acte contre-transférentiels. En plus d'être défini par des réponses affectives étranges et des distorsions dans la perception que le thérapeute a du client et de lui-même, le contre-transfert peut se manifester par des comportements et des attitudes inappropriées (Gabbard, 2005; Lane, 1986). Les réactions contre-transférentielles peuvent provoquer le thérapeute à agir plutôt que penser (Fonagy, et al., 2010). C'est particulièrement vrai lorsque le contre-transfert ne fait pas l'objet d'un examen méticuleux et qu'il demeure inconscient (Gabbard, 2005; Lane, 1986).

On fait communément la distinction entre les sentiments contre-transférentiels et le comportement contre-transférentiel. Les sentiments contre-transférentiels peuvent être vus comme inévitables et potentiellement bénéfiques à la compréhension du client, alors que les passages à l'acte contre-transférentiels sont susceptibles de nuire à la thérapie (Robbins & Jolkovski, 1987) car ils interrompent la fonction empathique (Lane, 1986). Comme la compréhension d'interactions complexes ne peut se faire que graduellement, les passages à l'acte contre-transférentiels sont inévitables et on ne peut pas demander au

thérapeute d'en faire plus que de les analyser après-coup pour mieux comprendre le client (Frederickson, 1990).

De nombreux exemples de passage à l'acte contre-transférentiels motivés par des sentiments désavoués à l'égard du client sont rapportés par les cliniciens et les chercheurs : oublier le rendez-vous, commencer la séance en retard, avoir de la difficulté à lire ses notes, regarder l'heure, être léthargique, s'endormir, faire des commentaires sarcastiques en guise de confrontation, adresser le client à un autre professionnel (Gabbard, 2005; Prodgers, 1991). Les identifications projectives massives à l'origine d'un contre-transfert douloureux peuvent être tellement anxiogènes que le thérapeute perd la capacité de rétablir des frontières claires entre la pensée, l'affect et l'action. Il est alors poussé à réagir défensivement en retournant rapidement au client ses projections pour se débarrasser de l'affect intolérable. L'interprétation est prématurée si le psychisme du client n'est pas assez fort pour tolérer d'en prendre conscience (Madonna, 1991; Waska, 1999).

Les passages à l'acte contre-transférentiels peuvent aussi prendre la forme d'attitudes fixes et stéréotypées telles que la soumission, la contre-attaque, la séduction, l'évitement et le désengagement affectif.

Passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre de la soumission. Les passages à l'acte du client, sa rage et son pouvoir d'intimidation, sa dévaluation

constante ou sa façon de miner l'identité professionnelle du thérapeute, ou encore son sentiment d'être exceptionnel et de mériter une attention ou un traitement sortant de l'ordinaire peuvent induire un contre-transfert de peur, de rage meurtrière, d'impulsions destructrices et de culpabilité (Calvert, 1997; Gutheil, 2005; Kernberg, 1995; Kulick, 1985). Le thérapeute peut se défendre de ce contre-transfert en l'agissant dans une attitude de dévouement excessif et même de soumission à des demandes inappropriées sur le plan clinique. Il peut être intimidé et adopter un rôle de martyr devant les attaques sadiques au lieu de les reconnaître comme telles et de les interpréter (Calvert, 1997; Gutheil, 2005; Kernberg, 1995; Kulick, 1985; Lane, 1986). Cette posture de soumission risque toutefois d'alimenter les attaques sadiques du client (Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Prodgers, 1991). Dans le contexte où il ressent une forte pression à décharger les pulsions associées à l'identification projective, ses efforts pour combattre les sentiments de blessure, de colère ou de dépression par une attitude d'acceptation et de bienveillance inconditionnelles ne peuvent qu'être de nature défensive (Frederickson, 1990).

Passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre de la contre-attaque. Le client qui a un trouble de la personnalité est expert à provoquer des situations dans lesquelles il peut sentir que le thérapeute le maltraite (Kernberg, 1995). Même les thérapeutes expérimentés basculent à certains moments dans des cycles d'interaction négative et répondent à l'hostilité du client par leur propre hostilité (Bennett, et al., 2006). Quand le thérapeute se sent traité cruellement, plutôt que de réagir à l'agressivité du client par une soumission masochiste ou consentie de mauvaise grâce, il peut agir son

contre-transfert de ressentiment outragé en contre-attaquant et en se vengeant par des représailles (Alonso, 1992; Salz, 1998; Sherby, 1989; Zannarini & Silk, 2001). Par exemple, le thérapeute peut finir par faire des confrontations excessives en étant gratifié d'humilier davantage le client qui est déjà blessé sur le plan narcissique (Alonso, 1992; Salz, 1998). Le thérapeute peut dénier les puissants sentiments de désespoir et d'inadéquation qu'il ne peut tolérer en devenant aussi rigide que le client et en adoptant une attitude froidement autoritaire et exagérément stricte dans sa façon d'utiliser le cadre (Kernberg, 1995; Zannarini & Silk, 2001). La colère ressentie par le thérapeute peut être perceptible dans son ton de voix (Prodgers, 1991). Un autre exemple de passage à l'acte contre-transférentiel de contre-attaque est de mettre fin à une hospitalisation ou à la psychothérapie de manière précipitée, pour se décharger et se soulager, sous prétexte d'une terminaison « appropriée » (Bland & Rossen, 2005; Tansey & Burke, 1989). Malheureusement, le refus de continuer à travailler avec le client à cause de ses tendances destructrices peut précipiter des gestes plus sérieux ou le suicide (Bland & Rossen, 2005). Si le client a une histoire de violence ou d'impulsivité, il est facile pour le thérapeute de rationaliser que la haine vient du client et qu'elle n'est pas en lui, de tout projeter sur le client et de justifier ses interventions de représailles (Meyers, 1986; Prodgers, 1991). Ces passages à l'acte contre-transférentiels contribuent à confirmer au client son expérience intériorisée, c'est-à-dire sa vision de lui-même comme d'une personne mauvaise et sa vision du monde comme dangereux (Sherby, 1989).

Passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre de la séduction narcissique.

Pour composer avec la frayeur qu'inspire l'agressivité du client, un autre type de passage à l'acte contre-transférentiel consiste pour le thérapeute à adopter une attitude grandiose. Il favorise alors de manière excessive l'idéalisation dont il fait l'objet et nourrit une certitude déraisonnable d'être capable d'aider le client (Lane, 1986; Reiser & Levenson, 1984; Salz, 1998; Sussman, 1992). Le thérapeute peut essayer d'accentuer le transfert positif en étant soutenant, rassurant, et en complimentant le client outre mesure dans un effort d'obtenir son affection et son admiration, ce qui est généralement iatrogène. Certains thérapeutes essaient de projeter une image de bienveillance absolue. Si sa tolérance grandiose donne au thérapeute une posture de supériorité morale et de grande magnanimité envers la personne inférieure tolérée avec un regard positif inconditionnel, une telle attitude empêche l'émergence de l'hostilité et sa perlaboration. Cette dynamique est contreproductive car d'essayer d'être une personne aimante et sans ambivalence restreint la relation thérapeutique et la rend moins authentique (Sussman, 1992). Guy (1987) observe aussi que certains psychothérapeutes entretiennent la croyance erronée, qui cache une grandiosité sous-jacente, que leur amour, leur tendresse, leur acceptation et leur accueil ont des pouvoirs magiques et sont curatifs en soi.

Passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre de l'évitement. Devant l'agression du client, le thérapeute peut aussi succomber à l'intensité contre-transférentielle en se retranchant dans une posture d'évitement. Il peut s'agir d'une

collusion pour éviter d'examiner certains enjeux « dangereux » dans la thérapie (Meyers, 1986). Mais cela peut aller jusqu'à un évitement haineux du client, et jusqu'à le rejeter dans les faits même si l'expérience le travail avec lui aurait pu être satisfaisante et enrichissante n'eût été de l'impasse contre-transférentielle (Kernberg, 1995; Lequesne & Hersh, 2004; Wheelis & Gunderson, 1998).

Passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre du retrait et du désengagement affectif. L'agressivité du client, sa dévaluation chronique du thérapeute, ou la soumission et le dévouement excessifs du thérapeute devant les passages à l'acte du client peuvent éventuellement mener à ce que le thérapeute rejette intérieurement le client, un passage à l'acte particulièrement dangereux pour le traitement (Kernberg, 1995; Kulick, 1985; Salz, 1998; Searles, 1994). Le désengagement affectif peut être une forme de vengeance pour le thérapeute qui, fatigué des attaques et du désespoir du client, et fâché de son chantage affectif, abandonne la bataille (Campbell, 2010). La perte de l'espoir que le client puisse faire des efforts et aller mieux est un problème contre-transférentiel sérieux qui menace le traitement dans ses fondements mêmes (Kernberg, 2003). Les thérapeutes réagissent au fait d'être exposés à la grossière insensibilité et au manque d'empathie du client par une blessure narcissique qui s'intensifie (Ivey, 1995; Sherby, 1989). Ils peuvent réagir au retrait affectif du client ou à son manque d'investissement dans la relation avec le thérapeute (Kulick, 1985; Schumacher Finell, 1985), ou être contaminés par le désespoir de fond du client (Alonso, 1992). Enfin, le rejet intérieur du client peut

être une défense contre le caractère inacceptable, aux yeux du thérapeute, de son agressivité contre-transférentielle (Kulick, 1985).

Le désengagement du thérapeute peut consister en un détachement émotionnel marqué à l'endroit du client (Aviram, et al., 2006; Kulick, 1985; Lane, 1986; Schumacher Finell, 1985). L'attitude du thérapeute désengagé peut devenir exagérément réservée, distante et silencieuse (Calvert, 1997; Reiser & Levenson, 1984; Searles, 1994). Son désintérêt peut aller jusqu'à l'endormissement (Kulick, 1985; Salz, 1998). L'érosion graduelle de l'engagement émotionnel du thérapeute peut aboutir à une collusion avec le client pour abandonner le traitement (Kernberg, 2003) ou par un refus de poursuivre le traitement ou de s'y engager à l'avenir (Calvert, 1997).

Comme le contre-transfert négatif peut mener à des attitudes défensives, nourrir les résistances et motiver le thérapeute à adopter lui aussi des comportements qui interfèrent avec la thérapie, il importe que le thérapeute examine et contrôle son contre-transfert pour empêcher que celui-ci n'influence négativement son comportement et le processus thérapeutique (Hayes & Gelso, 1991; Robbins & Jolkovski, 1987; C. J. Robins & Koons, 2000; Sampson, 2006). La partie qui suit traite des étapes de ce processus.

Le processus de régulation du contre-transfert

Vue d'ensemble. À ce jour, ce sont Tansey et Burke (1989) qui proposent le modèle théorique de régulation du contre-transfert le plus complet et qui est encore à la fine pointe de la documentation scientifique et clinique dans le domaine du contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. Ces auteurs découpent le processus de régulation du contre-transfert en trois phases séquentielles : la « réception », le « traitement interne » et la « communication ». Dans la phase de réception, le thérapeute reçoit les communications interactionnelles du client et fait l'expérience de leur action et de leur influence sur son psychisme. La phase de traitement comprend l'analyse de l'expérience intérieure du thérapeute et de ce qui a été communiqué par le client à travers l'interaction thérapeute-client. Dans la phase de communication, le thérapeute « redonne » au client ce qui a été traité intérieurement, toujours à travers l'interaction dans la dyade thérapeutique. Tansey et Burke (1989) définissent l'interruption du processus empathique comme une difficulté dans une quelconque des trois phases de cette séquence. Cette difficulté fait obstacle ou empêche la progression du traitement de l'identification projective du client vers un résultat empathique. La durée et la gravité de cette perturbation dépendent de la capacité relative du thérapeute à tolérer les expériences de Soi associées à la réception de l'identification projective.

Dans ce qui suit, nous présentons la recension de la documentation traitant de la régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité en adoptant l'organisation en trois phases séquentielles de Tansey et Burke (1989).

Phase de réception : prise de conscience et acceptation du contre-transfert. La réussite de la phase de réception exige du thérapeute qu'il fasse l'expérience de la pression émotionnelle exercée par le client et qu'il demeure ouvert à être influencé par l'induction d'une identification projective. Pour contenir les projections du client, le thérapeute doit être capable de reconnaître consciemment ces réactions contre-transférentielles puissantes, et prendre le temps de découvrir et de tolérer la modification de son expérience de Soi. Il doit consentir à se laisser envahir par la projection des anxiétés et des fantasmes psychotiques du client et à les contenir aussi longtemps que nécessaire jusqu'à être capable de sentir, de penser et de partager les émotions contenues dans ces projections comme si elles faisaient partie de son propre Soi, quelle que soit leur nature : haine meurtrière, peur de la mort, terreur catastrophique... Ainsi, les affects inconscients peuvent éventuellement franchir le seuil de la conscience et générer des images mentales chez le thérapeute (Grinberg, 1995; Kernberg, 1994; McTighe, 2010; Schore, 2003). Il importe que le thérapeute permette au client de le troubler, car c'est un moyen de donner une voix au Soi vulnérable dissocié du client (Solomon, 1992). Cette perturbation constitue un point de départ pour que le thérapeute fasse l'expérience d'une gamme d'émotions qui, une fois pleinement comprises et sublimées, peuvent se

transformer en outils techniques utiles pour entrer en contact plus profondément avec les clients régressés (Grinberg, 1995).

Tansey et Burke (1989) concluent que la progression le long de la séquence de traitement de l'identification projective dépend de la nature et de la puissance de l'identification projective du client, mais surtout de la capacité du thérapeute à tolérer l'image de Soi et l'expérience qu'elle éveille. La capacité psychologique de se confronter, sans une attitude défensive, à des parties anxiogènes du monde interne de l'autre établit les conditions de sécurité requises pour la poursuite du travail thérapeutique (Ivey, 1995). Par exemple, Book (1997) suggère que le thérapeute doit être capable d'aller jusqu'à laisser émerger à sa conscience des fantasmes sadiques de torturer le client. À l'inverse, lorsqu'il essaie de repousser ses émotions, le thérapeute devient irritable, épuisé et non empathique (Summers & Barber, 2010).

Durant la phase de réception, les frontières entre le Soi et l'Objet sont peu différenciées. Le thérapeute perd fréquemment son objectivité et sa distance entre sa propre expérience et celle induite par le client, principalement à cause de la nature inconsciente de l'expérience de Soi qui est éveillée et du caractère inacceptable de l'affect qui y est associé (Tansey & Burke, 1989). Le thérapeute court le risque d'être dépassé par les identifications projectives massives du client qui souffre d'un trouble de la personnalité (Cassorla, 2008). Idéalement, le thérapeute doit porter et tolérer, dans leur pleine force, les projections du client et le contre-transfert intense qu'elles suscitent

sans les agir grossièrement (Adler, 2000; Wilkinson & Gabbard, 1993). Ce n'est malheureusement pas toujours possible, car les thérapeutes sont effrayés de s'approcher de leurs sentiments contre-transférentiels, de se sentir envahis et d'affronter des états négatifs très intenses, déconcertants et même psychotiques. La capacité du thérapeute à reconnaître et réguler les affects douloureux en lui est un facteur essentiel, mais très difficile du traitement, car il ressent une intense pression interne à s'en dissocier. L'interruption de sa connexion empathique à sa propre souffrance et à celle du client provoque alors fréquemment un passage à l'acte contre-transférentiel (Schoore, 2003).

Le thérapeute peut interrompre le processus empathique au cours de la phase de réception de différentes manières. Par exemple, il peut refuser de se laisser influencer émotionnellement par le client en redirigeant les échanges, en posant des limites à certains comportements, en confrontant la perception du client ou en la déniait, ou en adoptant une position de laisser-faire. Pour permettre un travail thérapeutique à partir de l'identification projective du client, il faut que le thérapeute trouve un juste milieu entre, d'une part, l'interruption trop précoce et le rejet de la communication du client avant que l'identification projective ne puisse être transmise, et, d'autre part, l'attitude permissive devant le comportement heurtant qu'on laisse se poursuivre sans l'examiner (Tansey & Burke, 1989).

La recherche en neurosciences affectives, et sociales démontre que toute communication est largement inconsciente et non verbale, et que le fait de voir une autre

personne dans un état émotionnel particulier active automatiquement une simulation de cet état chez l'observateur. Ce mécanisme reproduit aussi les réponses du système nerveux autonome et les réponses somatiques associées (Gibbons, 2010; Goubert, 2009; Schore, 2003). L'étude de Goubert (2009) suggère que la capacité apprise d'un individu à comprendre, tolérer et moduler sa propre expérience de détresse joue un rôle important dans la nature de son expérience empathique, et conséquemment, de sa réponse à la douleur d'une autre personne. Une réponse empathique nécessite l'influence modulatrice des fonctions cognitives supérieures de celui qui répond. Si cette capacité est limitée, la douleur de l'autre peut déclencher des réponses défensives d'évitement dans le but de diminuer l'expérience de détresse personnelle. La personne n'est alors plus disponible émotionnellement pour l'autre. Schore (2003) explique que si le thérapeute n'arrive pas, à la réception d'une identification projective, à se raccorder de manière empathique au client, il lui projetera à nouveau l'état négatif dérégulé préalablement projeté par le client. Ces affects dérégulés sont perçus par l'hémisphère droit du client, ce qui stresse davantage l'alliance thérapeutique. Le client qui reçoit à nouveau une communication stressante non modulée vit une répétition de son histoire précoce et réactive une représentation interne pathologique d'un « Soi-dérégulé-en-interaction-avec-un-Objet-désaccordé ». Il accède alors instantanément aux mécanismes de défense primitifs qui anesthésient l'affect. Comme la dérégulation persiste à l'intérieur de lui-même s'il n'éprouve plus consciemment la souffrance qu'il a dissociée, le client continue de chercher une régulation dyadique en intensifiant ses projections et en persistant dans ses demandes. Le thérapeute ne comprend pas que cette escalade se produit parce que le

client perçoit le thérapeute comme une figure non réceptive et non empathique. Cette idée s'apparente à celle de Waska (1999) qui explique que si le client sent que ses identifications projectives n'affectent pas le thérapeute et que celui-ci les ignore, il redouble d'efforts ou alors il renonce et essaie à nouveau dans une autre relation. L'impasse risque alors de s'installer, car le thérapeute peut projeter que le client cherche à le tyranniser, à le contrôler ou à l'agresser, et il peut le percevoir avec hostilité (Schoore, 2003). Par contre, si le thérapeute contrôle son contre-transfert, la thérapie devient une nouvelle opportunité pour le client de faire contenir efficacement ses sentiments et ses comportements difficiles. L'apprentissage d'une nouvelle dynamique interpersonnelle avec le thérapeute, différente de celle à laquelle il s'est habitué, devient alors possible (McTighe, 2010).

Le processus empathique peut également être interrompu à la phase de réception par des modifications situationnelles et transitoires de l'état d'esprit du thérapeute. Celles-ci peuvent être provoquées par le manque de sommeil, une surcharge de travail, la faim, la maladie, des vacances imminentes, des événements de vie majeurs comme la naissance d'un enfant ou un divorce, etc. (Summers & Barber, 2010; Tansey & Burke, 1989).

Phase de traitement interne. Tansey et Burke (1989) ont nommé « phase de traitement interne » la seconde étape de leur modèle de régulation du contre-transfert. L'objectif de cette phase est de recouvrer une saine distanciation psychologique et de

générer une compréhension empathique du client que le thérapeute pourra utiliser dans la phase ultérieure de communication.

Une fois que le thérapeute a franchi l'étape de réception et est conscient qu'un changement s'est produit dans son état expérientiel, sa première tâche durant la phase de traitement interne est de continuer à contenir et à tolérer consciemment son contre-transfert (Tansey & Burke, 1989). La tolérance du thérapeute à l'intense détresse contre-transférentielle suscitée par la clientèle régressée est nécessaire pour permettre l'analyse de cette expérience sur le plan des représentations du Soi et de l'Objet qui sont projetés sur le thérapeute à ce moment-là (Kernberg, 2010; Streaan, 1999).

La deuxième tâche du thérapeute lors de la phase de traitement est de se distancier suffisamment de son contre-transfert immédiat pour commencer à observer et à s'interroger sur les sources interactionnelles de cette expérience. À cette étape, la réception et l'écoute cèdent le pas à la recherche active de sens. Le thérapeute opère des transitions successives entre son « Moi expérientiel » et son « Moi observateur » en tentant d'identifier les significations conscientes et inconscientes de ce que le client tente de communiquer à travers les rôles expérientiels particuliers qu'il a instaurés pour lui et pour le thérapeute. Il oscille entre le partage des pensées et des sentiments du client, d'une part, et la réflexion critique sur le jeu libre des fantasmes d'autre part (Tansey & Burke, 1989). Ces allers retours entre l'immersion dans son contre-transfert et l'explication de son expérience avec le client lui permettent de conserver son rôle

thérapeutique (Madonna, 1991). Comme le font Tansey et Burke (1989) dans leur modèle théorique de régulation du contre-transfert, d'autres cliniciens expriment l'idée que le traitement efficace des identifications projectives est une question d'équilibre. Afin de permettre une analyse pertinente de l'interaction thérapeutique, le thérapeute doit être suffisamment ouvert à recevoir les identifications projectives du client tout en maintenant une distanciation psychologique suffisante par rapport à cette puissante pression. L'action des identifications projectives massives du client induit une souffrance intérieure chez le thérapeute. Il doit se permettre de se laisser entraîner à jouer certains rôles et à faire l'expérience des aspects que le client tente d'éliminer. Mais, simultanément, il doit s'en extraire, résister aux impulsions associées aux affects contre-transférentiels, réfléchir et interpréter ce qui est en train de se passer (Cassorla, 2008; Solomon, 1992; Tansey & Burke, 1989). Tansey et Burke (1989) précisent que la distanciation psychologique n'est pas synonyme de neutralité au sens psychanalytique classique. La distance optimale serait d'être assez proche pour sentir ce qui se passe, mais avec suffisamment de recul pour savoir qu'il s'agit de la vie et des enjeux de quelqu'un d'autre (Summers & Barber, 2010).

Pour établir cette distance psychologique, le thérapeute doit être capable de suspendre son jugement autocritique et de tolérer de se voir sous un jour défavorable. Il doit pouvoir réaliser que malgré l'inconfort qu'elle provoque, cette expérience est une identification introjective temporaire. Cette identification ne constitue pas une menace insurmontable à l'estime de soi quand elle est considérée à la lumière d'une

prédominance de représentations de soi positives (Tansey & Burke, 1989). Une interruption du processus se produit quand l'expérience contre-transférentielle de Soi est prise au sens littéral plutôt que comme des données à observer, quand le sentiment d'inadéquation du thérapeute est vécu comme une réalité permanente plutôt que comme une identification induite et temporaire signalant quelque chose de potentiellement important au sujet du client (Tansey & Burke, 1989). La régulation du contre-transfert s'accompagne d'une expérience de vulnérabilité accrue. Le thérapeute qui n'a pas recours à des passages à l'acte contre-transférentiels, mais maintient sa considération pour le client et la conscience de ses qualités positives tout en faisant face à son agression continuelle, se rend plus vulnérable (Kernberg, 1986).

Les cliniciens de diverses orientations présument que le thérapeute devrait, tout autant que d'écouter le client, pouvoir conserver une zone de neutralité dans son psychisme afin de surveiller et d'analyser ses réactions contre-transférentielles et son propre comportement de façon continue. Il peut ainsi analyser son contre-transfert, se demander si son intervention est cliniquement indiquée, ou si elle motivée par ses propres besoins et entre involontairement en collusion de façon improductive avec les fantasmes pathologiques du client (E. L. Baker, 1982; Book, 1997; Campling, 1996; Waska, 2000). Cela lui permet aussi de recueillir des indices permettant de déterminer la nature des manifestations transférentielles (E. L. Baker, 1982; Tansey & Burke, 1989; Waska, 1999).

Un des aspects du traitement interne des identifications projectives consiste à tenter de discerner les origines subjective ou objective du contre-transfert, d'essayer de différencier ce qui appartient au thérapeute de ce que le client a pu induire en lui. Tansey et Burke (1989) recommandent que les sources bilatérales du contre-transfert soient examinées en considérant les caractéristiques observables de l'interaction, la complémentarité de l'expérience client-thérapeute, la nature paradigmatique de l'interaction pour le client (cela correspond-il aux relations d'objet intériorisées du client?), la nature paradigmatique de l'interaction pour le thérapeute (cela correspond-il aux relations d'objet intériorisées du thérapeute?), ainsi que d'autres facteurs extérieurs à la relation thérapeutique pouvant avoir contribué à l'expérience contre-transférentielle.

Par ailleurs, les cliniciens intersubjectifs doutent du réalisme et de la pertinence d'une telle entreprise. Ils font valoir que les champs de l'expérience du client et celui du thérapeute ne sont pas des phénomènes distincts, mais interconnectés et complémentaires, et qu'ils ne peuvent pas être compris indépendamment l'un de l'autre. Selon eux, le transfert et le contre-transfert ne se développent pas séparément, mais s'influencent à travers des échanges et des réverbérations affectifs réciproques qui reposent sur une série d'identifications projectives et introjectives dans lesquelles les deux parties sont activement engagées (Schamess, 1981). D'autres font valoir qu'il peut être plus ardu de faire la distinction entre contre-transfert subjectif et objectif dans le traitement des troubles de la personnalité. Dans l'atmosphère de régression et d'impasse qui prévaut avec les clients dont la personnalité est gravement perturbée, et dont l'intense

agressivité primitive infiltre le transfert, il est plus difficile de départager ce qui appartient au client et ce qui relève des perturbations narcissiques du thérapeute car les traits pathologiques de la personnalité du thérapeute peuvent être réactivés dans cette situation particulière (Ivey, 1995; Kernberg, 1986).

Pour analyser son contre-transfert et traiter les identifications projectives, le thérapeute, tout en demeurant conscient de ses propres préoccupations et vulnérabilités, utilise les informations dont il dispose sur l'expérience que le client a de la relation avec le thérapeute. C'est-à-dire qu'il se sert de sa connaissance de l'histoire et de la dynamique psychologique du client, de sa connaissance de l'histoire de la situation thérapeutique et de ses observations sur le transfert (Summers & Barber, 2010; Tansey & Burke, 1989). Le thérapeute essaie de reléguer sa propre expérience à l'arrière-plan et de donner priorité à l'écoute de l'expérience du client dans l'interaction immédiate (Tansey & Burke, 1989). La posture véritablement empathique du thérapeute consiste à voir le monde interne du client comme si c'était le sien, mais sans jamais perdre de vue que c'est « comme si ». C'est-à-dire que le thérapeute n'écoute pas comme s'il était lui-même dans la situation du client, mais présume de ce que devrait être la perspective subjective du client dans cette situation (Gibbons, 2010; Tansey & Burke, 1989).

Summers et Barber (2010) affirment que le fait de *comprendre* la situation aide à composer avec les émotions contre-transférentielles intenses. Ils suggèrent de penser à la vie et à l'entourage du client sous une diversité d'angles en focalisant explicitement sur

l'empathie pour la douleur que le client vit au quotidien. Selon eux, cet exercice augmente la capacité de réfléchir à la signification du comportement du client, et permet de retarder l'émission d'une réponse automatique à ses comportements dérangeants.

Le thérapeute devrait tout autant examiner la contribution de ses tendances personnelles, de ses propres conflits et de ses expériences passées et ne pas tenir pour acquis que le client a « mis » son état affectif en lui (Kulick, 1985; Tansey & Burke, 1989). Le contre-transfert résulte habituellement d'une complémentarité entre le monde interne du client et les aspects du monde interne du thérapeute qui sont activés chez ce dernier (Book, 1997; Epstein, 1977; Tansey & Burke, 1989). Le thérapeute doit être capable de distinguer ses propres sentiments de ceux du client et de le lui démontrer de façon stable, car si les sentiments appartenant au thérapeute sont attribués au client ou interprétés comme lui appartenant, cela reproduit le trauma développemental (Fonagy, et al., 2010).

Cette tâche thérapeutique peut prendre diverses formes. Par exemple, le thérapeute peut départager ses résonances personnelles liées à son histoire dans sa famille d'origine, que ce soit dans la relation avec un membre de la famille qui présente une pathologie semblable à celle du client, ou par rapport au rôle que le thérapeute jouait dans sa famille (Davidtz, 2008). L'examen de ses propres vulnérabilités narcissiques et de ses possibles attitudes défensives aide aussi le thérapeute à atteindre un plus grand accordage empathique et un plus grand engagement avec le client (Coburn, 1998; Gibbons, 2010).

Dans le modèle théorique de Tansey et Burke (1989), cet aspect de la gestion du contre-transfert est associé à une focalisation sur sa propre sensibilité émotionnelle aux communications du client. Le thérapeute relègue l'expérience du client à l'arrière-plan et porte sa propre expérience de l'interaction à l'avant-plan. Le thérapeute considère ses représentations de Soi ou de l'Objet dérivées de ses expériences de vie personnelles. Certaines de ces représentations se prêtent à des expériences identificatoires stimulées par l'interaction avec le client, c'est-à-dire basées principalement sur l'évocation d'introjects établis indépendamment du processus thérapeutique. Le thérapeute doit les scruter attentivement pour évaluer leur degré de correspondance plausible avec l'expérience immédiate de Soi du client. Le thérapeute cherche à atteindre une pleine conscience de ses propres pensées, sentiments et impulsions en essayant simultanément d'identifier ce qui, dans l'interaction, a pu faire naître cette expérience. C'est pourquoi la conscience de soi du thérapeute est vitale pour bien s'acquitter de cette tâche (Tansey & Burke, 1989).

La phase de traitement interne peut être interrompue par l'incapacité du thérapeute à maintenir le contact avec les pensées, sentiments et impulsions associés à l'identification introjective. L'échec de la contention s'accompagne d'opérations défensives qui bloquent la réalisation consciente des aspects intolérables de cette expérience de Soi modifiée¹.

¹ Cette question est développée dans la section « Le potentiel destructeur du contre-transfert : les passages à l'acte contre-transférentiels », page 73.

Par ailleurs, le type de passage à l'acte contre-transférentiel qui consiste à reproduire des relations d'objet pathologiques du client dans l'interaction avec lui (*enactment*) peut être une force positive dans le traitement. Il peut même faire partie d'une expérience correctrice pour le client, à condition que la participation du thérapeute demeure temporaire, qu'il s'extirpe de la dynamique contre-transférentielle et distingue sa propre participation conflictuelle de celle du client. Ces passages à l'acte sont inévitables dans le travail thérapeutique, surtout avec les clients souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou narcissique, et peuvent tout autant servir le processus thérapeutique que lui nuire (Bateman, 1998). À l'instar des sentiments contre-transférentiels, les passages à l'acte contre-transférentiels peuvent eux aussi fournir des informations à analyser. Comme il est très difficile pour les thérapeutes de faire la distinction entre les affects et les comportements qui ont émergé de l'intérieur de ceux qui sont induits par le client, ils doivent s'attendre à découvrir, souvent en rétrospective, qu'ils sont en train de se comporter d'une manière à la fois atypique et non thérapeutique (Schamess, 1981). La régulation du contre-transfert serait un processus continu et itératif, dans lequel le thérapeute n'a pas toujours le dessus sur son contre-transfert (Davidtz, 2008). L'habileté du thérapeute à reconnaître de telles réponses, à les interrompre quand elles se sont déjà mises en branle et à en comprendre le sens dans le contexte d'un processus de communication réciproque, est une composante essentielle d'un travail thérapeutique efficace avec les clients souffrant de troubles de la personnalité. Une fois que la dynamique a été clarifiée, le thérapeute est alors en position de modifier les aspects malsains de la répétition des relations d'objet

pathologiques. Il peut interpréter la dynamique en jeu ou adopter une posture interpersonnelle qui contredit les attentes du client (Schamess, 1981).

La transition d'un mode principalement subjectif et expérientiel à un mode d'examen de soi et de la dynamique du client peut s'accompagner d'une expérience immédiate de soulagement, de confort et de spontanéité plus grands avec le client. Le thérapeute se sent plus sécurisé et confiant, et cela le rend moins défensif. La clarté et la distance objective sont accrues et le fonctionnement cognitif amélioré. Le thérapeute fait ainsi l'expérience d'une appréciation globale plus empathique de son client (Tansey & Burke, 1989). Il peut également vivre une réduction de l'intensité du contre-transfert (Epstein, 1977; Tansey & Burke, 1989).

Contribution du cadre de référence théorique à la phase de traitement interne. En raison de sa contribution à la compréhension de la dynamique et de l'histoire du client dans le contexte de la relation thérapeutique, le cadre conceptuel du thérapeute fait partie des éléments cruciaux pour l'établissement de la distance psychologique durant la phase de traitement (Tansey & Burke, 1989). Dans cette section, nous abordons plus spécifiquement la contribution du cadre de référence théorique, ou du modèle clinique, au processus de régulation du contre-transfert.

Plusieurs chercheurs ont proposé une combinaison de conscience des émotions et de prise de perspective cognitive pour expliquer les processus de l'empathie. Le

processus de régulation du contre-transfert consisterait à traiter cognitivement des événements affectifs. La distanciation psychologique d'avec les affects, le recul que prend le thérapeute en attribuant une signification à ses états affectifs et le recouvrement d'une position plus extérieure et objective, tous ces phénomènes décrits par les cliniciens seraient associés à ce traitement cognitif (Holmqvist & Armelius, 2006). Tout modèle opérationnel stable du client et du processus thérapeutique pouvant être utilisé pour expliquer et rendre intelligibles les événements qui se produisent dans la séance de thérapie, quelle que soit l'orientation théorique, peut constituer un cadre théorique (Robbins & Jolkovski, 1987).

Pour travailler plus efficacement, les professionnels de la santé mentale ont besoin de développer des cadres de réflexion pour conceptualiser et comprendre les réactions contre-transférentielles qui perturbent l'alliance thérapeutique, leur engagement et leur empathie avec les clients qui ont un diagnostic de trouble de la personnalité (Betan & Westen, 2009; Forsyth, 2007). L'utilisation d'un tel cadre de référence théorique aide à surmonter les réactions contre-transférentielles intenses en reconnaissant qu'elles sont porteuses de sens et qu'elles peuvent être un indice pour comprendre le contexte interpersonnel de la relation thérapeutique et l'expérience intérieure que le client a de lui-même et de ses relations (Betan & Westen, 2009; Tansey & Burke, 1989). Moduler des émotions intenses et les rendre signifiantes sollicite la capacité réflexive, c'est-à-dire la capacité de prendre un recul par rapport à l'expérience immédiate et de réfléchir à des interprétations plausibles en ce qui concerne les états mentaux sous-jacents aux

comportements. En restaurant sa capacité à réfléchir à l'aide d'un cadre de référence théorique, le thérapeute a la possibilité de diriger le traitement au lieu de répondre involontairement aux pressions du client (Betan & Westen, 2009). Le fait de comprendre la source de l'émotion diminue souvent son intensité de même que la tentation de décharger l'émotion dans l'action (Tansey & Burke, 1989). Par exemple, le portrait empirique de la constellation contre-transférentielle typique vécue avec les clients narcissiques que Betan et Westen (2009) ont réalisé aide les cliniciens à contextualiser leur expérience et à conceptualiser les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles. Cet ancrage dans la pensée diagnostique leur donne plus de prise sur leur propre psychisme. Robbins et Jolkovski (1987) ont montré que les thérapeutes qui sont plus conscients de leur contre-transfert et qui, en même temps, développent un cadre théorique pour le comprendre demeurent plus engagés dans le travail thérapeutique.

La compréhension des dynamiques affectives sous-jacentes aux comportements destructeurs des clients et de la fonction protectrice des défenses qu'ils manifestent est une clef importante que procure le cadre de référence théorique pour gérer les réactions thérapeutiques négatives (Bongar, et al., 1991; Campling, 1996).

Le cadre de référence théorique devrait inclure la normalisation du contre-transfert. Plusieurs croient qu'il importe de démystifier et de déstigmatiser les réactions émotionnelles intenses et de faire savoir aux thérapeutes que d'autres ont aussi des

réactions intenses envers les clients qui souffrent de troubles de la personnalité. On peut ainsi aider les thérapeutes à surmonter leurs résistances à ressentir leur contre-transfert, diminuer leur déni et par conséquent le risque qu'ils agissent ce qu'ils désavouent et qu'ils nuisent au client (Betan & Westen, 2009; Book, 1997; Brody & Farber, 1996; Shachner & Farber, 1997). Hansen (1994) témoigne de son expérience d'être allée en supervision et d'avoir lu sur les réactions contre-transférentielles avec les troubles de la personnalité. Cela a changé le sentiment de honte et de responsabilité exagérée qu'elle avait à l'endroit de ses propres réponses émotionnelles. Elle croit que trop souvent les réactions contre-transférentielles sont tuées à cause de cette honte, et qu'il devient alors impossible de les comprendre et de profiter des précieux messages qu'elles communiquent. Waska (1999) remarque qu'en réalité le contre-transfert en réponse aux identifications projectives de cette clientèle peut être assez intense, et que de laisser entendre que le thérapeute n'est pas atteint par la destructivité du client ni par les efforts douloureux que le client fait pour l'atteindre ne serait pas de la neutralité, mais de la fausseté ou de l'indifférence. Au lieu de se sentir incompetent à cause de son contre-transfert négatif, le thérapeute peut redéfinir la compétence clinique et y inclure la capacité à reconnaître, contenir et comprendre ces sentiments contre-transférentiels normaux (Book, 1997).

Phase de communication. L'utilisation systématique des réactions contre-transférentielles est devenue un élément essentiel de toutes les psychothérapies psychanalytiques (Whitney, 1998), et les thérapeutes sont souvent capables d'utiliser

leurs propres émotions de manière productive dans la psychothérapie (Aviram, et al., 2006). Dans leur modèle théorique, Tansey et Burke (1989) proposent que le processus de régulation du contre-transfert, qui pour eux est synonyme de « processus empathique », ne s'arrête pas après les phases de réception et de traitement. Ces auteurs décrivent l'empathie comme un phénomène interpersonnel et non pas comme un processus intrapsychique par lequel le thérapeute acquerrait une conscience empathique de manière autosuffisante. Le processus empathique englobe également un échange avec le client. Cet échange vise à ce que le client prenne conscience de son fonctionnement psychologique d'une manière expérientielle. Tansey et Burke (1989) ont nommé cette étape la phase de communication.

Après avoir admis que le contre-transfert est inévitable et qu'il est potentiellement utile pour comprendre les relations d'objet intériorisées du client qui souffre d'un trouble de la personnalité, les cliniciens ont pu se demander si la communication de l'expérience contre-transférentielle du thérapeute au client favoriserait l'action thérapeutique du traitement (Tansey & Burke, 1989). Les cliniciens font une distinction entre l'utilisation indirecte du contre-transfert dans leurs interventions et son utilisation directe, c'est-à-dire son dévoilement au client. La plupart des auteurs en psychanalyse ont évité d'aborder le dévoilement du contre-transfert. Lorsqu'il en est question, les différentes positions vont de l'abstinence totale du dévoilement au dévoilement continu et explicite, en passant par l'utilisation hautement sélective du dévoilement à certains moments particuliers du traitement (Tansey & Burke, 1989).

En se basant sur son contre-transfert et selon son jugement clinique, le thérapeute peut offrir une interprétation faisant explicitement référence à sa propre expérience, à celle du client, ou à leur expérience commune. S'il le juge indiqué, il peut choisir d'ajouter à l'interprétation les similitudes qui existent entre le scénario qui vient d'être rejoué dans la relation thérapeutique et la compréhension qu'il a de l'histoire développementale du client. Enfin, le thérapeute peut clarifier que la répétition de ce scénario relationnel alimente un cercle vicieux et aboutit à la douloureuse confirmation de l'anticipation que l'autre ne sera pas digne de confiance en cas de besoin (Tansey & Burke, 1989).

Pour des raisons de synchronisme et de sensibilité, le thérapeute peut choisir de s'abstenir de faire une intervention qui communique la compréhension empathique qu'il a recueillie de la régulation de son contre-transfert. Même si une interprétation est juste, le client peut la vivre comme un choc, se sentir confus, humilié, critiqué ou incompris à un point tel que le traitement est considérablement perturbé (Tansey & Burke, 1989). On conseille au thérapeute de tenir sa langue jusqu'à ce qu'il ait pris du recul et regagné la capacité d'utiliser ce qu'il vit avant de faire une quelconque intervention basée sur son contre-transfert. Les phases de réception et de traitement doivent d'abord être bien complétées. Le thérapeute doit avoir le courage de partager sa compréhension au client, mais seulement après que ses réactions affectives aient été suffisamment perlaborées et neutralisées à l'intérieur de lui pour qu'il ne se sente plus contrôlé par son contre-

transfert avant d'intervenir (Epstein, 1977; Kernberg, 1994, 2003; Tansey & Burke, 1989).

Utilisation indirecte du contre-transfert sans dévoilement. Au lieu de dévoiler son contre-transfert au client, le thérapeute peut s'en servir comme matériau de base pour formuler une intervention. Le contre-transfert peut être utilisé indirectement comme un outil empathique pour interpréter au client sa compréhension des enjeux dominants dans le transfert (Kernberg, 2003; Tansey & Burke, 1989). Par exemple, le thérapeute peut formuler une interprétation à partir de son identification au client en tant qu'enfant impuissant (Kernberg, 1995). Il peut partir de son contre-transfert de pessimisme pour décrire l'expérience de pessimisme du client (Book, 1997). Le contre-transfert peut aussi constituer la source de l'interprétation d'un transfert inversé, comme l'illustre Frederickson (1990). Dans cette dynamique, le client maltraite le thérapeute comme il a lui-même été agressé par ses parents et le thérapeute se met à ressentir les émotions d'un enfant brutalisé. En analysant son contre-transfert de haine et d'impuissance, il a accès à la position de l'enfant et transforme son contre-transfert en une position empathique à partir de laquelle comprendre le client et formuler des interprétations de l'expérience du client. Kernberg (2003) donne l'exemple d'une interprétation de l'identification projective en demandant à sa cliente si la seule façon dont elle se sentait capable de lui faire savoir à quel point elle souffre était de tenter de le provoquer avec un comportement haineux, pour qu'il puisse ressentir l'impuissance et de la paralysie qu'elle dit parfois éprouver au travail. L'utilisation indirecte d'un contre-transfert d'ennui

peut se traduire dans l'intervention suivante : « J'ai remarqué depuis quelque temps que vous me parlez souvent comme si vous ne vous attendiez pas à ce que je sois intéressé par ce que vous me dites » (Wilkinson & Gabbard, 1993). Le thérapeute qui sent qu'il doit marcher sur des œufs, plutôt que de dévoiler son expérience, peut refléter au client que ce dernier semble déçu et irrité par le thérapeute aujourd'hui (Tansey & Burke, 1989). Le thérapeute qui se sent apeuré par l'hostilité du client peut utiliser son contre-transfert pour refléter que le client sent qu'une force malveillante le tourmente chaque fois qu'il commence à raconter ce qui le préoccupe (Book, 1997). Le contre-transfert peut également servir à formuler des questions d'exploration. Par exemple, le thérapeute qui éprouve de la colère devant l'attitude infantile de son client peut explorer si de la colère ne se cacherait pas en dessous de l'attitude d'enfant abandonné adoptée par le client (Book, 1997). S'admettre à soi-même le désir de rejeter le client peut ouvrir la voie à discuter des expériences de rejet et de négligence dans la vie du client (Aviram, et al., 2006).

Les interprétations les plus efficaces seraient fréquemment basées sur de l'information obtenue à travers le contre-transfert (Boyer, 1994). De plus, la compréhension empathique qu'elle contient apporte un ingrédient essentiel à la formation de l'alliance thérapeutique (Book, 1997). Avec les clients atteints de troubles plus sévères de la personnalité, il est encore plus important de transformer la compréhension du contre-transfert en une interprétation car le contre-transfert est très souvent le miroir du transfert du client (Kernberg, 1994).

Utilisation directe du contre-transfert par le dévoilement. Certains préconisent l'utilisation directe du contre-transfert dans une intervention. Par exemple, le thérapeute peut dévoiler au client qu'il se sent en colère ou coincé quand celui-ci a tel ou tel comportement ou attitude narcissique (Wilkinson & Gabbard, 1993). Certains croient qu'il est utile de partager ouvertement son contre-transfert avec le client et qu'il s'agirait là d'un geste validant, démystificateur, respectueux et humain.

Tout en reconnaissant que la conscience de sa propre expérience puisse être un outil pour comprendre l'expérience du client, les partisans de l'abstinence du dévoilement du contre-transfert jugent que la communication directe des expériences affectives du thérapeute constitue une intrusion sadique ou exhibitionniste, un fardeau inutile pour le client et une interférence avec le processus thérapeutique. Les communications au sujet de son contre-transfert ne représenteraient qu'une décharge des propres transferts non résolus du thérapeute et détourneraient le travail thérapeutique de l'expérience du client (Tansey & Burke, 1989). Cette position correspond à la vision psychanalytique classique qui considère que l'expérience « réelle » du thérapeute, si elle est révélée au client, ne peut que contaminer le champ stérile sur lequel le client projette ses conflits intrapsychiques. La position classique estime que la neutralité thérapeutique oblige le thérapeute à restreindre et contrôler ses états émotionnels durant l'interaction avec le client (Tansey & Burke, 1989).

Avec la perspective relationnelle et interactionniste en psychanalyse, l'idée du dévoilement du contre-transfert comme procédure thérapeutique est devenue de plus en plus acceptée. Le transfert n'est plus compris comme une simple distorsion qui émerge et se développe de l'intérieur du client, indépendamment du comportement ou de la personnalité réels du thérapeute. Le thérapeute est vu comme un participant ayant un impact interpersonnel sur la construction conjointe du transfert. Le dévoilement du contre-transfert est devenu plus acceptable dans ce contexte où l'ouverture et l'attitude non défensive du thérapeute sont valorisées, et dans lequel l'anonymat du thérapeute est maintenant perçu comme irréaliste (Strean, 1999, 2001b). Ses partisans radicaux considèrent que le dévoilement du contre-transfert devrait faire partie du répertoire habituel du thérapeute (Tansey & Burke, 1989). Ils croient que le dévoilement du contre-transfert n'est pas une option, mais qu'il est inévitable puisque de toute manière l'état interne du thérapeute est continuellement communiqué au client à travers les vocalisations, l'expression faciale et l'activité motrice, et puisque le client est tout autant affecté quand le thérapeute s'abstient de dévoiler d'intenses émotions contre-transférentielles (Wilkinson & Gabbard, 1993).

Les partisans de l'utilisation modérée du dévoilement du contre-transfert estiment que le dévoilement devrait être employé judicieusement et uniquement sur une base peu fréquente, qu'il devrait être restreint aux situations où le thérapeute ressent des affects intenses, quand le client montre une grande résistance, ou quand il y a une crise ou une impasse apparemment insurmontable (Tansey & Burke, 1989).

Quoi qu'il en soit, il existe un désaccord considérable quant à l'utilisation du dévoilement du contre-transfert dans la thérapie, et on ne dispose pas de critères rigoureux pour baliser ce qui devrait être dévoilé ni quand ce devrait l'être (Strean, 1999; Tansey & Burke, 1989). Même les cliniciens qui sont radicalement pour le dévoilement du contre-transfert formulent certaines mises en garde et contre-indications et reconnaissent qu'il comporte des dangers potentiels (Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993). Le dévoilement serait approprié seulement si le thérapeute connaît bien le client (Madonna, 1991) et si le client est prêt et capable de l'entendre, considérant que certains ne le seront jamais (Solomon, 1992). On s'entend pour dire que les sentiments du thérapeute doivent être modulés, qu'ils doivent être d'abord analysés et « détoxifiés », être exprimés avec beaucoup de tact et de manière à minimiser la blessure narcissique, et qu'il ne s'agit pas de recracher ses émotions au client (Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993). Les partisans du dévoilement reconnaissent aussi que le dévoilement comporte un risque d'exploiter le client si le thérapeute n'est pas au clair avec son état émotionnel et qu'il ventile ou décharge sur la relation thérapeutique des émotions dont les racines profondes sont largement indépendantes du client (Wilkinson & Gabbard, 1993). Dans tous les cas, on restreint les dévoilements du contre-transfert à ce qui concerne l'interaction avec le client sans entrer dans la vie personnelle du thérapeute (Tansey & Burke, 1989).

Le dévoilement du contre-transfert est aujourd'hui considéré par certains comme une technique importante dans le traitement des troubles sévères de la personnalité.

Plusieurs thérapeutes hésitent pourtant à l'utiliser, possiblement parce qu'ils sont réticents à assumer leur part de responsabilité quand ils sentent qu'ils ont fait quelque chose pour gratifier leurs propres besoins ou parce qu'ils étaient motivés par leur contre-transfert (Wheelis & Gunderson, 1998). La psychothérapie focalisée sur le transfert de Kernberg et le traitement basé sur la mentalisation de Fonagy et Bateman, deux approches spécialisées pour le trouble de la personnalité limite, prennent toutefois position contre le dévoilement du contre-transfert. Pour Kernberg (2010), le contre-transfert ne doit jamais être communiqué directement au client mais uniquement intégré à des interprétations du transfert, exception faite des situations impliquant les inévitables passages à l'acte contre-transférentiels. Le thérapeute doit alors admettre la réalité de ce que cela révèle de lui au client, mais sans plus. Les théoriciens de la mentalisation estiment pour leur part que des déclarations directes portant sur la relation entre le client et le thérapeute peuvent être anxiogènes et vécues comme des agressions. Ils considèrent que ces interventions provoquent la dissociation du client et l'impression que sa propre expérience est invalide (Fonagy, et al., 2010). Certains ont proposé que le thérapeute s'appuie sur des balises différentes pour dévoiler son contre-transfert aux clients qui souffrent de pathologies sévères de la personnalité, et que le dévoilement se limite à informer le client de l'utilisation intrapsychique et interpersonnelle qu'il fait du thérapeute (Wilkinson & Gabbard, 1993).

Objectifs et fonctions du dévoilement du contre-transfert. Certains croient tout de même que le dévoilement du contre-transfert contribue ou est même nécessaire à

l'obtention de résultats thérapeutiques avec les clients très perturbés. La guérison ne viendrait pas seulement d'épisodes répétés de contention et d'interprétation permettant la réintériorisation de projections modifiées. Elle viendrait aussi précisément de la capacité du thérapeute à exprimer des sentiments de manière appropriée (Madonna, 1991). Le dévoilement instaurerait une expérience émotionnelle correctrice pour le client, augmenterait son estime de soi, l'aiderait à progresser dans des relations plus matures avec l'environnement (Strean, 1999) et pourrait aussi diminuer son intensité affective (Wilkinson & Gabbard, 1993).

Le dévoilement du contre-transfert peut avoir une fonction de *modeling*. Il aiderait ainsi le client à exprimer ses sentiments et à les gérer en lui montrant que sa situation induit de fortes émotions négatives, mais que celles-ci peuvent être acceptées, verbalisées et gérées sans les agir (Frederickson, 1990; Strean, 1999; Wilkinson & Gabbard, 1993). Le client atteint de troubles sévères de la personnalité peut bénéficier de l'expérience de son thérapeute lorsque celui-ci réussit à composer avec le fait de devenir enchevêtré avec la terreur du client et embrouillé entre subjectivité et objectivité. Cela pourrait aider le client à se libérer de sa destructivité et à vivre des relations plus épanouies (Bateman, 1998). Par exemple, il est avantageux que le client observe son thérapeute se débattre avec sa rage et l'exprimer de manière contrôlée et raisonnable. Il apprend ainsi que la colère peut s'exprimer sans nuire à aucune des parties et qu'elle peut être transformée en une interaction utile pour les deux personnes (Sherby, 1989). Lorsque le thérapeute est plus libre de montrer ses affects, ses anxiétés et ses

vulnérabilités contre-transférentielles, le client devient plus libre d'exprimer une plus large gamme d'émotions en thérapie, particulièrement quand il les ressent dans le transfert (Strean, 1999).

Le dévoilement du contre-transfert est parfois une condition préalable pour que le client puisse admettre ses projections transférentielles et examiner ses propres sentiments au lieu de focaliser sur les failles du monde extérieur (Strean, 2001b; Wilkinson & Gabbard, 1993). Des cliniciens ont fait l'expérience que le dévoilement du contre-transfert aide le client à acquérir une vision plus réaliste de lui-même, de son agressivité, de son monde interne, de ses difficultés relationnelles et de son impact sur le thérapeute et sur autrui en général (C. J. Robins & Koons, 2000; Strean, 1999; Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993). En thérapie dialectique comportementale, le dévoilement du contre-transfert est aussi utilisé pour renforcer positivement les comportements adaptés (C. J. Robins & Koons, 2000). En devenant plus conscient du contexte social et du champ interactionnel dans lequel la thérapie prend place, le client peut mieux valider son sens de la réalité (Strean, 1999). Le dévoilement contribue à clarifier l'impact des comportements destructeurs et des transgressions de limites sur les autres (C. J. Robins & Koons, 2000). Il aide le client à comprendre comment on se sent d'être impliqué avec lui et à réaliser que sa perception du thérapeute est une représentation et non une vérité absolue (Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993).

Le dévoilement du contre-transfert peut faire partie d'une tentative de dénouer une impasse ou une crise. Il serait particulièrement indiqué quand le client tente de déjouer le thérapeute et de le mettre en échec, pour travailler une réaction thérapeutique négative, ou pour permettre d'aborder des enjeux cruciaux de la répétition de conflits traumatiques qui se rejouent dans la relation thérapeutique (Strean, 1999, 2001b; Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993). L'utilisation directe du contre-transfert peut permettre aux deux partenaires de s'extraire de la répétition d'une dynamique pathologique et de réfléchir à leur échange mutuel (Wilkinson & Gabbard, 1993). Il peut les aider à mieux comprendre pourquoi le client a pu éprouver le besoin d'induire cet état affectif particulier chez le thérapeute (Tansey & Burke, 1989). Le dévoilement peut être utile lorsque le thérapeute reconnaît avoir commis une erreur (Tansey & Burke, 1989). Par exemple, il peut dire au client que son attitude a intimidé le thérapeute et l'équipe, et que cela a contribué à leur faire prendre une distance et à cesser d'intervenir pour le motiver à aller en centre de désintoxication (Wheelis & Gunderson, 1998).

Enfin, le dévoilement du contre-transfert aurait un effet positif sur l'alliance thérapeutique (Strean, 1999, 2001b; Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993). Lorsqu'il est réussi, il apporte une atmosphère plus détendue et une communication plus fluide et substantielle (Tansey & Burke, 1989). Le thérapeute se sent moins phobique et paranoïde dans la thérapie, il vit moins le client comme un adversaire cherchant à faire dérailler le traitement et est plus motivé à continuer à travailler avec lui. De son côté, le client se montre moins opposant et plus motivé à

poursuivre la thérapie. Le dévoilement du thérapeute prend le contrepied de la tendance des clients à se sentir encore plus vulnérables, méfiants et hostiles et encore moins en sécurité quand le thérapeute focalise exclusivement sur les dynamiques du client (Strean, 1999).

Contre-transfert, dévoilement et neutralité thérapeutique. Certains avancent que le concept de neutralité thérapeutique aurait été perverti pour connoter du détachement envers le client plutôt qu'une posture de non-jugement (Wilkinson & Gabbard, 1993) alors que la neutralité devrait plutôt s'entendre comme le fait de discuter des sentiments sans les agir (Frederickson, 1990). Déjà dans les années 40, Reik soutenait que la sensibilité humaine n'est aucunement antagoniste à l'objectivité thérapeutique, et Heimann que les émotions peuvent être éveillées sans être exprimées ou agies (Tansey & Burke, 1989).

Une conception trop restreinte et dépassée de la neutralité thérapeutique pourrait même nuire au processus thérapeutique. Strean (Strean, 1999) rappelle que partager ses sentiments intimes avec un thérapeute qui semble indifférent et émotionnellement non disponible est très anxiogène, et qu'on en est venu à remettre en question l'utilité de la « distance professionnelle », de « l'abstinence thérapeutique » et de « l'anonymat thérapeutique ». Les techniques de ne pas répondre aux questions du client, d'intervenir exclusivement à travers l'interprétation et de limiter l'expression émotionnelle ont été critiquées comme pouvant faire dévier et inhiber le transfert qui se serait développé dans

une relation plus réciproque. Kernberg (1994) fait remarquer qu'à certains moments une attitude amicale et détendue devient de l'indifférence et qu'une forte conviction du thérapeute, voire une intervention véhémente de sa part, est compatible avec la neutralité technique et un intérêt objectif pour la relation thérapeutique. Pour lui, dans les cas de troubles de la personnalité, l'alliance thérapeutique ne signifie pas que l'on maintienne une atmosphère amicale et détendue dans le but d'éviter l'agression des transferts primitifs. Selon Streaun (2001b), les cliniciens qui ne sont pas en contact avec leurs émotions telles que la haine, l'envie, l'amour ou l'ambivalence dans le contre-transfert montrent leur faux Soi au client. De cette façon, ils encouragent le client à être moins authentique.

Dans ce contexte, le dévoilement du contre-transfert peut être vu comme étant compatible avec la neutralité thérapeutique. Le dévoilement pourrait même restaurer la neutralité en nuancant les perceptions du client qui est pris dans des relations d'objet partielles clivées, car il rétablit le thérapeute comme un nouvel objet distinct des figures parentales (Wilkinson & Gabbard, 1993).

Personnalité du thérapeute et régulation du contre-transfert.

Capacités d'autorégulation du thérapeute. La recherche décrit cinq attributs personnels du thérapeute qui sont susceptibles de jouer un rôle central dans la régulation de son contre-transfert (Gelso, et al., 2002; Hayes, Gelso, Van Wagoner, & Diemer, 1991; Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991). La conscience de soi (« *Self-*

insight ») comprend la conscience de ses propres sentiments, de son contre-transfert et des forces motivationnelles qui les sous-tendent. Le thérapeute qui possède cet attribut comprend que ses sentiments influencent la thérapie et reconnaît les limites de ses compétences cliniques. L'intégration de soi (« *Self-integration* ») suppose que le thérapeute possède une structure psychique saine qui lui permet de différencier le soi de l'autre en délimitant leurs frontières respectives. Cet attribut comprend la capacité de différencier les sentiments et les besoins du client des siens propres, de gérer son besoin d'approbation, et d'observer sa propre expérience émotionnelle avec du recul. La régulation de l'anxiété est un autre attribut qui fait référence au degré avec lequel le thérapeute contrôle ou gère efficacement son anxiété de manière à ce qu'elle ne se déverse pas dans la thérapie. L'empathie est un attribut qui reflète à la fois la capacité d'accordage aux émotions du client et une compréhension intellectuelle de l'expérience du client. Enfin, les habiletés conceptuelles désignent l'aptitude à conceptualiser à la fois les dynamiques du client et la relation thérapeutique. Dans la prochaine partie, nous verrons comment certains aspects de la personnalité du thérapeute peuvent faire obstacle aux capacités d'autorégulation du contre-transfert.

Obstacles provenant de la personnalité du thérapeute. La structure de personnalité du thérapeute est directement impliquée dans la régulation de son contre-transfert, car tous les thérapeutes ne possèdent pas la même capacité de moduler certaines émotions et leur intensité, ni ne sont tous aussi à l'aise avec certaines dynamiques. Le travail avec les personnes qui présentent un trouble de la personnalité

exige, entre autres, un degré élevé de résilience personnelle, la capacité de maintenir de bonnes frontières interpersonnelles et de la capacité de tolérer et de gérer l'hostilité et le conflit tout en demeurant souple et empathique. Certains intervenants en santé mentale n'ont pas ces qualités requises pour travailler avec cette clientèle (Kane, 2006).

Les perturbations du processus empathique qui se produisent à la phase de réception peuvent découler de caractéristiques de la personnalité du thérapeute, c'est-à-dire de ses conflits non résolus. On pense par exemple à une anxiété, une timidité ou une arrogance chronique, ou à l'hypersensibilité ou l'insensibilité à certains enjeux. Ces caractéristiques empêchent le thérapeute de recevoir certaines identifications projectives particulières de la part du client (Tansey & Burke, 1989). La structure de personnalité du thérapeute et sa stabilité seront également déterminantes dans les phases ultérieures du processus de régulation du contre-transfert, notamment pour l'établissement d'une distance psychologique réflexive (Tansey & Burke, 1989).

La compréhension empathique du thérapeute échoue quand le client correspond trop étroitement à certains aspects de lui-même qu'il n'a pas encore appris à comprendre (Ivey, 1995). Il y a alors complémentarité entre la vulnérabilité du thérapeute à réagir de manière contre-transférentielle et l'intensité de l'attaque provenant des objets internes projetés par le client (Meyers, 1986). Prodgers (1991) voit dans cette complémentarité la raison pour laquelle les clients souffrant de troubles sévères de la personnalité suscitent tant de contre-transfert de haine. Étant donné que l'affect prédominant chez ces clients

est la colère et que les thérapeutes ont une tendance au sacrifice de soi et au refoulement de leur propre agressivité, les clients confrontent constamment les thérapeutes à des aspects désavoués d'eux-mêmes. Cet auteur suggère que le thérapeute peut lui aussi projeter sur le client sa propre haine et son propre potentiel pour l'attaque. Ces aspects peuvent également être projetés sur l'organisation, sur les collègues ou sur la supervision. Le contre-transfert de haine est vu comme naturel et inévitable avec les clients difficiles, colériques ou exigeants, mais il s'enracine aussi dans la personnalité du thérapeute et dans les motivations inconscientes qui l'ont amené à pratiquer la psychothérapie (Prodgers, 1991).

De façon similaire, Ivey (1995) remarque que plus le narcissisme pathologique du client est prononcé, plus il y a de chances que le contre-transfert du thérapeute soit coloré par ses défenses contre ses propres vulnérabilités narcissiques. Il souligne que plus les vulnérabilités narcissiques du thérapeute sont grandes, moins il est probable qu'il sera empathique et capable de contenir les expériences du client et d'y répondre.

À cause de l'intensité de la dévaluation et de l'idéalisation continues dont il est la cible, des réactions troublantes de déséquilibre narcissique chez le thérapeute sont normales dans la thérapie des troubles de la personnalité. Ces réactions transitoires et situationnelles sont à distinguer du narcissisme pathologique qui peut par ailleurs être présent chez certains thérapeutes. Un thérapeute au narcissisme plus fragile risque davantage de s'identifier aux projections clivées du client sans pouvoir s'en dégager

suffisamment, car il a dans son propre monde interne une partie dévalorisée de soi plus importante. Cet introject a plus de chances de devenir envahissant s'il est réactivé lorsqu'il entre en résonance avec la projection du client (Bessette, 2010).

Les réactions narcissiques du thérapeute ne sont pas toujours une réaction au narcissisme du client. Le narcissisme du thérapeute existe indépendamment de la pathologie du client, et des problèmes dans le contre-transfert peuvent être dus à des blessures et des défenses narcissiques appartenant au thérapeute tout autant qu'au transfert du client. (Coburn, 1998). Coburn (1998) parle d'une « intersection affective » continue entre la vulnérabilité du thérapeute et les affects que le client lui communique inconsciemment. Il remarque que le contre-transfert n'est pas nécessairement le résultat d'une identification projective, mais peut parfois provenir du fait que le client ne gratifie pas les besoins narcissiques du thérapeute en ayant une vision trop différente de la sienne. Cela produit des sentiments de rage, de vide, de frustration et de sadisme chez le thérapeute. Schumacher Finell (1985) donne quelques exemples de la rencontre entre les besoins narcissiques personnels du thérapeute et ces mêmes enjeux chez le client, et de la perturbation que cela crée dans la thérapie. Motivé par ses propres besoins narcissiques, le thérapeute peut inconsciemment se mettre en collusion avec le client pour maintenir l'idéalisation. Les deux peuvent se gratifier narcissiquement mutuellement pour éviter la rage et l'agression du client. Le thérapeute peut s'identifier au client et faire collusion avec lui pour cliver le transfert négatif sur des tiers. Elle ajoute que le thérapeute ayant lui-même des enjeux narcissiques peut attaquer,

juger, invalider, dénigrer ou rejeter les données cliniques qui peuvent être troublantes, anxiogènes ou menaçantes pour lui.

À l'instar de Kohut (1990), un grand nombre de cliniciens voient les difficultés contre-transférentielles comme ayant leur source dans les perturbations narcissiques non résolues du thérapeute. En effet, la réalité que les thérapeutes aussi bien que leurs clients se débattent avec leur narcissisme est à la fois un tabou et un secret de polichinelle dans la profession (Schumacher Finell, 1985). Ce n'est pas toujours problématique puisque les motivations narcissiques du thérapeute peuvent faire partie du processus thérapeutique sans qu'elles ne soient nécessairement pathologiques ni qu'elles ne constituent une source d'impasses. L'investissement émotionnel dans son travail peut être l'expression d'un narcissisme sain et de relations objectales matures (Guy, 1987; Higgins O'Connell, 1994; Sussman, 1992) même si le désir conscient d'aider peut masquer chez d'autres thérapeutes le besoin d'utiliser leurs clients pour compenser leur faible estime de soi et une posture d'exploitation égocentrique (Guy, 1987; Sussman, 1992).

Lorsque la structuration du soi du thérapeute est déficiente, ses propres besoins narcissiques sont si prononcés qu'ils contaminent le processus thérapeutique et ont constamment préséance sur les besoins affectifs du client. Les gratifications narcissiques exceptionnelles que procure le rôle de psychothérapeute expliqueraient en partie pourquoi un si grand nombre d'individus avec un déséquilibre narcissique sont attirés par cette profession. Les thérapeutes qui ont un besoin immature de leurs clients

manifesteraient des aspirations grandioses inconscientes d'omniscience, d'omnipotence et de bienveillance inconditionnelle. Ces dynamiques rendent le thérapeute plus fragile au contre-transfert induit par identification projective à cause de sa difficulté personnelle préexistante à contenir les sentiments de vulnérabilité, d'impuissance, de peur, d'humiliation et d'insécurité (Sussman, 1992).

La synthèse de Sussman (1992) aborde plusieurs autres dynamiques inconscientes et passages à l'acte contre-transférentiels pouvant tirer leur origine de la personnalité du thérapeute. Par exemple, le thérapeute dont l'agressivité est trop désavouée favorise les impasses en étant incapable de confronter ses clients, d'établir des limites et des frontières fermes, d'exiger un paiement, de faire une interprétation douloureuse ou d'agir de manière décisive lorsque cela est nécessaire. Une tendance masochiste trop prononcée ou inconsciente peut faire entrer le thérapeute dans une collusion défensive involontaire. Il préfère alors se laisser dévaluer et victimiser plutôt que d'interpréter, frustrer, ou poser des limites nécessaires. Les psychothérapeutes ayant des besoins de dépendance non assumés peuvent vouloir compter sur leurs clients pour leur fournir soutien et approbation, et se cantonner dans un rôle maternant qui entrave la maturation du client. Enfin, le fantasme du sauveur et le besoin de réparation, pratiquement universels chez les psychothérapeutes, s'ils ne sont pas hautement sublimés, rendent le thérapeute incapable de suspendre les interventions jusqu'au moment approprié et de résister à l'impulsion de se lancer immédiatement à la rescousse.

Recension des études empiriques

Malgré l'appréciation croissante du contre-transfert comme une expérience cliniquement significative pouvant éclairer les dynamiques du client et le processus de thérapie, les études empiriques sur le contre-transfert sont limitées, pratiquement inexistantes avant les années 90, et la plupart ont été réalisées avec des échantillons non cliniques (Betan & Westen, 2009; Brody & Farber, 1996). Le contre-transfert est un construit très complexe qu'il est difficile d'opérationnaliser (Friedman & Gelso, 2000; Shachner & Farber, 1997). C'est ce qui pourrait expliquer que son étude est principalement qualitative et descriptive, l'étude de cas en étant le principal véhicule (Shachner & Farber, 1997). Une des difficultés de tout type de recherche dans ce domaine est qu'on ne peut mesurer que le contre-transfert conscient puisque l'on doit se limiter au contre-transfert rapporté à l'aide de questionnaires ou d'entretiens. Le contre-transfert conscient pourrait n'être que la pointe de l'iceberg et certains considèrent le contre-transfert inconscient comme le seul véritable contre-transfert (Rossberg, et al., 2007).

Nous présentons ici la recension des études empiriques disponibles portant sur le contre-transfert avec des clients diagnostiqués d'un trouble de la personnalité. Sauf exception et mention contraire, il s'agit d'études utilisant des méthodes quantitatives.

Certaines études ont cherché à vérifier l'idée que l'expérience contre-transférentielle est particulière avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité.

On a démontré que le degré de contre-transfert négatif avec les clients déprimés décroît avec le nombre d'années d'expérience clinique, mais que ce n'est pas le cas avec les clients diagnostiqués d'un trouble de la personnalité limite (McIntyre & Schwartz, 1998). Une autre étude a confirmé les nombreux rapports anecdotiques qui suggèrent que le contre-transfert augmente lorsque la personnalité du client est plus pathologique (Salz, 1998). L'étude de Rosowsky et Dougherty (1998) avance même que le contre-transfert négatif serait pathognomonique des troubles de la personnalité et constituerait un solide critère diagnostique. Ces chercheurs ont montré que même si les comportements explosifs des clients souffrant de troubles de la personnalité limite tendent à disparaître avec l'âge, la dérégulation de la colère, l'incapacité de moduler les frontières interpersonnelles et les difficultés relationnelles continuent de définir la présence d'un trouble de la personnalité chez les adultes plus âgés atteints de ce trouble et continuent à faire réagir les cliniciens. Ces derniers ont les mêmes réponses contre-transférentielles avec les clients âgés qu'avec les jeunes et ils se servent entre autres de leur contre-transfert pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité.

Une étude à la fois qualitative et quantitative à laquelle ont participé 25 psychiatres (Bongar, et al., 1991) semble confirmer les liens entre « client difficile », trouble de la personnalité et passages à l'acte contre-transférentiels. Tous les psychiatres ont indiqué que les « clients difficiles » existent indépendamment des dispositions contre-transférentielles personnelles du clinicien. Quatre-vingt-quatre pour cent de l'échantillon ont exprimé que certains clients sont tellement difficiles qu'ils ont peur de

les traiter. Soixante-huit pour cent conceptualisent le « client difficile » en termes de pathologies de la personnalité et citent le trouble de personnalité limite quatre fois plus souvent que les autres diagnostics. La colère est le sentiment le plus saillant rapporté par ces psychiatres dans le travail avec les « clients difficiles ». Suivent, par ordre décroissant de fréquence, l'anxiété, le désespoir, la peur, l'impatience, l'ennui, le ressentiment, la haine, la stupidité, le dégoût, la tristesse, la trahison, l'irritation, l'impuissance, l'incompétence, l'insécurité et l'échec. Tous sans exception ont indiqué qu'ils traitent les « clients difficiles » différemment des autres. Ils mentionnent communément la tendance à établir trop de limites, le déni des sentiments de colère envers le client, une attitude prudente et précautionneuse à outrance et le rallongement de la période de traitement. Les psychiatres peuvent aussi donner congé de l'hôpital ou terminer le traitement prématurément, ou rejeter et d'abandonner carrément ces clients.

Plusieurs études se sont penchées sur la relation entre le diagnostic de trouble de la personnalité et le contre-transfert en mesurant la réaction des cliniciens à l'aide de questionnaires et de vignettes de cas cliniques illustrant différents diagnostics (Brody & Farber, 1996; Calvert, 1997; Forsyth, 2007; Korobkin, 2000; McIntyre & Schwartz, 1998; Whitney, 1998). Ces études comparent le contre-transfert suscité par le diagnostic de trouble de la personnalité limite aux réactions aux diagnostics de dépression majeure et de schizophrénie (Brody & Farber, 1996; Forsyth, 2007), aux diagnostics de trouble d'anxiété généralisé et de schizophrénie (Korobkin, 2000), au diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (Calvert, 1997), et à celui de dépression majeure McIntyre et

Schwartz (1998). Les réactions contre-transférentielles des cliniciens à la vignette du client présentant un trouble de la personnalité limite incluent des anticipations plus négatives quant à l'alliance thérapeutique (Calvert, 1997), davantage de contre-transfert négatif et moins de contre-transfert positif (Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998), plus de frustration, d'irritation, de colère (Brody & Farber, 1996; Forsyth, 2007; Korobkin, 2000), plus d'anxiété, d'impuissance et de dépression (Korobkin, 2000), une plus faible propension à aimer le client (Brody & Farber, 1996), et moins de sympathie, de compassion et d'empathie (Brody & Farber, 1996; Forsyth, 2007). Les cliniciens rapportent également des différences dans les passages à l'acte contre-transférentiels. Ils sont moins portés à aider le client qui a un diagnostic de trouble de la personnalité limite et plus enclins à l'adresser ailleurs pour son traitement (Korobkin, 2000). Les clients qui ont un diagnostic de trouble de la personnalité sont jugés plus dominants et plus hostiles. Ils provoquent des réactions plus importantes de rivalité, de dominance, de méfiance, d'hostilité et de détachement chez les thérapeutes. Les clients qui présentent une dépression majeure sont jugés plus soumis et motivent davantage leur thérapeute à avoir eux-mêmes des réponses de soumission, à leur porter secours, à leur être agréables et à les materner, et à se sentir important (McIntyre & Schwartz, 1998).

Deux de ces études (Brody & Farber, 1996; Forsyth, 2007) ont validé le lien entre le contre-transfert négatif et les croyances au sujet des troubles de la personnalité. À tort ou à raison, les cliniciens croient que le client souffrant d'un trouble de la personnalité

limite devrait être capable de « contrôler » sa pathologie. À cause de cela, ils perçoivent ses comportements comme moins « excusables » et davantage comme des attaques comparativement aux mêmes comportements venant d'une personne schizophrène ou déprimée. Ces croyances sont associées à des réactions de colère et de retrait de l'aide.

Toutefois, l'étude de Whitney (1998) tranche sur les autres recherches qui utilisent des vignettes cliniques en n'observant aucune différence significative lorsque les émotions négatives et positives suscitées par des vignettes de trouble de la personnalité limite et de dysthymie sont comparées. Korobkin (2000) obtient lui aussi des résultats en contradiction avec les autres études en trouvant que le client schizophrène induit le même degré de contre-transfert négatif et de désengagement que le client porteur d'un diagnostic de trouble de la personnalité limite.

Deux études ont tenté de déterminer quels sont précisément les comportements des clients qui souffrent de graves troubles de la personnalité qui provoquent le contre-transfert négatif. En utilisant des questionnaires et des vignettes de cas fictifs, la première étude a découvert que les tentatives du client de s'imposer en dehors du temps alloué et les attaques personnelles provoquent l'irritation de la majorité des thérapeutes (Fremont & Anderson, 1988). La seconde est une étude qualitative. Elle conclut que ces clients sont effectivement perçus comme difficiles à cause de leurs comportements et de leur style relationnel. Les clients ouvertement agressifs qui manifestent leur rage et

transgressent les limites, ainsi que les clients narcissiques qui frustrent les désirs de connexion humaine du thérapeute, seraient particulièrement éprouvants (Davidtz, 2008).

Dans une étude de validation du *Countertransference Questionnaire* (CTQ), Betan et ses collaborateurs (Betan, et al., 2005) ont voulu mesurer les corrélations pouvant exister entre les différents diagnostics de troubles de la personnalité du DSM-IV et certaines constellations contre-transférentielles qui leur serait typiques. Ils ont trouvé que diverses grappes¹ de troubles de la personnalité sont associées à certaines réactions contre-transférentielles particulières. Les diagnostics de la grappe A (les personnalités « étranges et excentriques ») sont associés au facteur « Critiqué/Maltraité » du CTQ, c'est-à-dire au contre-transfert de ne pas se sentir apprécié et de se sentir critiqué, ignoré et dévalorisé par le client. Les diagnostics de la grappe C (les personnalités « anxieuses ») sont associés au facteur « Parental/Protecteur » du CTQ, soit à un contre-transfert maternant et une propension au reparentage. Les diagnostics de la grappe B (les personnalités « théâtrales et chaotiques ») étaient pour leur part corrélés aux facteurs « Submergé/Désorganisé », « Impuissant/Inadéquat » et « Sexualisé ». Essentiellement, cela signifie que les clients qui sont porteurs de diagnostics de la grappe B tendent à susciter un contre-transfert intense, de l'aversion et une attitude d'évitement à leur égard. Une association plus étroite a été trouvée entre le trouble de la personnalité limite et le facteur « Exceptionnel/Enchevêtré » du CTQ. Ce facteur reflète les difficultés du

¹ Le DSM-IV regroupe les troubles de la personnalité en trois grappes. La grappe A, ou "étrange/excentrique", comprend les troubles paranoïaque, schizotypique et schizoïde. La grappe B, ou "théâtrale/chaotique" englobe les troubles histrionique, limite, narcissique, histrionique et la personnalité antisociale. La grappe C regroupe les "anxieux" avec les personnalités évitante et dépendante.

thérapeute à maintenir les frontières et une préoccupation exagérée pour le client. Enfin, le facteur « Désengagé » du CTQ est davantage associé au trouble de la personnalité narcissique du DSM-IV. L'analyse des données recueillies auprès de cliniciens a permis à ces chercheurs de créer une description composite des schémas contre-transférentiels associés au traitement des clients qui satisfont aux critères diagnostiques du trouble de la personnalité narcissique du DSM-IV. Cette constellation contre-transférentielle comprend une gamme de sentiments associés à la colère, qui vont de l'irritation à la rage, et la crainte que ces sentiments ne se reflètent dans les interventions. Les cliniciens tendent également à se sentir critiqués et dévalorisés par les clients narcissiques qu'ils jugent ingrats, manipulateurs, fragiles et susceptibles d'exploser de colère. Les sentiments d'ennui, de distraction, de désengagement, d'évitement et de désespoir durant les séances, et un désir de mettre fin au traitement font partie de cette constellation contre-transférentielle. Avec les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité narcissique, les thérapeutes anticipent plus négativement les séances et ressentent moins de compassion et d'espoir pour le pronostic (Betan, et al., 2005). Les auteurs concluent que les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité suscitent un « contre-transfert moyen attendu » qui ressemble aux réponses vécues par les personnes importantes dans l'entourage du client (Betan & Westen, 2009).

En utilisant un autre instrument, le *Feeling Word Checklist-58* (FWC-58), d'autres chercheurs (Rossberg, et al., 2007) ont également étudié la variation des réactions contre-transférentielles selon le diagnostic à l'axe II du DSM-IV. Ils se sont aussi

penchés sur les relations entre le contre-transfert et le changement thérapeutique. Le FWC-58 mesure sept dimensions contre-transférentielles : « Important », « Confiant », « Rejeté », « Méfiant », « Indifférent », « Envahi » et « Inadéquat ». Ces chercheurs ont trouvé que les clients qui présentent un trouble de la personnalité limite suscitent plus de contre-transfert négatif et moins de contre-transfert positif que les personnalités anxieuses de la grappe C. Ils observent aussi une forte corrélation entre le contre-transfert rapporté et le degré de progrès thérapeutique réalisé. Indépendamment du diagnostic, le progrès thérapeutique est corrélé positivement avec les facteurs « Important » et « Confiant » du FWC-58, et corrélé négativement avec les facteurs « Rejeté », « Indifférent », « Méfiant », « Envahi » et « Inadéquat ».

L'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, les capacités de régulation du contre-transfert du thérapeute et la notion d'efficacité thérapeutique sont étroitement liés dans les écrits cliniques. Les difficultés caractéristiques de cette clientèle sur le plan de l'alliance thérapeutique ont fait l'objet de quelques études. On dispose d'une certaine validation de la plus grande fragilité de l'alliance thérapeutique qui est rapportée avec cette clientèle. Lingardi et ses collaborateurs (1999) ont montré que les thérapeutes évaluent plus négativement l'alliance avec les clients qui présentent un trouble de la personnalité et perçoivent l'hypersensibilité interpersonnelle, l'anxiété, la dépression, la méfiance de base et le retrait de ces individus comme faisant obstacle à l'alliance thérapeutique. Une autre étude a montré que les oscillations plus fréquentes des états mentaux de ces clients

sont associées à une alliance thérapeutique plus faible comparativement aux clients qui n'ont pas de trouble de la personnalité (Muran, et al., 2009). L'abandon prématuré et unilatéral de la thérapie par le client souffrant d'un trouble de la personnalité dépendrait davantage de l'interaction réelle dans la relation thérapeutique que des caractéristiques du client (caractéristiques sociodémographiques, diagnostic, symptomatologie psychopathologique, niveau de fonctionnement global et niveau de fonctionnement défensif) ou des caractéristiques du thérapeute (caractéristiques sociodémographiques, formation, expérience clinique, psychothérapie personnelle) considérées isolément (Lingiardi, et al., 1999; Muran, et al., 2009). Dans cette même veine, les résultats de quatre études indépendantes convergent en concluant que le processus de reconnaissance et de réparation des faiblesses ou des ruptures de l'alliance thérapeutique peut jouer un rôle important dans le succès du traitement (Muran, et al., 2009). Par exemple, l'une d'elles a montré qu'une résolution plus élevée des ruptures de l'alliance thérapeutique prédit une meilleure rétention en thérapie et est associée à une évaluation plus positive de l'alliance et de la qualité des séances (Muran, et al., 2009).

On ne dispose que de très peu d'études centrées sur les liens entre la régulation du contre-transfert et l'efficacité thérapeutique avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. Les résultats d'une recherche menée dans un contexte de thérapie brève avec des thérapeutes en apprentissage (Gelso, et al., 2002) soutiennent la croyance qu'il existe une relation entre la gestion du contre-transfert et l'efficacité thérapeutique. Cette recherche a montré que l'évaluation que fait le superviseur du contre-transfert du

thérapeute supervisé est corrélée positivement aux évaluations que font le thérapeute et son superviseur des résultats thérapeutiques. En somme, plus les thérapeutes en apprentissage réussissent à gérer leur contre-transfert, plus leurs clients montrent des améliorations. Dans une autre étude analysant des séances de psychothérapie avec des clients porteurs du diagnostic de trouble de la personnalité limite, Bennett et ses collaborateurs (Bennett, et al., 2006) ont observé une corrélation positive entre l'efficacité thérapeutique et l'attention que le thérapeute porte à la reproduction mutuelle, dans la relation thérapeutique, de scénarios relationnels pathologiques du client. Les thérapeutes des cas réussis reconnaissaient la majorité (84 %) des répétitions de ces dynamiques pathologiques et focalisaient leur attention sur elles. Contrairement aux premiers, les thérapeutes dont les cas se sont avérés être des échecs thérapeutiques ne remarquaient habituellement pas ou ne portaient pas attention à cet obstacle à l'alliance thérapeutique.

Dans leur étude voulant mettre à l'épreuve leur modèle théorique de la régulation du contre-transfert, Robbins et Jolkowski (1987) ont opérationnalisé le comportement contre-transférentiel comme le retrait de l'engagement du thérapeute. Leurs résultats suggèrent que la conscience que le thérapeute a de son contre-transfert et la solidité du cadre théorique qu'il utilise se combinent pour influencer le niveau de passage à l'acte contre-transférentiel. Il semble aussi que l'interaction de la conscience du contre-transfert et du cadre théorique dépasse la somme des effets de chacune de ces deux composantes. En effet, ces chercheurs ont trouvé qu'une conscience plus élevée de ses

sentiments contre-transférentiels chez le thérapeute est associée à un retrait moindre de son engagement, et que c'est la combinaison d'une forte conscience émotionnelle et d'un fort cadre théorique qui prédit le retrait de l'engagement le plus faible. De plus, la conscience de son contre-transfert prise isolément aide le thérapeute à rester engagé de manière productive dans l'interaction thérapeutique, mais ce n'est pas le cas du cadre théorique. Le processus intellectuel utilisé seul n'a pas d'effet sur le niveau d'engagement dans la relation thérapeutique. En fait, les résultats montrent que dans des conditions de faible conscience du contre-transfert l'utilisation de la théorie diminue l'engagement émotionnel du thérapeute, mais qu'elle augmente l'engagement lorsque le thérapeute est modérément ou fortement conscient de ses sentiments contre-transférentiels.

Enfin, Hayes et Gelso (1991) ont étudié la relation entre l'anxiété situationnelle des thérapeutes en formation, mesurée à l'aide du *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1983) et le comportement contre-transférentiel opérationnalisé comme le retrait de l'engagement du thérapeute. Leurs résultats ne soutiennent que faiblement leur hypothèse voulant que plus l'anxiété situationnelle est élevée plus il y aurait de désengagement, car ils n'observent pas de corrélation chez les thérapeutes femmes et elle n'est que très modérée chez les hommes.

En conclusion, même si encore trop peu d'études empiriques ont été réalisées sur le contre-transfert en général et sur le contre-transfert dans l'intervention thérapeutique auprès des personnes qui présentent un trouble de la personnalité en particulier, un

certain nombre de croyances basées sur l'expérience clinique commencent à recevoir une validation empirique. L'idée maîtresse ayant émergé de ces études est que le contre-transfert peut être utile et constituer un outil clinique important dans le travail avec les clients souffrant de troubles de la personnalité à condition que les thérapeutes soient capables de reconnaître, de comprendre et de canaliser leurs sentiments de manière sensée (Friedman & Gelso, 2000; Rossberg, et al., 2007). La croyance que le contre-transfert recèle un potentiel diagnostique et qu'il peut être utile à la compréhension des schémas relationnels de cette clientèle a également reçu un certain appui (Betan, et al., 2005; Betan & Westen, 2009). Il en va de même pour le caractère interactionnel de l'établissement et du maintien de l'alliance thérapeutique au delà des difficultés initiales que pose cette clientèle, difficultés qui la distinguent réellement des autres clientèles qui ont des diagnostics à l'axe I (Lingiardi, et al., 1999). Les résultats disponibles valident également les observations cliniques courantes concernant le fait que les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité limite tendent à avoir des comportements qui invitent la négligence et les mauvais traitements contre-transférentiels de la part des thérapeutes (Brody & Farber, 1996). Enfin, l'importance d'une formation incluant à la fois un cadre théorique solide et la promotion de la conscience du contre-transfert a été mise en lumière (Robbins & Jolkovski, 1987).

L'interprétation des résultats de ces recherches quantitatives doit cependant demeurer prudente, les études corrélationnelles ne pouvant pas établir de liens de causalité. Par exemple, la corrélation positive constatée entre la régulation du contre-

transfert et les progrès thérapeutiques dans l'étude de Gelso et collaborateurs (Gelso, et al., 2002) pourrait signifier simplement que les clients qui s'améliorent le plus suscitent un contre-transfert plus facile à gérer, et ne prouve pas automatiquement que la régulation du contre-transfert augmente l'efficacité de la thérapie.

La supervision clinique dans le traitement des troubles de la personnalité

Pertinence de la supervision clinique pour le traitement des troubles de la personnalité

Le travail thérapeutique avec les clients qui souffrent de troubles de la personnalité est particulièrement taxant pour les défenses et les problèmes émotionnels non résolus du thérapeute (Hansen, 1994). Celui-ci doit se résoudre à travailler ses propres conflits pour ne pas les agir quand ils sont réactivés dans la thérapie de ses clients, mais il lui est difficile d'identifier lui-même les enjeux personnels qui déterminent en partie son contre-transfert. La psychothérapie personnelle et la supervision sont reconnues comme des moyens très pertinents pour travailler ces dimensions (Book, 1997; Davidtz, 2008). De façon générale, on souligne l'importance de la supervision clinique continue pour gérer le contre-transfert avec les clients difficiles (Davidtz, 2008) et la possibilité qu'elle augmente la qualité des services et la confiance que les cliniciens ressentent dans leur travail avec cette clientèle (Gabbard, 2005; Kane, 2006; Sampson, 2006).

Tout comme la formation théorique, l'expérience, la psychothérapie personnelle et la disponibilité de collègues pour de la consultation ou du soutien, la supervision

contribue au processus de régulation du contre-transfert (Plakun, 1994; Rossberg, et al., 2007). La thérapie personnelle et la supervision peuvent dégager des pistes pour dénouer les sources du contre-transfert qui n'appartiennent pas au client (Hansen, 1994).

La formation et la supervision devraient tenir une place importante dans l'organisation socio-sanitaire en matière de troubles de la personnalité. Malgré de nombreuses recommandations qui sont faites en ce sens dans les écrits psychiatriques, incluant le guide de pratique de l'American Psychiatric Association (2002) pour le traitement du trouble de personnalité limite, une supervision clinique continue pour le personnel n'a pas été implantée dans la plupart des centres de traitement aux États-Unis (Bland & Rossen, 2005). Une étude a par ailleurs montré que 95 % des infirmières américaines qui travaillent avec des personnes souffrant de trouble de la personnalité limite reconnaissent avoir besoin de formation et de supervision (Bland & Rossen, 2005). Au Royaume-Uni, on reconnaît que ces clients ne reçoivent pas toujours des services adéquats. Les ressources d'évaluation et de traitement mises à leur disposition dans les services publics seraient insuffisantes de même que la sensibilisation du personnel à leurs besoins. Le personnel de la plupart des organismes manquerait aussi d'expérience et de formation pour travailler efficacement avec cette clientèle (Davies, et al., 2004; Kane, 2006). Le Royaume-Uni s'est doté d'une politique de développement de services pour la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Ce plan prévoit l'implantation de services spécialisés au sein des services de santé mentale de première ligne déjà existants. Ces services spécialisés auraient également pour mission de fournir

du soutien, de la consultation, de la formation et de la supervision à l'ensemble du personnel. Le groupe de travail chargé de l'élaboration de ces recommandations souligne que la pauvreté des services offerts aux personnes souffrant de troubles de la personnalité est le reflet des déficiences considérables qui existent dans l'éducation et la formation pratique, entre autres celle des psychiatres et des psychologues (Snowden & Eddie, 2003). Aux États-Unis, Forsyth (2007) estime que les clients qui souffrent de troubles de la personnalité ont des expériences invalidantes avec les professionnels de la santé mentale en partie à cause du manque de formation adéquate qui contribue à maintenir la stigmatisation et l'incompréhension.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à la pertinence de la formation et de la supervision dans le domaine des troubles de la personnalité. Fournir un modèle explicatif pour comprendre la dynamique et la détresse de la clientèle et remettre en question les stéréotypes qui la stigmatisent pourrait favoriser le processus de régulation du contre-transfert (Aviram, et al., 2006; Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Chatziandreou, et al., 2005; Forsyth, 2007; Gabbard, 2005; Gibbons, 2010; Kane, 2006; Reiser & Levenson, 1984; Sampson, et al., 2006). C'est aussi le cas si l'on focalise explicitement sur le contre-transfert négatif dans le cadre de la supervision tout en offrant aux supervisés un soutien émotionnel et un espace de réflexion sur leur pratique (Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Brody & Farber, 1996; Chatziandreou, et al., 2005; Davies, et al., 2004; Holmqvist & Armelius, 2006; Ioannovits, 2007; Kane, 2006;

McTighe, 2010; Reiser & Levenson, 1984; C. J. Robins & Koons, 2000; Sampson, et al., 2006; Streat, 2001a; Weatherford, et al., 2008).

La formation devrait offrir un cadre explicatif et une compréhension empathique de la souffrance subjective de la clientèle, des causes et des conséquences de ces troubles complexes, de même que des comportements et des attitudes négatives et aliénantes que ces clients peuvent présenter. On espère ainsi aider les supervisés à mieux tolérer les émotions en montagnes russes qui accompagnent souvent le traitement (Gabbard, 2005; Kane, 2006; Sampson, 2006). L'attention portée à la compréhension des dynamiques sous-jacentes aux passages à l'acte peut restaurer l'empathie du thérapeute et améliorer l'aide qu'il apporte au client pour travailler sur ses enjeux (Gibbons, 2010; Reiser & Levenson, 1984).

Les lacunes de la formation professionnelle et le manque de supervision clinique alimentent la stigmatisation associée au diagnostic de trouble de la personnalité, et cette stigmatisation peut interférer avec l'alliance thérapeutique (Aviram, et al., 2006; Forsyth, 2007; Kane, 2006). Par son cadre explicatif, la supervision devrait aussi viser à dépasser les jugements et les perceptions négatifs. Par exemple, la compréhension des dynamiques sous-jacentes aux comportements autodestructeurs, la compréhension des difficultés de régulation d'affect de ces clients et la compréhension de leur incapacité à se reconforter peut avoir un impact significatif sur la pratique. Ces connaissances peuvent aider le personnel à changer sa perception des clients comme délibérément

mauvais, manipulateurs, faisant du clivage et recherchant l'attention, et à développer la perception que le client est une personne qui se débat pour essayer d'exprimer de manière adaptée d'intenses émotions négatives (Bland & Rossen, 2005).

Supervision clinique et travail sur le contre-transfert

Le travail sur le contre-transfert en supervision pourrait être très pertinent pour le traitement des troubles de la personnalité. Des études empiriques ont mis en relation une supervision clinique qui porte une attention particulière aux besoins émotionnels des supervisés avec l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction au travail avec cette clientèle (Bland & Rossen, 2005).

Plusieurs sont d'avis que la formation et la supervision destinées au personnel qui travaille avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité devraient assister les intervenants dans le traitement de leurs réactions contre-transférentielles (Davies, et al., 2004), y compris le contre-transfert négatif, honteux ou haineux que le client inspire (Brody & Farber, 1996; Sampson, 2006).

En supervision, les professionnels devraient être encouragés à identifier et explorer leur contre-transfert, à lui attribuer une signification et à réfléchir sur soi pour faciliter le progrès thérapeutique (Holmqvist & Armelius, 2006; Weatherford, et al., 2008). Un environnement d'ouverture et d'acceptation, sécurisant et soutenant, qui ne soit pas critique ni confrontant, devrait être encouragé afin que les membres de l'équipe puissent

se sentir à l'aise d'explorer systématiquement leur pratique et de discuter ouvertement de leurs sentiments (Bland & Rossen, 2005; Sampson, 2006) même si la tendance naturelle est de ressentir de l'envie et de la rivalité (Ioannovits, 2007).

La honte et le doute de soi sont normalement présents au début quand il s'agit de communiquer et de réfléchir sur son expérience affective dans la situation clinique. Le superviseur peut servir de modèle pour transmettre une attitude de non-jugement et d'attention réflexive à l'égard du contre-transfert. Il peut démontrer que l'on peut en faire usage comme outil pour comprendre et intervenir avec la clientèle. Les dévoilements du superviseur à propos de ses réactions aux clients du supervisé aident à normaliser les sentiments de ce dernier, servent comme outil d'enseignement et fortifient l'alliance entre le superviseur et le supervisé. Par exemple, en partageant son contre-transfert d'irritation, le superviseur peut faciliter au supervisé l'identification et l'acceptation de sa propre colère et de son désir de mettre fin au traitement, des sentiments qu'il n'est pas facile d'admettre au superviseur (McTighe, 2010). Le superviseur devrait être proactif en amorçant la discussion des sentiments transférentiels et contre-transférentiels. Le dévoilement de ses expériences intérieures que le superviseur choisit de faire est un aspect spécialement important de ce processus. Le fait que le superviseur, perçu comme expérimenté, talentueux et optimiste, soit capable d'admettre des sentiments contre-transférentiels permet au supervisé de les assumer lui-même beaucoup plus facilement (Strean, 2001b).

Les relations thérapeutiques avec la clientèle qui souffre de troubles de la personnalité sont exigeantes et le personnel a besoin de soutien pour être capable de les maintenir, tout comme les équipes ont besoin d'être aidées à tolérer la frustration et l'anxiété (Kane, 2006). Les équipes ont aussi besoin d'un espace commun pour gérer les processus de clivage, d'identification projective et de cohésion d'équipe (Ioannovits, 2007). En fournissant un espace d'intégration et de réflexion sur la pratique et sur le contre-transfert et en offrant du soutien émotionnel, la supervision de groupe peut remplir des fonctions importantes en servant de contenant pour le malaise et la panique du client. La supervision de groupe pourrait ainsi diminuer le stress et l'insatisfaction vécus au travail (Bland & Rossen, 2005; Chatziandreou, et al., 2005; Kane, 2006).

Le groupe de supervision psychodynamique aide le thérapeute à revivre les états affectifs mobilisés en lui par le processus thérapeutique. Il l'aide à départager ce qui appartient à ses propres relations d'objet de ce qui est un contre-transfert utile pour comprendre le monde interne du client, et à intégrer certaines prises de conscience du groupe. Il aide le thérapeute à regagner sa neutralité et sa capacité empathique (Book, 1997; Chatziandreou, et al., 2005). En thérapie dialectique comportementale pour le trouble limite, le soutien de l'équipe de consultation aide le thérapeute à éviter d'invalider le client et d'exprimer des sentiments hostiles ou de vengeance. Ce soutien l'aide aussi à faire un effort conscient pour intervenir de manière à ce que le client se sente compris et accepté (C. J. Robins & Koons, 2000).

Si les thérapeutes ne reçoivent pas un soutien, une supervision et une empathie adéquats, ils vivent du désespoir, de l'épuisement professionnel, du cynisme et du nihilisme thérapeutique. Une supervision compétente peut transformer ces situations exigeantes en opportunité de croissance professionnelle en aidant les supervisés à les comprendre et à les surmonter (Reiser & Levenson, 1984). La supervision serait essentielle pour le succès de la psychothérapie des troubles de la personnalité en comblant le besoin d'un lieu sécuritaire pour réfléchir aux séances (Hess, 2008).

Sampson (2006) précise que pour que la supervision clinique puisse aider efficacement à travailler avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, il ne faut pas que ce soit la supervision habituelle mais une supervision spécifiquement adaptée pour composer avec les défis uniques de l'intervention avec cette clientèle. Selon lui, la supervision devrait aider le praticien à se sentir plus confiant dans sa capacité de réaliser des évaluations cliniques et des plans de soins appropriés, et à se sentir moins anxieux et plus désireux de travailler avec la clientèle. Il préconise que la supervision propage la vision que la relation thérapeutique est un outil légitime qui favorise le changement thérapeutique, et qu'elle diffuse les nouvelles façons de travailler qui sont issues des psychothérapies. Il ne s'agit pas d'exiger que tous les intervenants se forment à une psychothérapie particulière, mais plutôt qu'ils soient ouverts à utiliser certains principes clef qui pourraient être plus efficaces avec cette clientèle. Toujours selon Sampson (2006), une supervision appropriée serait un excellent moyen de réduire les sentiments négatifs activés par le travail avec les clients qui souffrent de troubles de la

personnalité et d'éviter que les problèmes relationnels avec le thérapeute ne se cristallisent.

L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité

Assises théoriques de l'approche Masterson

La compréhension théorique et l'approche de traitement psychothérapique des troubles de la personnalité développées par le docteur Masterson s'inscrit dans les courants de la psychologie du Soi et de la théorie des relations d'objet. Elle s'appuie sur les recherches portant sur l'attachement et le développement psychologique de l'enfant (Mahler, Pine, & Bergman, 1975; Masterson, 2000; Stern, 1985), et est compatible avec les recherches récentes des neurosciences affectives et sociales (Masterson, 2005; Schore, 2003; Siegel, 1999). La théorie des relations d'objet est une théorie psychanalytique qui s'intéresse au développement psychique sur le plan de l'intériorisation, par le nourrisson et le jeune enfant, d'interactions interpersonnelles précoces avec les parents nourriciers. Dans cette théorie, les « représentations de l'objet » et les « représentations du Soi » sont des images intériorisée formées d'une représentation mentale accompagnée d'une tonalité affective. Ces représentations, ou « introjects » sont issues des transactions affectives qui sont réellement vécues, de manière répétée, dans les relations primaires. Ces schémas peuvent être modifiés par l'expérience ultérieure mais continuent d'exercer une influence notable à l'âge adulte. La psychologie du Soi (*Self Psychology*) est une théorie psychanalytique fortement apparentée à l'école des relations d'objet, qui fût d'abord développée par Donald Winnicott (1965) puis par Heinz Kohut (2009) dans le contexte du traitement

psychanalytique des pathologies narcissiques. La psychologie du Soi explique la pathologie par un manque d'empathie pour les besoins développementaux de l'enfant, causant une frustration traumatique. Pour survivre, le Soi se dissocie et développe un faux Soi destiné à protéger le vrai Soi vulnérable. Ce faux Soi demeure dépendant des besoins et des conflits psychiques de la figure maternelle.

Diverses approches de psychothérapie véritablement adaptées aux troubles de la personnalité ont été développées depuis les années 70. Celles qui ont fait l'objet à la fois d'expérimentations cliniques étendues et d'études validant leur efficacité ont plusieurs principes d'intervention en commun malgré leurs divergences théoriques. Il s'agit, dans la tradition psychodynamique, des approches américaines de Masterson (Masterson & Lu Costello, 1980), de la psychothérapie focalisée sur le transfert du groupe de Kernberg (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007), et du traitement basé sur la mentalisation développé en Grande-Bretagne par Bateman et Fonagy (2009). Dans la perspective cognitivo-comportementale, on retrouve deux approches américaines : la thérapie dialectique comportementale de Linehan (1993) ainsi que la thérapie centrée sur les schémas de Young (Giesen-Bloo et al., 2006).

Toutes ces approches insistent sur la régulation et l'utilisation thérapeutique du contre-transfert comme facteurs cruciaux d'efficacité. Elles ont aussi en commun les principes suivants : prioriser l'intervention sur les comportements mésadaptés et autodestructeurs qui entravent le fonctionnement psychosocial du client dans sa vie et

qui font obstacle à la thérapie; prioriser l'adaptation psychosociale présente avant la perlaboration des traumatismes du passé; l'engagement du thérapeute dans une relation affective et interactive avec le client; prioriser ce qui se passe « ici et maintenant » dans la séance; intervenir en combinant la validation et l'empathie pour la subjectivité du client et la confrontation à la réalité externe; favoriser la mentalisation¹ par divers moyens. Grâce aux données probantes maintenant disponibles, la psychothérapie spécialisée pour le trouble de personnalité limite, tant psychodynamique que cognitivo-comportementale, est reconnue comme modalité principale de traitement de cette pathologie (American Psychiatric Association, 2002).

L'approche Masterson fournit un cadre de référence pour comprendre, prévoir et gérer plusieurs des difficultés et impasses que l'on rencontre dans l'intervention avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Cette section présente les concepts de base de la théorie de Masterson et de son approche de la psychothérapie des troubles de la personnalité, concepts qui ont été repris dans la supervision de groupe à l'étude. Le lecteur peut consulter les ouvrages de Masterson cités en référence pour une description complète de l'approche de traitement, ou Bessette (2007) pour une synthèse vulgarisée en français.

¹ S'appuyant sur la recherche développementale, Fonagy et ses collègues (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) ont défini la mentalisation comme la capacité d'utiliser les représentations mentales de ses propres états émotionnels et de ceux des autres. Un parentage inadéquat peut entraîner certains styles d'attachement qui laissent l'enfant dans l'incapacité de moduler et d'interpréter ses propres émotions et celles d'autrui. Le terme *mentalisation* est aujourd'hui couramment employé dans le domaine du traitement des troubles de la personnalité.

La théorisation implicite de l'axe II du DSM-IV conceptualise le trouble de la personnalité comme une amplification pathologique de traits de personnalité normaux. Par exemple, le trouble de personnalité limite serait associé aux traits normaux que sont la tendance à agir rapidement et à ressentir les affects plus intensément, traits dont l'amplification pathologique devient l'impulsivité et l'instabilité affective caractéristiques de ce trouble. De même, le trouble de la personnalité évitante représenterait l'amplification pathologique d'une tendance à l'anxiété et à y réagir par l'évitement plutôt que le passage à l'acte, et le trouble de personnalité narcissique exprimerait l'amplification pathologique de traits normaux de grandiosité et d'individualisme (Paris, 1998). Contrairement à cette perspective, Masterson (2000, 2005) conçoit plutôt les pathologies de la personnalité comme un arrêt du développement du Soi, c'est-à-dire des capacités d'autorégulation et d'adaptation autonome de l'individu. L'arrêt de développement se produirait au cours de la phase de séparation-individuation¹ et son étiologie serait principalement liée à d'importants désajustements dans la relation d'attachement qui seraient responsables d'un sous-développement des mécanismes d'autorégulation. Des facteurs autres que développementaux sont également considérés dans l'étiologie, tels que des vulnérabilités biologiques liées au tempérament, ainsi que certains stress de séparation. L'arrêt de développement du Soi expliquerait les difficultés d'autonomie, d'identité, de relations interpersonnelles et de régulation émotionnelle

¹ Margaret Mahler (Mahler, et al., 1975) a décrit les différentes étapes du processus intrapsychique de séparation-individuation qui s'étend de 4-5 mois à 36 mois et plus. Cette étape du développement permet au jeune enfant de construire progressivement son identité et son autonomie grâce au soutien émotionnel de sa mère. Elle résulte en l'acquisition du sentiment d'être à la fois séparé et en relation.

caractéristiques de cette pathologie. Cette dynamique est expliquée dans la prochaine section.

Concept de triade dynamique du trouble du Soi. Le concept de « Triade dynamique du trouble du Soi » de Masterson synthétise la théorie qu'il a élaborée et explique la fluctuation caractéristique des symptômes et des états mentaux de la clientèle, ainsi que les mouvements de progrès suivis de régressions qui donnent si souvent aux intervenants l'impression de « tourner en rond » et d'être « mis en échec » par un client qui « sabote ». C'est aussi autour de ce concept que s'articulent le diagnostic psychodynamique et le traitement. Le concept de triade dynamique exprime l'essentiel de l'altération du fonctionnement psychique qui signe le trouble de la personnalité. Il décrit comment les efforts d'activation autonome du Soi réel entraînent l'émergence d'affects de dépression d'abandon, qui à son tour mobilise l'activation du Faux Soi et des défenses primitives antagonistes à la poursuite de buts adaptés (activation autonome).

Les capacités du « Soi réel » décrites par Masterson reflètent la maturation d'une identité individuée et de l'autonomie. Ces capacités se développent grâce au soutien affectif des figures parentales, mais restent sous-développées dans le trouble de personnalité, principalement à cause de traumatismes relationnels prototypiques de la relation d'attachement au cours de la période critique du développement du Soi.

Le processus d'activation autonome correspond à toute situation qui requiert la mobilisation et l'utilisation des capacités d'adaptation et d'autorégulation de l'individu alors que celui-ci cherche à satisfaire, en écologie avec son milieu humain, ses besoins d'attachement, d'accomplissement ou d'expression de son individualité. On l'observe particulièrement quand l'individu fait face à des défis d'adaptation, par exemple aux stress de séparation ou à la nécessité de gérer un conflit interpersonnel, aux demandes accrues d'autonomie, et aux transitions du cycle de vie.

Chez la personnalité normale, l'activation autonome du Soi réel déclenche une gamme variée d'affects tempérés, positifs et négatifs. Par contre, chez les personnes souffrant de troubles de personnalité, elle entraîne systématiquement l'émergence d'un ensemble d'affects primitifs négatifs, la « dépression d'abandon ». À leur tour, ces affects déclenchent la mobilisation de mécanismes de défense primitifs. Ces défenses interrompent l'activation autonome au lieu de la soutenir comme le font les mécanismes de défense adaptés qui prédominent dans la personnalité normale. Cette dynamique élucide la raison pour laquelle le niveau de fonctionnement psychosocial demeure nettement en deçà des capacités de l'individu qui souffre d'un trouble de la personnalité. Les mécanismes de défense primitifs sont en effet très efficaces pour dissocier la dérégulation affective, mais sont destructeurs pour l'adaptation à la réalité, pour l'autonomie et pour la satisfaction de besoins psychologiques sains et légitimes, car ils sont antagonistes à l'activation du Soi réel.

La « dépression d'abandon » est le syndrome anxio-dépressif spécifique au trouble de la personnalité décrit par Masterson. Dans le contexte de la réponse inappropriée, hostile ou non empathique à son Soi émergeant, les efforts d'individuation et d'autonomie de l'enfant deviennent conditionnés au syndrome de dérégulation affective ainsi baptisé par Masterson pour rendre l'impression subjective du l'individu d'être désespérément abandonné à lui même. La dépression d'abandon regroupe les affects primitifs envahissants de dépression suicidaire, de rage meurtrière, d'anxiété panique, de honte, d'impuissance, de désespoir et de vide. Ce syndrome correspond à la dérégulation affective décrite par d'autres spécialistes des troubles de la personnalité (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, et al., 2002; Linehan, 1993) et à l'hyperexcitation de la branche sympathique du système nerveux autonome décrite par la neurobiologie de l'attachement comme caractéristique des pathologies précœdipiennes du Soi (Schoore, 2003).

Comme les élans d'autonomie et d'individuation, au cours du développement, ont été conditionnés à une détresse subjectivement intolérable qui dépasse les capacités de régulation de l'enfant, les efforts d'activation autonome du Soi réel, dans les situations de la vie présente et dans la thérapie, entraînent la réactivation d'affects de dépression d'abandon. L'enfant s'étant trouvé exagérément laissé à lui-même pour réguler des affects qui le submergeaient, et ayant été envahi à répétition par les affects de dépression, ses mouvements d'autonomie et d'individuation ont été conditionnés à une dérégulation affective dépassant ses capacités de contention, à la manière d'une réaction

post-traumatique ou phobique. Un faux Soi défensif devait donc se développer pour éviter la détresse conditionnée à l'activation autonome, un faux Soi conforme aux injonctions de la relation d'attachement pathogène. En effet, la relation d'attachement doit être maintenue à tout prix car elle est vitale pour l'enfant. Dans le développement normal, l'émergence du Soi réel de l'enfant est plutôt conditionnée à des expériences de soutien affectif suffisant et de maîtrise de l'environnement, l'enfant ayant pu compter suffisamment sur la régulation dyadique des parents nourriciers. Ce sont donc des émotions tempérées à prédominance positive qui sont éprouvées à répétition et associées à l'activation autonome lors du développement normal.

Les principaux mécanismes de défense primitifs qui prédominent dans le fonctionnement psychique des personnes souffrant de troubles de la personnalité sont le clivage, le déni, la projection, l'identification projective, l'évitement, la fuite dans les fantasmes, et le passage à l'acte. Ces mécanismes se déclenchent lorsque l'activation autonome du Soi réel atteint un certain seuil. Le passage à l'acte donne lieu à une myriade de comportements mésadaptés et autodestructeurs. Ce mécanisme s'observe dans la vie de la personne à travers ses manifestations les plus connues : gestes suicidaires et parasuicidaires dont l'automutilation, abus de substance, explosions colériques, violence verbale ou physique, troubles alimentaires, ergomanie, promiscuité ou compulsions sexuelles, jeu pathologique et autres conduites dangereuses. Des manifestations plus subtiles du passage à l'acte s'observent également dans la relation thérapeutique, par exemple à travers les retards, les absences, les appels fréquents en dehors des rencontres, une attitude passive et impuissante, le non respect des politiques

établies, des demandes irréalistes dépassant le cadre de l'intervention, la dévalorisation ou l'idéalisation massives du thérapeute, des plaintes abusives, l'élaboration détaillée de sujets secondaires, l'éparpillement continu d'un sujet à l'autre, etc. Le client exprime sa détresse par des comportements car il n'est pas capable de le faire verbalement. La régulation émotionnelle est définie par Masterson comme la capacité d'apaiser les affects douloureux et celle de ressentir avec vigueur toute la gamme des affects positifs. Dans le trouble de la personnalité, la capacité de contenir ses affects, c'est-à-dire de les ressentir consciemment, de les mentaliser et de les canaliser dans un comportement stratégique et socialement adapté, est insuffisante. Des affects primitifs dérégulés sont donc agis ou communiqués au thérapeute par les mécanismes de projection et d'identification projective¹.

Il importe de souligner que ces opérations défensives sont en général largement inconscientes. La personne souffrant d'un trouble de la personnalité est sincèrement envahie par ses projections clivées et ses affects intenses, et entre dans des états où elle perd temporairement la capacité de différencier son monde interne de la réalité externe. Il est souvent inexact et injuste de parler de « manipulation », si l'on entend par là un effort *conscient et délibéré* de distordre la réalité et de provoquer des réactions émotionnelles chez l'autre. S'il devient lui-même habité d'un contre-transfert intense, le thérapeute peut facilement confondre l'impact qu'a le comportement de son client sur lui, c'est-à-dire la *conséquence*, avec l'*intention* de le faire réagir.

¹ Le concept d'identification projective est expliqué à la page 25.

Les trois composantes de la triade, l'activation autonome du Soi réel, la dépression d'abandon et la mobilisation de défenses primitives, sont interdépendantes et en équilibre dynamique. S'il y a plus d'activation autonome, il y a plus d'affects de dépression d'abandon, mais quand les défenses sont activées, la dépression et l'activation autonome diminuent. Cette dynamique explique pour beaucoup le phénomène des régressions qui suivent les progrès, et le sentiment répandu des intervenants de « tourner en rond » avec ces personnes qui se « sabotent » pour les « mettre en échec ». Voici un exemple du mouvement dynamique de la triade de Masterson. Une cliente « active son Soi réel » en poursuivant les buts légitimes de solidifier son estime personnelle et de nouer des relations interpersonnelles par un moyen réaliste, soit de participer à une formation correspondant à ses talents et ses capacités. Elle se renseigne sur les cours offerts, prend une décision, s'inscrit, et assiste à la première activité (activation autonome). Elle rapporte que le matin du deuxième cours, elle s'est réveillée en se sentant anxieuse et déprimée (dépression d'abandon), et qu'elle s'est remise au lit pour se reconforter (défense d'évitement). De retour en thérapie, elle exprime au passage et sans se troubler qu'il vaudrait peut-être mieux qu'elle abandonne la formation, puisqu'elle a raté le deuxième cours (disparition de la dépression d'abandon quand la défense primitive est activée). L'exploration subséquente de la situation révèle que malgré que tout se soit bien passé sur le plan de la réalité externe lors du premier cours, des sentiments de honte, de peur du rejet et d'impuissance ont ressurgi chez elle.

Activation autonome → (Soi réel)	Dépression d'abandon	→ Défenses primitives (faux Soi défensif)
Tolérance à la frustration	Dépression	Mécanismes de passage à l'acte (comportements inadaptés),
Contrôle des impulsions	Rage/Haine	
Régulation de l'humeur	Anxiété panique	Mécanismes de déni, clivage, projection, identification projective, évitement, fuite dans les fantaisies
Régulation de l'estime de soi	Honte/Culpabilité	
Capacité d'identifier ses intérêts et objectifs personnels	Impuissance Désespoir	Structure intrapsychique pathologique (système de projections clivées et partielles)
	Vide	
Capacité de persévérer malgré les obstacles dans la poursuite de ses buts		
Capacité de s'affirmer		
Capacité d'intimité		
Créativité		
Représentations internalisées de soi et de l'autre intégrées et réalistes		

Figure 1. Triade dynamique du trouble du Soi

Ces sentiments s'accompagnaient de perceptions envahissantes d'elle-même comme étant sans talent ni valeur, et de son groupe comme allant s'en rendre compte et la mépriser (projections partielles clivées du Soi et de l'Objet).

Le conflit principal ne se situe pas entre les instincts et les exigences de la réalité comme dans le modèle freudien, mais entre le « Soi réel » qui cherche à s'actualiser et le « faux Soi défensif » qui a dû prendre le relais pour éviter la dérégulation associée à

l'activation autonome. Le faux Soi défensif est constitué d'une structure intrapsychique clivée et fonctionne avec un ensemble d'autres mécanismes de défense primitifs. La structure intrapsychique clivée est composée de deux dyades de représentations partielles clivées (« tout bon » ou « tout mauvais ») du Soi et de l'Objet. Ces introjects sont associés aux affects qui imprègnent leur interaction.

La structure intrapsychique clivée reflète les relations d'objet intériorisées au cours du développement alors que l'enfant devait se conformer aux injonctions pathologiques prototypiques de la relation d'attachement, c'est-à-dire aux projections parentales particulières dont il était l'objet au détriment de la reconnaissance de son Soi réel. À cause de son besoin vital d'éviter l'angoisse d'abandon s'il perçoit que la figure d'attachement pourrait lui retirer les nourritures affectives et son soutien émotionnel essentiels, l'enfant soumis à ces contraintes doit sacrifier dans une certaine mesure son individuation et son autonomie. La dyade positive du clivage, ou unité libidinale, correspond au système d'attachement pathologique. Elle représente la façon de mériter la relation en focalisant sur les besoins de l'objet au détriment des siens, alors que l'activation du soi réel est associée à l'abandon. Cette posture est apprise à travers les messages prototypiques véhiculés dans la relation d'attachement. La dyade négative du clivage, ou unité agressive, correspond à l'état d'abandon, de perte de l'attachement. C'est l'état paniquant dans lequel les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité se retrouvent à répétition et où elles perdent tout sentiment de connexion à l'objet et à la relation. Elle est activée lorsque la réalité interfère avec la posture défensive du clivage

positif, et représente une autre stratégie défensive destinée à éviter l'activation autonome quand la première échoue.

Adoptant comme critère de classification le contenu spécifique de ces représentations clivées et les enjeux relationnels et affectifs particuliers des deux côtés du clivage, Masterson identifie les structures borderline, narcissique, schizoïde et antisociale. Ces quatre structures intrapsychiques ne doivent pas être confondues avec les troubles du même nom appartenant à la classification diagnostique officielle de l'axe II du DSM-IV-R actuellement en vigueur. La classification du DSM repose sur des manifestations comportementales observables et non sur des relations d'objet intériorisées devant être inférées. Il n'y a pas non plus de relation biunivoque entre les deux classifications, un même trouble du DSM-IV ne correspond pas nécessairement à une même structure intrapsychique de la classification de Masterson.

Structures intrapsychiques de Masterson et contre-transfert par identification projective. Masterson (1990) conçoit que l'identification projective est à la base des contre-transferts typiques vécus avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. Il croit que le contre-transfert est si fort avec cette clientèle en raison de la combinaison de l'intensité des projections clivées du client et de la vulnérabilité humaine du thérapeute. Une constellation contre-transférentielle typique est associée à chacune des structures, car le mécanisme d'identification projective pousse le thérapeute, souvent inconsciemment, à adopter l'un ou l'autre des rôles du scénario pathologique du Faux

Soi défensif. Ce phénomène se produit systématiquement et de manière relativement indépendante de la personnalité du thérapeute. Le psychisme du thérapeute peut lui aussi devenir envahi par des parties de la structure intrapsychique du client. Le thérapeute peut se retrouver dans le même état mental et affectif que le client, c'est-à-dire enfermé dans un état clivé et envahi par une expérience émotionnelle étrange ou intense, temporairement incapable de considérer sa tâche thérapeutique dans une perspective réaliste et productive. Les scénarios relationnels pathologiques que nous nous apprêtons à décrire correspondent aux structures intrapsychiques de la typologie de Masterson. Chacun d'eux recèle le potentiel d'une impasse antagoniste à l'établissement d'une alliance thérapeutique.

La structure intrapsychique borderline. L'enjeu relationnel de la structure borderline de Masterson est centré sur la recherche de l'agrippement à l'autre et la prise en charge infantilisante du Soi dans le but d'éviter l'activation du Soi réel et la dépression d'abandon.

Dans la structure borderline, la dyade positive du clivage consiste en une représentation partielle d'un Objet maternant, en interaction avec une représentation partielle du Soi qui est celle d'un bon enfant soumis. « Objet maternant » signifie que c'est l'environnement qui dirige, qui indique les solutions, qui prend en charge les responsabilités à la place du Soi, approuve sa régression et ainsi le réconforte et le rassure. Le borderline se projette lui-même comme étant démuni et incompetent, et

devant plaire à l'objet par sa soumission. En activant les projections de l'agrippement, la personne ayant une structure borderline parvient à se sentir aimée et réconfortée, en sécurité, au lieu de ressentir les affects de la dépression d'abandon si elle active le Soi réel.

Lorsque la réalité interfère avec les fantaisies de l'agrippement, la personne se retrouve alors du côté négatif du clivage, où la représentation partielle de l'objet est celle d'un environnement rejetant, abandonnant, qui ne tolère pas les efforts d'individuation et d'autonomie du Soi et le prive des nourritures affectives. Dans cette dyade, la représentation partielle que la personne projette d'elle-même est un Soi mauvais, indigne d'amour, sans valeur. Elle ressent alors des affects de dépression d'abandon et cherchera à rétablir l'agrippement pour les apaiser.

Lorsque le client projette le Soi démuné de la dyade d'agrippement, les projections intensément chargées d'affect se communiquent au thérapeute. Celui-ci commence par être à risque d'accepter la projection du Soi démuné du client comme étant toute la réalité, et d'être amené dans le rôle complémentaire de l'Objet maternant. Il a alors tendance à adopter une attitude réconfortante, rassurante, directive à outrance. Le thérapeute peut se sentir responsable de prendre les choses en mains au-delà de son mandat et au-delà de ce qui est nécessaire compte tenu des capacités réelles d'autonomie du client ou des exigences de la réalité. Le thérapeute vit un contre-transfert positif en se sentant lui-même utile, aimant et aimable. On peut être tenté « d'acheter la paix » en

répondant de cette manière à l'agrippement, ou être sincèrement convaincu que c'est le moyen efficace d'aider le client à progresser. Comme il s'agit d'une illusion, et que le thérapeute se trouve involontairement à alimenter les défenses et bloquer l'activation autonome, tôt ou tard le thérapeute risque de se sentir irrité, en colère, impuissant, submergé, coupable d'être « inhumain » et rejetant devant la passivité, les comportements enfantins du client, et l'absence de progrès. Après avoir accepté les projections de l'agrippement et adopté une attitude encourageant la régression, le thérapeute accepte les projections de la dyade négative « retrait hostile ». Il est en effet tenté de devenir froid, distant, et de désinvestir le client, s'identifiant ainsi au rôle du mauvais Objet, et est tenté de dénigrer le client en le percevant comme n'ayant aucun potentiel, acceptant ainsi la projection clivée du Soi négatif. Une autre variante d'identification projective peut survenir lorsque le thérapeute s'identifie au Soi négatif de la structure intrapsychique borderline. Il en arrive ainsi à se sentir sans valeur, incapable d'aider, confus et stupide, dépassé par l'ampleur de la tâche, tout comme son client se sent face à ses difficultés.

La structure intrapsychique narcissique. Le scénario relationnel pathologique de 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 la structure narcissique, les représentations du Soi et de l'Objet 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 tout puissant au sens d'être toujours parfaitement capable de répondre aux besoins et de restaurer l'équilibre narcissiques 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 personnalité narcissique décrit dans le DSM-IV. Cependant, la plupart des clients ayant une structure narcissique pathologique ne correspondent pas aux critères diagnostiques du DSM-IV car 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 et méprisant. Il 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.

Le contre-transfert par identification projective n'est pas le même que celui qui est induit par la structure borderline. Le thérapeute risque de s'identifier aux projections idéalisantes du client qui a une structure narcissique, et de sentir qu'il doit être exceptionnellement performant dans la thérapie tout en ayant l'impression de marcher sur des œufs. Quand le client exhibe sa grandiosité, le contre-transfert typiquement ressenti est de l'ennui, qui est souvent une défense contre le sentiment d'envie et la blessure narcissique que cela inflige au thérapeute. Avec ce client, le thérapeute peut se sentir ignoré et insignifiant, pris en otage et forcé de lui servir d'auditoire. C'est que le client projette qu'il se suffit à lui-même et nie son besoin d'aide, car il a intériorisé qu'il doit être parfait et autosuffisant pour plaire, pour ne pas être attaqué et abandonné. Il peut se sentir coincé à n'être que l'écho du reflet idéalisé que son client semble avoir de sa personne, et avoir peur de l'hypersensibilité et des réactions de rage et de dévaluation de son client s'il ne se montre pas assez complaisant envers celui-ci. L'identification projective peut aussi entraîner le thérapeute dans le rôle du Soi fragmenté et dévalué, pendant que le client adopte celui de l'objet attaquant et méprise directement ou subtilement la compétence du thérapeute. Ce dernier se sent alors incompetent, humilié, contrôlé par l'autre et en colère, voire enragé, exactement comme le client narcissique en son for intérieur. Il devient alors probable qu'il s'en défende en adoptant le rôle du

mauvais objet dans un désir désavoué de contre-attaquer en confrontant son client, prématurément ou sans tact, à la réalité de ses failles humaines.

La structure intrapsychique schizoïde. La stratégie de la structure schizoïde pour éviter l'activation du Soi réel et la dépression d'abandon est de maintenir une distance sécuritaire afin de se protéger tout autant de la solitude affective, de l'incommunicabilité et de la déshumanisation inhérente aux relations, que de la destruction psychique associée au renoncement à toute forme de relation.

Contrairement aux deux autres structures, on ne retrouve donc pas, dans la structure schizoïde, un côté du clivage qui soit associé à des affects franchement positifs. Dans la dyade clivée correspondant au système d'attachement pathologique, appelée « maître / esclave », la projection de l'Objet est celle d'un maître qui n'est aucunement intéressé d'être en relation avec le Soi, mais cherche uniquement à le manipuler et l'exploiter à ses propres fins. L'Objet « maître » est perçu comme n'ayant aucune considération pour l'humanité, les sentiments et les besoins de la personne schizoïde. L'Objet est vu comme imposant sa volonté et ses propres buts. La représentation du Soi dans la dyade d'attachement est celle d'un esclave, un robot qui exécute une fonction concrète pour le maître, une victime. Ce qui distingue ces personnes est le fait de n'avoir pratiquement aucune notion qu'une relation puisse être négociée. Les affects éprouvés dans la dyade Maître / Esclave sont de se sentir déshumanisé, contraint, en prison, mais faisant partie du clan des humains, connecté, et soulagé de ne pas être

complètement exilé. Pour se protéger des affects de la dépression d'abandon qui surgiraient s'il activait son Soi réel, la personne se sécurise en interagissant selon les projections de la dyade Maître-Esclave. Mais éventuellement, la dysphorie qui y est associés devient trop intense, et la personne amorce un mouvement de repli. Dans la dyade correspondant à la perte de l'attachement, appelée « Sadisme / Exil », la projection de l'Objet est un environnement sadique, prêt à prendre tous les moyens pour arriver à ses fins. La projection du Soi est d'être autosuffisant, étranger aux humains, sans connexion avec eux. Les affects éprouvés sont d'abord du soulagement car la personne est soulagé du fardeau de la relation et de la peur d'être envahie et contrôlée, mais elle sera éventuellement rattrapée par la dépression d'abandon.

Le dilemme schizoïde consiste à ne pouvoir être ni trop près de l'Objet (sous peine d'être détruit par les angoisses d'intrusion et d'appropriation du maître-esclave), ni trop loin de l'Objet (sous peine d'être détruit par l'exil et la dépression d'abandon). Le client doit donc solutionner ce dilemme en trouvant une distance sécuritaire : c'est le compromis schizoïde.

Parce que les clients qui présentent une structure schizoïde se sentent désorientés et en danger dans les relations humaines et les interactions sociales, qu'ils vivent comme contraignantes et déshumanisantes, ils communiquent habituellement passablement de détachement et de mise à distance dans la relation thérapeutique. Avec le thérapeute, ils oscillent aussi entre cette soumission sécuritaire et le détachement. Le thérapeute ressent

souvent de l'ennui, et même le besoin de lutter contre le sommeil, devant la distance émotionnelle du client. Le thérapeute risque d'y réagir en devenant lui-même incapable de maintenir le contact et en s'exilant dans son propre univers. Tout comme son client, il peut en arriver à sentir qu'il n'a aucun impact sur la relation, qu'il en est irrémédiablement banni en dépit de tous ses efforts, qu'il est incapable d'établir une connexion avec son client, de le toucher, de se faire voir ou entendre de lui dans son humanité. S'il s'identifie aux projections clivées de la dyade Maître / Esclave, il se sent à son tour obligé de se soumettre à ce qu'exige son client au risque que la relation ne soit pas maintenue. Le thérapeute peut aussi s'identifier à la projection clivée de l'objet contrôlant, manipulateur et exigeant la soumission pendant que le client projette qu'il est livré pieds et poings liés à l'Objet, sans aucune marge de manœuvre. En adoptant ce rôle à son insu, le thérapeute peut finir par exercer une directivité et un contrôle susceptibles de l'amener à se sentir honteux d'utiliser le patient à ses propres fins, ou méprisant de ne rien attendre de lui. Cela risque d'alimenter une impasse, car cette attitude est antagoniste à l'émergence de la spontanéité et de l'autonomie du client. Qui plus est, cette directivité et ce contrôle déshumanisants, en même temps qu'ils sont exigés par le client, seront vécus par lui comme de plus en plus dangereux pour son intégrité et le pousseront davantage dans le retrait et l'inhibition.

Masterson inclut une quatrième structure intrapsychique dans sa typologie, la structure antisociale. Celle-ci correspond à la psychopathie pour laquelle la psychothérapie ou la relation d'aide ne seraient pas indiquées. Elle ne sera donc pas

considérée ici. Les figures 2 à 4 présentent les trois autres structures pouvant répondre à la psychothérapie selon la typologie de Masterson. Ces structures intrapsychiques fonctionnent de concert avec les mécanismes de défense primitifs pour constituer le faux Soi défensif.

Dyade libidinale (agrippement)	Dyade agressive (retrait hostile)
Objet : maternant, guide, approuve, prend en charge les responsabilités	Objet : rejetant, abandonnant, critique de l'autonomie
Affects : aimé, réconforté	Affects : dépression d'abandon
Soi : infantile, obéissant, démuné	Soi : indigne d'amour, sans valeur

Figure 2 Structure clivée borderline dans la typologie de Masterson

Dyade libidinale (fusion grandiose)	Dyade agressive (fragmentation)
Objet : idéalisé Répond aux besoins narcissiques confirmant la grandiosité du Soi : regard admirateur; idéalisation; alter ego	Objet : dévalué Attaquant, dur, dévaluant
Affects : se sentir adoré; ravissement	Affects : dépression d'abandon
Soi : idéalisé, tout puissant, en contrôle, supérieur, exceptionnel, merveilleux, performant	Soi : dévalué, fragmenté, pas à la hauteur, vaincu, écrasé, minable, taré

Figure 3 Structure clivée narcissique dans la typologie de Masterson

Dyade libidinale (maître / esclave)	Dyade agressive (sadisme / exil)
Objet : maître, manipule, exploite Impose ses volontés Aucunement intéressé à être en relation Affects : déshumanisé, mais relié aux humain	Objet : sadique, dangereux, abandonnant Affects : soulagement puis dépression d'abandon et angoisse de solitude cosmique
Soi : esclave, robot, victime. Exécute une fonction concrète pour le maître	Soi : isolé, mais autosuffisant, aliéné

Figure 4 Structure clivée schizoïde dans la typologie de Masterson

Convergences du modèle de Masterson et de la neurobiologie de l'attachement. Même si Masterson a surtout développé son approche entre les années 70 à 90 et que l'étude de validation de son traitement remonte à 1980 (Masterson & Lu Costello, 1980), sa formulation théorique épouse étroitement le plus récent paradigme issu de la neurobiologie de l'attachement, qui se trouve actuellement la fine pointe du domaine. Dans cette perspective, on conçoit le trouble de personnalité comme un attachement insécure résultant de traumatismes relationnels répétés au cours de la période critique du développement du Soi (Schoore, 2003).

Le modèle psychoneurobiologique de Schoore (2003) fournit un cadre conceptuel supplémentaire pour comprendre et valider les idées de Masterson au sujet de la nature développementale du trouble de personnalité, de la centralité du mécanisme d'identification projective, de l'importance de la gestion du contre-transfert dans le

traitement de cette pathologie, du risque que le thérapeute confirme les projections négatives du client au lieu de corriger la relation d'objet, et de la probabilité que les passages à l'acte contretransférentiels augmentent, réinstaurent ou alimentent involontairement les défenses primitives du client. Le modèle de Schore, comme celui de Masterson, accorde une place privilégiée à la relation thérapeutique et à la régulation des émotions du thérapeute pour l'efficacité de la psychothérapie.

De manière générale, selon l'intégration que fait Schore (2003) des données des neurosciences, celles-ci corroborent très substantiellement la psychanalyse moderne, c'est-à-dire la théorie des relations d'objet et la psychologie du Soi, de même que les concepts freudiens d'inconscient et de compulsion de répétition. Il s'agit là précisément de l'ensemble des assises théoriques de l'approche Masterson.

Le modèle psychoneurobiologique de (Schore, 2003) appliqué à la clinique des troubles de la personnalité soutient l'idée de Masterson, elle-même inspirée des travaux de Mahler (Mahler, et al., 1975) et de sa théorie des stades de séparation-individuation, voulant que l'apport émotionnel de la mère soit nécessaire pour soutenir l'émergence du Soi de l'enfant en développement, et qu'une altération de ce développement se produit si ces nourritures affectives s'avèrent insuffisantes durant la phase de séparation-individuation.

Principes généraux d'intervention dans l'approche Masterson

Les principes du traitement psychothérapeutique de Masterson découlent de la compréhension de la dynamique de la triade. En intervenant systématiquement pour aider le client à interrompre ses défenses primitives, le thérapeute provoquera spontanément l'émergence graduelle de la dépression d'abandon. S'il continue à intervenir pour contrecarrer les défenses tout en étant empathique à la détresse que cela fait vivre au client et en la mentalisant avec lui, la capacité de contention d'affect du client augmentera progressivement, ce qui rendra possible aussi l'amélioration graduelle de l'activation autonome et donc du niveau de fonctionnement psychosocial.

Les interventions visant à affaiblir et interrompre les défenses primitives alternent avec une posture d'accueil empathique non intrusif lorsque le client mobilise la partie plus mature et authentique du Soi. Afin de guider son intervention, le thérapeute suit les mouvements de la triade dynamique durant la séance, et intervient de la manière appropriée suivant l'hypothèse que le client active le Soi réel ou le faux Soi défensif.

Le concept de triade dynamique de Masterson explique la source d'impasse répandue qui consiste à ne pas comprendre suffisamment et à ne pas intervenir pour contrer systématiquement les passages à l'acte et autres mécanismes de défense primitifs qui font obstacle à l'alliance et aux progrès thérapeutiques. En effet, contrairement à ce qui se passe dans les approches traditionnelles de thérapie adaptées aux organisations névrotiques, on ne peut pas, avec le client qui présente un trouble de la personnalité,

travailler directement sur l'expression des émotions, interpréter les angoisses, ou aller directement explorer le fonctionnement psychosocial et suggérer des comportements alternatifs pour solutionner des problèmes sans se buter aux défenses dissociatives.

Dans la première phase de la thérapie, l'intervention porte donc systématiquement sur les défenses, y compris les projections clivées de la structure intrapsychique, en priorisant ce qui se passe « ici-et-maintenant » dans la séance, et en priorisant l'adaptation psychosociale dans la vie présente.

Un second principe d'intervention veut que les plans de traitement soient réalistes et hiérarchisés et fassent l'objet d'un consensus avec le client. Les cibles d'intervention doivent être déterminées selon une hiérarchie qui tienne compte de la nécessité de contrôler d'abord les passages à l'acte au premier plan qui, le plus puissamment, absorbent l'affect et bloquent l'activation autonome du Soi réel. Par exemple, on ciblerait d'abord l'automutilation et l'hypersomnie avant de travailler sur l'inhibition de l'affirmation dans l'intimité, ou l'abus de substances avant d'intervenir sur la communication dans le couple. Il importe de trier les attentes et les objectifs de changement du client en évaluant leur réalisme en regard des services offerts, de la limite de temps d'intervention et des autres contraintes organisationnelles.

Troisièmement, la neutralité thérapeutique doit être comprise au sens où le thérapeute évite d'adopter le rôle du bon objet ou du mauvais Objet, ou du bon ou du

mauvais Soi dans lequel le client s'efforce de l'engager. Cela suppose que le thérapeute contrôle son contre-transfert plutôt que de l'exprimer en actes, par exemple en n'agissant pas sa culpabilité et son sentiment d'impuissance en devenant très directif avec un client de structure borderline qui insiste pour obtenir une prise en charge régressive. La neutralité ne signifie pas que le thérapeute soit passif ou s'abstienne de réactions humaines. En fait, l'engagement du thérapeute dans une relation véritablement affective est nécessaire.

Techniques d'intervention adaptées à la structure intrapsychique

L'approche de Masterson apporte une dimension originale d'une grande portée clinique, qu'on ne retrouve pas dans les autres psychothérapies pour le trouble de personnalité limite: la sélection de techniques d'intervention adaptées à la structure intrapsychique particulière du client, c'est-à-dire adaptées à ses relations d'objet intériorisées pathologiques. Il s'agit des techniques de confrontation des défenses pour les structures borderline, d'interprétation empathique de la vulnérabilité narcissique et des défenses pour les structures narcissiques et d'interprétations du dilemme et du compromis schizoïde pour les structures schizoïdes. Ces interventions différentielles, qui sont utilisées surtout dans la première phase de la psychothérapie afin de créer une alliance thérapeutique, permettent d'ajuster les transactions relationnelles thérapeute-client à la subjectivité interne du client. On vise ainsi à maximiser l'empathie qu'elles communiquent et à limiter le potentiel de réaction thérapeutique négative par réactivation des scénarios pathologiques implicites. En effet, le même style

d'intervention susceptible de favoriser alliance et progrès thérapeutiques chez un client avec une structure borderline, augmentera plutôt la dérégulation affective et les défenses mésadaptées chez un client qui présente une structure narcissique.

Les interventions différentielles ne cherchent pas seulement à faire en sorte que le client se sente compris et rejoint dans ses enjeux fondamentaux. Elles lui présentent aussi une vision de la réalité différente de ses projections et à remettent en question ses défenses pathologiques. La plupart des thérapeutes ont tendance à intervenir soit à partir d'une position d'empathie pour la subjectivité du client, soit d'une position de confrontation à la réalité plutôt que de combiner les deux. Les interventions thérapeutiques dans l'approche Masterson intègrent ces deux perspectives, en présumant que cela favorisera l'intégration des parties clivées du psychisme du client. On demande donc au thérapeute d'être à la fois empathique et confrontant et d'apprendre à se mouvoir avec souplesse entre ces deux positions.

Technique thérapeutique et régulation du contre-transfert dans l'approche

Masterson

Les interventions de confrontation et d'interprétation de l'approche Masterson reposent sur la capacité du thérapeute à réguler son contre-transfert, c'est-à-dire d'intégrer dans son propre psychisme les états mentaux et affectifs clivés sans perdre de vue une perception plus globale et nuancée de la réalité associée à des affects tempérés.

Afin d'illustrer plus concrètement la contention du contre-transfert et la formulation d'interventions différentielles adaptées à la structure intrapsychique, considérons la vignette clinique suivante. Une cliente débute la séance en disant qu'elle se demande si elle ne devrait pas cesser les rencontres. Son visage et son ton de voix suggèrent une colère et un mépris rentrés. Elle dit craindre que cette démarche ne soit une perte de temps, puisqu'elle consulte depuis déjà quatre mois et ne voit toujours pas de changement à sa situation de vie. De plus, elle confie avoir remarqué, depuis quelques semaines, qu'elle se sent bouleversée après les séances. Ce genre d'interaction, plutôt banale en début de processus, n'en est pas moins fortement susceptible d'induire chez le thérapeute des sentiments tels que la peur du rejet, la colère, l'impuissance, le désespoir, ou l'humiliation. Ces sentiments contre-transférentiels risquent à leur tour d'inhiber le thérapeute, ou de le pousser à argumenter avec la cliente pour la rassurer et la convaincre, ou encore de contre-attaquer par une attitude accusatrice ou indifférente. Selon l'hypothèse quant à la structure intrapsychique de la cliente, diverses interventions sont envisageables pour répondre à cette rupture de l'alliance thérapeutique, mais aucune ne sera possible, ou en tous cas efficace, si le psychisme du thérapeute est dominé par son contre-transfert. Un exemple d'interprétation empathique de la défense pour une structure narcissique pourrait être le suivant : « Je comprends que vous aimeriez être rassurée sur votre capacité de vous en sortir par des progrès tangibles, d'autant plus que vous vous sentez impuissante et inadéquate depuis si longtemps. Ce que vous vivez est déjà tellement pénible, je comprends que vous hésitez à plonger dans une démarche quand vous vous demandez si ça va vous aider ou vous bouleverser

davantage ». Cette intervention n'est possible que si le thérapeute est suffisamment décentré de ses réactions personnelles pour pouvoir, simultanément, absorber la communication accusatrice de la cliente et se représenter le monde affectif interne qui se cache derrière. Dans la même situation clinique, un exemple de confrontation de la projection clivée qui serait adaptée à une structure borderline pourrait être : « Je vois bien que c'est difficile pour vous, mais j'ai du mal à comprendre votre désespoir de n'avoir aucunement avancé, alors que depuis que vous venez vous avez arrêté la cocaïne et commencé des démarches qui vous tenaient à cœur à votre travail. Comment se fait-il que vous vous accordiez si peu de reconnaissance ? ». Bien qu'elle soit très différente, cette intervention n'est possible, elle aussi, qu'à condition que le thérapeute ne soit pas envahi par le désespoir et le mépris projetés par la cliente, et qu'il demeure donc capable de se représenter la réalité plus globale qui comprend simultanément les sentiments négatifs et les accomplissements de la cliente.

La régulation du contre-transfert concerne aussi les représentations que le thérapeute se fait du client. La confrontation des défenses pathologiques suppose que le thérapeute croit réellement que le client à la structure borderline possède la capacité de s'activer davantage. Cultivant dans l'imaginaire une représentation du client et de ce que pourrait être leur relation, le thérapeute s'efforce de percevoir le soi réel compétent du borderline et de s'adresser à lui dans ses interventions, alors que le faux soi défensif occupe l'avant-scène et masque ce potentiel. De même, l'interprétation empathique suppose que le thérapeute s'efforce de voir au-delà de la façade "monstrueuse"

d'égoïsme, d'agressivité et d'arrogance du client qui présente une structure narcissique, et qu'il soit capable de percevoir ou d'imaginer le Soi réel vulnérable, qui cherche à se sentir compris et accepté malgré ses failles, pour s'adresser dans ses interventions à cette partie du psychisme du client. Dans son positionnement contre-transférentiel avec un client à la structure schizoïde, le thérapeute capable de se dissocier suffisamment des projections maître/esclave transmet le message implicite qu'il ne considère pas connaître l'expérience du client à sa place, qu'il ne s'impose pas, et que le client a droit à sa propre subjectivité et à sa liberté.

L'utilisation des techniques adaptées à une structure spécifique s'appuie également sur la capacité du thérapeute à appréhender la subjectivité du client avec profondeur et finesse. Il ne s'agit pas tant de sélectionner la technique appropriée selon des critères théoriques ou rationnels comme d'être capable d'imaginer le monde interne du client, d'entrer en résonance empathique avec sa sensibilité et de comprendre intuitivement comment il est susceptible de recevoir l'intervention. Le cadre théorique qui explicite les relations d'objet pathologiques de la structure intrapsychique clivée et le contre-transfert par identification projective est mis à contribution dans cette tâche.

Lorsque le thérapeute est capable de réguler son contre-transfert, il peut distinguer sa propre expérience de celle du client et ainsi rester dans une position à la fois empathique et réaliste. Son contre-transfert devient un outil précieux pour appréhender de l'intérieur l'expérience subjective du client et pour identifier les relations d'objet pathologiques qui seront confrontées ou interprétées plutôt qu'alimentées.

Conclusions et formulation des questions et hypothèses de recherche

Les troubles de la personnalité sont très prévalents et constituent une préoccupation majeure en santé publique et en recherche. Plusieurs comportements, attitudes et dynamiques relationnelles caractéristiques de la clientèle qui souffre d'un trouble de la personnalité induisent une gamme de sentiments contre-transférentiels négatifs qui peuvent être très intenses et troublants pour le thérapeute. Notamment, l'agressivité et les conduites autodestructrices de cette clientèle contribuent à l'anxiété considérable qu'elle inspire. Le contre-transfert négatif est également associé au désengagement affectif du thérapeute et au rejet, intérieur ou dans les faits, du client. De façon générale, les professionnels craignent et apprécient peu ces clients qui ont la réputation d'être « difficiles » à supporter comme à traiter. Ils ont tendance à se sentir honteux et incompetent de ressentir un contre-transfert négatif même s'il s'agit d'un phénomène normal ayant le potentiel de devenir un outil clinique important.

La vision contemporaine de la psychothérapie définit le contre-transfert comme étant composé de réactions émotionnelles particulières du thérapeute, conscientes ou inconscientes, éveillées par des caractéristiques particulières du client. Le contre-transfert reflèterait à la fois des aspects de la personnalité du thérapeute et de celle du client. Les contre-transferts provenant de ces deux sources ne seraient pas mutuellement exclusifs mais pourraient être éprouvés en même temps et départagés. S'appuyant sur le concept d'identification projective, certains théoriciens ont conceptualisé le contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité comme étant constitué

entre autres des identifications avec des représentations intériorisées du Soi ou de l'Objet appartenant au psychisme du client. Ces identifications pourraient être utilisées principalement comme un indicateur de cette vie interne inconsciente. Le contre-transfert possèderait donc des fonctions diagnostiques et thérapeutiques fondamentales.

L'idée de l'utilité potentielle du contre-transfert pour comprendre les dynamiques inconscientes du client, poser un diagnostic et faciliter le traitement est aujourd'hui très populaire et l'on conçoit le contre-transfert comme l'un des instruments de travail les plus importants. Malgré l'ouverture d'esprit par rapport au contre-transfert, on continue à reconnaître que le contre-transfert qui demeure inconscient ou qui est négligé ou ignoré par le thérapeute est dangereux car il risque d'alimenter les difficultés dans le processus thérapeutique et la stigmatisation de la clientèle.

Le processus de régulation du contre-transfert par identification projective est considéré par nombre de cliniciens et de théoriciens comme faisant partie intégrante du processus de changement thérapeutique avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, comme un facteur crucial d'efficacité thérapeutique. L'information pertinente obtenue par l'analyse du contre-transfert par identification projective peut être utilisée pour formuler diverses interventions thérapeutiques qui communiquent une compréhension empathique au client. Le thérapeute pourrait même dévoiler de façon thérapeutique son contre-transfert au client. Toutefois, le dévoilement demeure controversé dans les cas de troubles sévères de la personnalité.

La recherche empirique et l'expérience clinique suggèrent qu'un cadre de référence théorique solide, permettant de comprendre la dynamique de la clientèle et le contre-transfert, est un élément important pour favoriser la distance psychologique durant la phase de traitement du processus de régulation du contre-transfert et pour le maintien de l'engagement personnel du thérapeute dans son travail clinique. Ainsi, on recommande que la formation et la supervision clinique dans le domaine des troubles de la personnalité puisse offrir un cadre explicatif et une compréhension empathique de la souffrance subjective de la clientèle, des causes et des conséquences de ces troubles complexes, de même que des comportements et des attitudes négatives et heurtantes que les clients peuvent manifester. Le travail sur le contre-transfert en supervision pourrait aussi être très pertinent. La supervision clinique pourrait aider les professionnels à travailler efficacement, leur apporter un soutien émotionnel et les aider à améliorer la régulation de leur contre-transfert et la qualité des services qu'ils dispensent à la clientèle souffrant de troubles de la personnalité.

La stabilité et la maturité de la personnalité du thérapeute sont directement impliquées dans la régulation du contre-transfert, d'autant plus que les traits pathologiques de la personnalité du thérapeute sont plus facilement réactivés avec cette clientèle particulière. À cet égard, les écrits mettent surtout l'accent sur le narcissisme du thérapeute et son interaction significative avec les enjeux du client souffrant d'un trouble de la personnalité.

Un certain nombre de croyances basées sur l'expérience clinique et largement partagées ont commencé à recevoir une certaine validation empirique. Notamment, la plupart des études disponibles appuient l'idée que les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité posent plus de difficultés dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique, qu'ils ont en effet des comportements qui suscitent un contre-transfert négatif et des passages à l'acte contre-transférentiels de la part du thérapeute, mais que ce contre-transfert peut aussi être utile et constituer un outil clinique important dans la thérapie à condition que les thérapeutes soient capables de reconnaître, de comprendre et de canaliser leurs sentiments dans le travail thérapeutique. Les résultats disponibles semblent également confirmer la croyance que le contre-transfert recèle un potentiel diagnostique et qu'il peut être utile à la compréhension des schémas relationnels de cette clientèle.

Malgré cela, les études empiriques sur le contre-transfert demeurent très restreintes. Peu d'auteurs ont examiné l'expérience subjective qu'ont les thérapeutes de la régulation de leur contre-transfert avec les clients « difficiles » et leur compréhension de l'impact du contre-transfert, incluant leurs préconceptions au sujet de cette clientèle, sur l'alliance et le processus thérapeutiques.

Contrairement au cliché du client réfractaire à la psychothérapie, l'expérience et la recherche clinique démontrent que plusieurs clients souffrant d'un trouble de la personnalité sont désireux et capables d'établir une alliance thérapeutique durable et

productive quand on leur offre un traitement spécialisé adapté à leur problématique et un thérapeute qui ne fuit pas la relation et se montre capable de contenir le contre-transfert intense et déstabilisant qui caractérise l'interaction avec cette clientèle.

L'approche psychothérapique de Masterson correspond à l'hypothèse qui s'est dégagée de la recension des écrits, à savoir que la régulation du contre-transfert et l'habileté du thérapeute à dénouer des impasses seraient favorisés par la combinaison de deux éléments qui s'influencent mutuellement : une meilleure compréhension intellectuelle de la pathologie, et le travail sur le contre-transfert. En plus d'offrir des techniques d'interventions spécialisées pour la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, l'approche de Masterson fournit un cadre théorique permettant d'expliquer, de prévoir et de surmonter un grand nombre d'impasses thérapeutiques grâce au concept de triade dynamique. La compréhension clinique qu'elle offre est de nature à favoriser l'empathie pour la clientèle, à promouvoir une vision dans laquelle le client est autre chose qu'un manipulateur ou un agresseur, et où ses comportements repoussants procèdent d'une souffrance réelle dont il n'est pas le principal responsable et qu'il ne peut pas surmonter du jour au lendemain. Le concept de triade dynamique de Masterson favorise l'empathie du thérapeute en lui faisant réaliser que c'est la peur d'être détruit par la dépression d'abandon qui retient le client de parler ou d'agir ouvertement et stratégiquement pour combler ses besoins légitimes et qui le pousse aux agirs destructeurs. Les passages à l'acte et autres défenses peuvent alors cesser d'être perçus comme une offense faite au thérapeute et être considérés comme la solution de

compromis. Solution qui, pour le moment, est la seule accessible au client pendant qu'il se débat dans un maëlstrom d'émotions primitives intenses.

Notre recherche se propose donc d'étudier la contribution d'une supervision clinique de groupe, centrée sur le contre-transfert et sur les concepts de base de l'approche de Masterson, à la régulation du contre-transfert d'intervenants de première ligne qui travaillent avec une clientèle souffrant de troubles de la personnalité.

Les hypothèses de la présente étude pouvant être vérifiées par des méthodes quantitatives sont les suivantes. Notre première hypothèse est que la supervision produira un changement positif chez les professionnels dans leurs perceptions et attitudes envers la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Notre deuxième hypothèse prédit un changement positif dans le contre-transfert ressenti par les intervenants à l'endroit du client dont ils discutent le cas en supervision. Troisièmement, nous faisons l'hypothèse que la supervision diminue le niveau d'anxiété des intervenants dans leur travail avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité en général. Le volet qualitatif de l'étude s'intéressera aux changements vécus par les intervenants après leur participation à la supervision de groupe, dans leur travail auprès de la clientèle souffrant de troubles de la personnalité.

Description de la supervision de groupe à l'étude

Bien que son approche de traitement ait été développée principalement pour la psychothérapie à moyen et long terme, notre expérience nous a convaincu que la compréhension qu'apporte Masterson du monde intérieur et de la dynamique relationnelle propre à chacune des structures de personnalité pathologique, éclaire et enrichit l'intervention court-terme, la psychiatrie générale, ainsi que d'autres contextes d'intervention non psychothérapeutiques, comme par exemple un groupe d'entraînement aux habiletés parentales ou d'ergothérapie. C'est pourquoi il nous a semblé pertinent de développer, à l'intention des CLSC¹ et autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux, une version partielle et vulgarisée de l'approche Masterson.

Objectifs de la supervision de groupe

Les objectifs négociés au départ avec les participants étaient de diminuer les impasses vécues dans l'intervention avec la clientèle souffrant d'un trouble de personnalité et de favoriser le confort émotionnel du thérapeute dans son travail avec elle. Plus particulièrement, on espérait diminuer les impasses thérapeutiques en aidant les intervenants à mieux gérer leur contre-transfert et à utiliser des techniques d'intervention plus productives car mieux adaptées à la clientèle.

¹ Centre Local de Services Communautaires. Au Québec, cliniques communautaires où sont dispensés les services psychosociaux de première ligne.

Nous avons clairement établi, puis répété à maintes occasions durant les rencontres de supervision, qu'il ne fallait pas s'attendre à ce que les participants atteignent un niveau de maîtrise de l'approche Masterson. En fait, la maîtrise de l'approche était présentée comme impossible à atteindre dans le temps dont nous disposions et notre souhait était que les participants puissent intégrer à leur manière une partie des outils conceptuels et techniques présentés et des expériences vécues en supervision. Sachant que le processus d'apprentissage d'une nouvelle approche d'intervention s'accompagne souvent de la tendance à prendre les nouveaux principes au pied de la lettre et à s'enfermer dans un carcan, les participants étaient invités à « rester spontané » le plus possible dans le travail avec leurs clients. Les participants étaient encouragés à ne pas délaisser leurs compétences et modes d'intervention préalables, mais à intégrer, selon leur jugement clinique, les éléments de la supervision qui leur semblaient pertinents pour eux en les voyant comme des outils supplémentaires.

La focalisation sur le contre-transfert par identification projective

Définition du travail sur le contre-transfert

Par le travail sur le contre-transfert dans le groupe de supervision, nous entendons la ventilation spontanée et non censurée du contre-transfert dans un contexte de normalisation et de déculpabilisation, l'intégration du concept intellectuel de contre-transfert par identification projective et l'application de la notion de contre-transfert par identification projective à l'analyse clinique dans le but de diagnostiquer les relations d'objet clivées du client. En considérant le contre-transfert comme le miroir du monde

interne du client et des affects dérégulés qui sont induits dans le psychisme du thérapeute, notre intention était d'aider les participants à se réconcilier avec les affects négatifs intenses qu'il peuvent éprouver et qui sont peu compatibles avec leur image professionnelle, tout en leur fournissant une source d'informations à incorporer directement dans leur analyse clinique et leurs interventions. Nous espérons ainsi leur permettre de retrouver plus facilement une position empathique.

Normalisation et déculpabilisation du contre-transfert par identification projective et des passages à l'acte contre-transférentiels à l'aide du concept de triade contre-transférentielle du thérapeute

Le concept de « triade contre-transférentielle du thérapeute », librement inspiré de Masterson, aide à comprendre les défis qui se posent au thérapeute et les impasses qui peuvent survenir dans la thérapie. Il part de l'idée que l'interaction avec le client souffrant d'un trouble de la personnalité est, à cause des identifications projectives, une situation anormalement stressante pour le psychisme du thérapeute. On peut ainsi comprendre comment il se fait que les thérapeutes, placés dans ce contexte, soient si souvent débordés émotionnellement et qu'ils utilisent des mécanismes de régulation primitifs même s'ils ne souffrent pas eux-mêmes d'un trouble de la personnalité.

Si la psychothérapie est une situation d'activation autonome « par excellence » pour le client, cela est tout aussi vrai pour le thérapeute. À l'intérieur de son rôle, le thérapeute doit relever les mêmes défis d'activation autonome : entrer en résonance et réguler les affects intenses communiqués, souvent indirectement, par le client; maintenir

son équilibre narcissique; développer une intimité authentique, mais balisée par le cadre thérapeutique; participer à la création d'une alliance thérapeutique; assumer le leadership de la thérapie et s'affirmer; gérer les conflits qui surgiront inévitablement dans la relation avec le client; moduler la perméabilité de ses frontières identitaires; aller chercher dans l'environnement l'aide et le soutien qui lui sont nécessaires pour mener à bien sa part du travail thérapeutique; tolérer le délai des gratifications et persévérer devant les difficultés; mobiliser sa créativité personnelle afin de mettre le cadre clinique au service de la thérapie et non l'inverse.

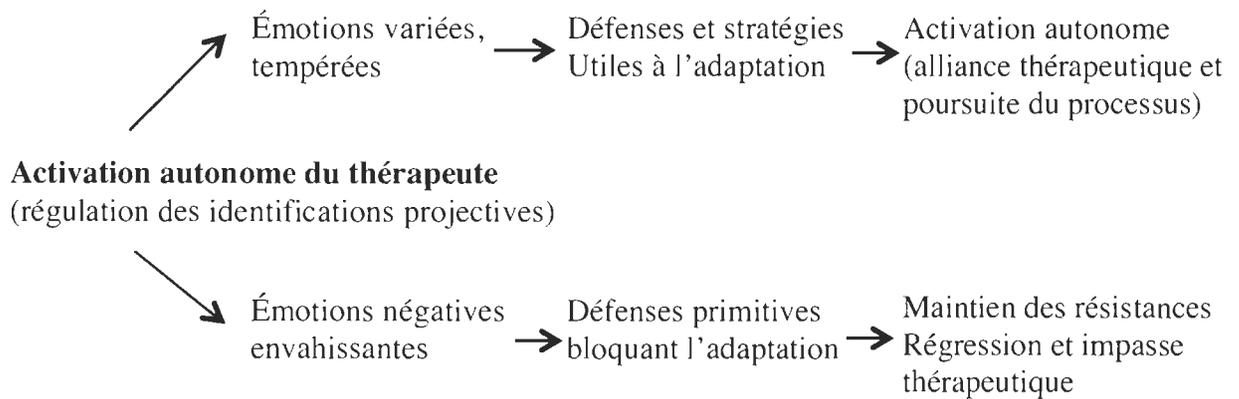


Figure 5. La triade contre-transférentielle du thérapeute
(adaptation libre du concept de triade des troubles du Soi de Masterson)

Les passages à l'acte contre-transférentiels, qui interfèrent avec l'alliance et le processus thérapeutiques, se produisent dans les moments où le thérapeute ne peut pas contenir son contre-transfert. Le terme « contention » d'affect signifie ressentir consciemment, être capable d'amplifier et de faire durer l'affect, de le symboliser et de le comprendre cognitivement, et de le verbaliser ou le canaliser dans une intervention thérapeutique appropriée. Cela ne veut pas dire pas dire que l'on « ravale » ou refoule les affects douloureux. Contenir le contre-transfert implique donc de tolérer de ressentir des affects négatifs, et même parfois de souffrir au passage. Dans les moments où sa capacité de contention est insuffisante, le thérapeute débordé aura recours, tout comme son client, à des stratégies de régulation efficaces pour dissocier l'affect, mais contre-productives pour l'alliance et le processus thérapeutiques. Pour reprendre l'expression de Winnicott, le thérapeute n'a pas à être parfait, mais doit s'acquitter « suffisamment bien » de la contention de son contre-transfert. On s'attend à ce que le meilleur des thérapeutes commette régulièrement des passages à l'acte contre-transférentiels. La capacité du thérapeute à tolérer l'expression répétitive d'émotions intenses sans être submergé fait aussi que le client ressent la sécurité intérieure du thérapeute et peut en arriver à porter des parties honteuses ou dissociées de son Soi (Herman, 1992; Higgins O'Connell, 1994; Schore, 2003).

Lorsque l'intensité affective, positive ou négative, atteint un certain seuil et désorganise les capacités de mentalisation du thérapeute, il n'est plus en mesure d'intervenir adéquatement. La capacité de maintenir une représentation riche et nuancée

de la réalité, par opposition au clivage et aux distorsions, est alors temporairement perdue. Cela se produit plus souvent chez la personne atteinte d'un trouble de la personnalité tout simplement en raison de son seuil plus bas de déclenchement d'une spirale de dérégulation affective (triade dynamique) et non à cause d'une différence fondamentale dans sa psychologie. Ce même phénomène se produit chez le thérapeute qui absorbe les affects du client à travers le mécanisme d'identification projective. Il est donc tout à fait normal que les capacités de mentalisation du thérapeute régressent aussi dans les moments émotionnellement très intenses avec le client, qu'il connaisse de troublantes altérations de sa propre expérience de la réalité, et que son jugement clinique devienne biaisé. Le thérapeute marche sur un fil, car il a autant besoin de ressentir le contre-transfert s'il veut entrer en résonance empathique avec son client, que de le moduler de sorte qu'il ne devienne pas envahissant et ne bloque justement son empathie.

Concepts de base de l'approche Masterson enseignés dans la supervision

Les concepts de base et les techniques d'intervention de l'approche Masterson, autres que concernant directement le travail sur le contre-transfert, qui ont été enseignés durant les rencontres de supervision de groupe sont les suivants.

Triade dynamique des troubles du Soi

Définition du trouble de personnalité à l'aide du concept de triade dynamique et d'arrêt du développement des capacités d'autorégulation et d'adaptation.

Pister la dynamique de la triade dans les données cliniques présentées : identifier les manifestations d'activation autonome, de dépression d'abandon et de défenses primitives dans le déroulement des séances et dans la vie personnelle du client. Distinguer les manifestations du Soi réel de celles du faux Soi défensif.

Analyse du fonctionnement psychosocial du client en termes de capacités d'activation autonomes déficientes et conceptualisation des objectifs d'intervention réalistes en termes de capacités d'activation autonome à développer. Inférer les besoins légitimes et les buts sains que le client tente ou devrait tenter de poursuivre et identifier les défenses dont l'interruption devrait être priorisée pour amorcer un mouvement thérapeutique.

Démarche de formulation d'une hypothèse de structure intrapsychique

Formulation d'une hypothèse de structure narcissique, borderline, schizoïde ou antisociale à partir des données cliniques et du contre-transfert. Nous avons clarifié à maintes reprises que nous visions simplement à formuler une hypothèse de travail et il ne s'agissait pas de procéder à une évaluation diagnostique, psychologique ou psychiatrique, en bonne et due forme.

Formulation d'objectifs d'intervention réalistes et faisant l'objet d'un consensus avec le client

L'inhibition à intervenir sur les demandes irréalistes est une source fréquente d'impasse. Les clients qui souffrent d'un trouble de personnalité ont plusieurs préoccupations légitimes, car ils éprouvent des difficultés importantes dans la plupart des sphères de leur vie, de même qu'une tendance à la pensée magique. Cela se traduit par des attentes à la fois très ambitieuses et vagues. Il s'agit de trier les attentes et buts du client en évaluant leur réalisme compte tenu du mandat et du cadre d'intervention de l'établissement.

Techniques d'intervention

Clarification des projections clivées; confrontation des défenses pour la structure borderline; interprétation empathique de la vulnérabilité narcissique et des défenses pour la structures narcissique; interprétations du dilemme et du compromis schizoïde pour la structure schizoïde.

Ces techniques ont en commun le principe de combiner la communication empathique de la subjectivité du client et la considération d'aspects de la réalité objective dans les interventions. Cette combinaison « empathie-réalité » était soulignée aux participants. Ceux pour qui il était trop compliqué ou irréaliste de retenir les techniques particulières à chacune des trois structures pouvaient ainsi retenir cette version vulgarisée et tout de même appropriée aux trois structures traitables.

Règles de fonctionnement explicites

Certaines règles explicites et négociées au départ ont défini un cadre de fonctionnement. Le travail de groupe consistait en la présentation, par le participant dont c'est le tour, du résumé de sa ou de ses dernières rencontres avec un client choisi. Il était convenu que les participants devaient choisir un client avec qui le processus stagnait ou était difficile, et/ou avec qui ils éprouvaient un contre-transfert dérangeant ou qui leur posait question.

Tous les participants avaient l'obligation de présenter leur travail au groupe. En voulant éviter qu'un participant puisse rester dans un rôle d'observateur et commenter le travail des autres sans s'exposer lui-même, on cherchait à prévenir l'apparition d'un climat propice à la crainte d'être jugé par ses pairs, en particulier par ceux qui auraient choisi de ne pas exposer leur travail. Dans le but de réduire la rivalité et les tensions de pouvoir entre les participants, nous avons adopté la règle que les participants présentent à tour de rôle et que chacun dispose d'un temps sensiblement égal.

Il était convenu que le même client choisi par le participant serait présenté à répétition afin que le groupe puisse suivre l'évolution du travail thérapeutique, tester les hypothèses et la pertinence des interventions suggérées et expérimentées, et formuler des rétroactions correctrices.

Il a été clarifié que l'exploration et l'analyse du contre-transfert resteraient en dehors du partage et de la discussion des enjeux personnels des participants, même si le fait de considérer le contre-transfert uniquement comme pouvant refléter la transmission d'affects par identification projective constitue une simplification à outrance du concept. Les risques encourus ont été nommés, soit celui de ne pas rendre justice à la richesse du phénomène du contre-transfert et la possibilité de renforcer un point aveugle du thérapeute en lui faisant attribuer faussement au client une dynamique ou un état affectif qui lui appartienne. Notre intention était de nous adapter à la réalité que ces groupes sont constitués de collègues de travail. Il est en effet beaucoup plus facile pour les thérapeutes de dévoiler leur vie, leur histoire personnelle et leurs vulnérabilités avec des personnes qu'ils ne côtoient pas dans d'autres contextes. Le fait de s'ouvrir devant des collègues que l'on retrouve dans toutes sortes de contextes de travail et avec qui l'on peut avoir une histoire chargée, est souvent vécu comme un conflit de rôle et provoque un malaise tangible.

Un guide de présentation de cas (voir Appendice A) était fourni pour répondre au besoin exprimé par plusieurs d'être rassuré par un cadre, mais il était en même temps répété que les présentations pouvaient être spontanées ou préparées selon une structure personnelle, autre que celle du guide de présentation, l'accent devant être mis sur les besoins des participants.

Animation et pédagogie

Les modalités de l'animation et les méthodes pédagogiques employées qu'il nous apparaît pertinent de rapporter pour décrire le processus de supervision de groupe seront maintenant abordées. Ces choix (règles de fonctionnement, contenu et pédagogie du groupe) ont été basés sur des hypothèses non vérifiées et il est évident que nous aurions pu choisir d'autres règles de fonctionnement qui auraient permis de travailler d'autres aspects pertinents et utiles à la pratique des intervenants.

En écrivant au tableau, la superviseure faisait l'exercice de systématiser les données cliniques et les exemples concrets d'interactions thérapeute-client présentés par le participant, à la manière du tableau de la Triade dynamique (voir Figure 1, page 147). À partir de ces données « mises en triade », la superviseure proposait au groupe de formuler une hypothèse de travail quant à la structure intrapsychique, et s'efforçait par ses interventions d'illustrer le monde intérieur, la sensibilité et les attitudes propres à chacune des structures. Des allers retours s'effectuaient entre des portions d'exposé théorique magistral et l'application concrète des notions au cas clinique présenté. Des suggestions d'interventions concrètes découlant de l'analyse clinique étaient couramment offertes pour faciliter la poursuite du travail thérapeutique, le plus souvent à travers le *modeling* de la superviseure qui tentait de profiter de ces occasions pour continuer à clarifier les concepts de structures intrapsychiques en soulignant comment le client risquait de réagir à une intervention ou l'autre compte tenu de sa subjectivité particulière.

Une place importante était accordée aux questions des participants et aux commentaires que ceux-ci pouvaient adresser au présentateur ou au groupe en général. Les échanges en groupe portaient principalement sur l'analyse clinique et le partage des impressions et sentiments contre-transférentiels. Des questions étaient adressées à la superviseure par un participant dans le but de valider une intervention déjà réalisée, ou qu'il projetait de faire.

Enfin, un exercice régulièrement proposé au groupe consistait à demander aux participants d'écouter la présentation de cas de leur collègue en portant attention à leurs propres réactions contre-transférentielles. Les participants étaient ensuite invités à les partager et la superviseure notait au tableau le contre-transfert des participants de même que le sien. L'analyse clinique de ces données portait sur la reconstitution de l'expérience affective interne dissociée du client à partir des diverses facettes révélées par ce « contre-transfert groupal », considérées comme un miroir potentiel de l'état affectif du client. Cette expérience que l'on supposait dissociée et que l'on reconstituait était conceptualisée comme se trouvant au cœur de l'impasse thérapeutique. L'étape finale de cet exercice consistait à formuler et suggérer une intervention dans laquelle était directement transposée la synthèse du contre-transfert du groupe.

Le style d'animation combinait donc l'enseignement magistral, le *modeling* d'interventions et le dévoilement du contre-transfert de la superviseure, et les échanges en groupe. Le jeu de rôle a été utilisé mais de façon exceptionnelle. La stratégie

pédagogique de la superviseure était de demander d'abord aux participants ce qu'ils voyaient eux-mêmes dans les données présentées et de les laisser interagir avant d'intervenir. Cependant, compte tenu du niveau de développement du processus de groupe qui demeurait somme toute de courte durée, et que le niveau de maîtrise des participants dans l'approche Masterson ne pouvait pas devenir élevé dans ce contexte, les interventions de la superviseure dans le rôle d'expert prenaient nettement plus de place et avaient plus de poids. Par exemple, les efforts des participants, à l'invitation de la superviseure, pour générer eux-mêmes des suggestions d'intervention selon les techniques de l'approche enseignée sont demeurées rares comparativement au *modeling* offert par la superviseure, apparemment selon le vœu des participants eux-mêmes.

Soutien émotionnel des participants

La perception de la superviseure est d'avoir focalisé en alternance sur les besoins thérapeutiques du client présenté en supervision et sur les besoins émotionnels du thérapeute supervisé en se faisant tour à tour l'interprète et le porte-parole de la subjectivité du client et de la technique thérapeutique, et en agissant comme contenant et régulateur externe du contre-transfert du thérapeute. On pense en particulier aux besoins de régulation narcissique du thérapeute, qui sont exacerbés dans le contact avec le client qui a un trouble de la personnalité, et qui peuvent l'être dans le rapport avec le superviseur, à cause notamment de l'idéalisation et de la crainte d'être jugé par une autorité experte.

Le superviseur doit concilier les besoins personnels du thérapeute et les besoins thérapeutiques du client, et peut parfois sentir que les deux sont en conflit. Par exemple, le thérapeute peut avoir besoin de trouver ou de retrouver un sentiment de compétence professionnelle, de faire valider qu'il est bon, qu'il a une bonne approche, etc., tout en ayant besoin de recevoir une critique constructive et d'intégrer un feedback correctif pour mieux aider son client ou ne pas lui nuire. Son besoin d'être rassuré par le superviseur peut être en conflit avec le besoin thérapeutique du client qui exigerait du superviseur qu'il montre au thérapeute comment sa position semble en réalité contre-transférentielle et anti thérapeutique, et qu'il lui suggère une autre approche. Un autre exemple de ce conflit se produit quand il serait opportun pour les besoins thérapeutiques du client que le thérapeute fasse une certaine intervention, mais que le rythme d'apprentissage de ce thérapeute ne lui permet pas encore de le faire pour le moment. Ou encore, ce peuvent être ses limitations personnelles qui ne lui permettent pas de faire cette intervention et un processus de croissance émotionnelle dans un autre contexte que la supervision de groupe serait nécessaire de sa part pour y arriver.

La stratégie consciente adoptée par la superviseuse a été de procéder aux interventions de supervision, c'est-à-dire nommer le contre-transfert et suggérer au thérapeute des interventions différentes, tout en essayant de soutenir son estime de soi et de ménager les susceptibilités. Cela pouvait se faire, par exemple, en validant et normalisant les difficultés relationnelles vécues avec le client, en soulignant les forces et les accomplissements du thérapeute avec ce même client, en offrant des interprétations

empathiques des passages à l'acte contre-transférentiels, ou en dévoilant un exemple personnel de la superviseure d'un contre-transfert ou d'une erreur semblable dans sa propre pratique. D'autres interventions faites régulièrement par la superviseure visaient la réduction de l'anxiété des participants. Par la normalisation du contre-transfert négatif même intense, l'exposition de ses propres erreurs, incertitudes dilemmes et difficultés dans son propre travail avec ses clients, et la rétroaction positive au sujet des initiatives et interventions rapportées par le participant, la superviseure tentait aussi de diminuer le niveau d'anxiété des participants dans le processus de supervision comme dans leur travail thérapeutique avec le client dont ils présentaient le cas.

Nous pensons que le processus deviendrait problématique et improductif si la superviseure communiquait l'exigence que le thérapeute se sacrifie systématiquement en mettant toujours les besoins thérapeutiques du client au devant de ses besoins personnels d'autorégulation, c'est-à-dire son impulsion à se défendre, se mettre à distance, exprimer de l'hostilité au client, éviter d'aborder les sujets essentiels mais émotionnellement chargés, se reconforter avec des clichés lénifiants, contrôler le client, etc. Le point d'équilibre n'est pas toujours évident à jauger, c'est-à-dire de déterminer la limite au delà de laquelle le superviseur risque d'exercer une pression irréaliste sur les participants, de manquer d'empathie et de tolérance et de se retrouver lui-même pris dans son contre-transfert et donc dans l'impossibilité d'assumer sa fonction de contenant pour le groupe. Notre choix comme superviseure a été d'adopter une attitude de responsabilité limitée

quant à l'évolution du processus clinique et de ne pas toujours prioriser les besoins du client par rapport à ceux des professionnels participants.

Discours idéologique véhiculé par la superviseure

La perception qu'a le thérapeute de ce que le client et lui-même devraient être en train de faire ou de ne pas faire dans le processus thérapeutique affecte le contre-transfert et peut créer des impasses comme elle peut aider à en résoudre. S'il comporte des attentes irréalistes, le discours qui prévaut dans certaines institutions peut influencer le contre-transfert en amplifiant la pression de performance et le sentiment d'échec du thérapeute. Par exemple, certains milieux encouragent la croyance que l'on devrait pouvoir régler des plans d'intervention complexes pour des problématiques multiples et chronicisées dans un très court laps de temps. La détresse contre-transférentielle peut être amplifiée quand le thérapeute se sent, à tort ou à raison, pris dans un dilemme éthique entre la perception qu'il se fait des attentes de l'employeur ou du cadre de pratique adopté par son établissement, et ce qu'il estime être son devoir de bien servir les besoins de la clientèle. Enfin, la superficialité de l'engagement affectif consenti par le thérapeute peut être encouragée par les structures de soins et le discours dominant dans son milieu de pratique, notamment le nihilisme thérapeutique et le stéréotype du client « manipulateur » et « peu motivé ».

Des interventions ont été faites régulièrement par la superviseure dans le but d'instiller une certaine culture d'intervention. Son discours, tout en s'inscrivant dans le

courant clinico-scientifique dominant de son champs d'expertise, pouvait parfois être dissonant par rapport à la culture professionnelle des milieux où se déroulaient les processus de supervision étudiés. La clientèle qui présente un trouble de personnalité est encore fortement associée aux impasses thérapeutiques dans la culture professionnelle au Québec. La superviseure validait la réalité de l'expérience vécue des intervenants d'avoir connu un très grand nombre d'impasses avec cette clientèle. Cependant, elle attribuait cette expérience au fait d'avoir utilisé des approches traditionnelles de psychothérapie ou des approches d'intervention n'ayant pas été spécifiquement développées pour les troubles de la personnalité. La perception des participants était donc validée, mais en même temps nuancée par l'information que cette clientèle répond bien aux approches spécialisées et que les données probantes s'accumulent en ce sens. La réputation de la clientèle d'être « manipulatrice » a été abordée plusieurs fois, entre autres quand les participants émettaient eux-mêmes ce jugement à l'endroit de leur client. La superviseure soulignait alors que les opérations défensives chez les personnes qui souffrent de troubles de la personnalité sont, règle générale, largement inconscientes. Le message véhiculé était qu'il est normal de ne pas pouvoir résoudre la totalité de la pathologie ou des problèmes du client dans leur contexte de travail, mais qu'on peut se satisfaire de faire pour le mieux avec le temps et les ressources dont on dispose et que d'intervenir de manière plus adaptée à la clientèle maximise les gains que l'on peut espérer à court terme.

L'organisation du travail, selon les milieux, favorise plus ou moins l'individualisme et accorde plus ou moins de place aux besoins de soutien émotionnel et de partage des thérapeutes qui travaillent avec des cas difficiles. Les réactions de honte et de peur du jugement sont loin d'être rares, comme si les thérapeutes entretenaient collectivement la croyance qu'ils devraient, parvenus à un certain niveau de compétence et d'expérience, se débrouiller seuls. Le message qui était véhiculé dans les groupes de supervision était que la « régulation dyadique », un processus analogue à celui du client qui fait contenir ses affects douloureux par le thérapeute, est également un besoin normal et légitime pour le thérapeute et un outil nécessaire au succès et au confort relatif dans ce type de travail. La superviseuse soulignait à maintes reprises qu'il est normal de vivre de la détresse dans le travail avec la clientèle souffrant de troubles sévères de la personnalité et d'avoir besoin de l'aide et du soutien des collègues. Les participants recevaient du renforcement positif quand ils rapportaient s'être consultés et entr aidés en dehors des rencontres, et ils étaient encouragés à le faire.

Enfin, la supervision véhiculait la croyance que plusieurs impasses sont prévenues du simple fait que le thérapeute, durant les entretiens avec le client, travaille autant sur l'observation et l'autorégulation interne du contre-transfert qu'en adressant des interventions au client.

Méthode quantitative

Dans cette section nous rapportons les caractéristiques des participants du groupe expérimental et du groupe témoin et nous retraçons la démarche quantitative utilisée en décrivant les instruments de mesure des variables dépendantes et des variables contrôle, les procédures de recrutement et le déroulement de l'expérience.

Participants

Participants du groupe expérimental

Sélection des participants.

Recrutement. Les participants ont été recrutés à l'intérieur de quatre groupes de supervision clinique animés par l'étudiante-chercheuse dans divers organismes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec¹. Ces groupes de supervision font partie des activités régulières de ces milieux. Des professionnels y participent sur une base volontaire, bien que ce soit dans le cadre de leur travail rémunéré. Les groupes de supervision dans lesquels nous avons recruté nos participants n'étaient donc pas mis sur pied spécifiquement aux fins de la recherche et étaient organisés conformément aux usages courants.

¹ Nous tenons à remercier les organismes publics et les professionnels qui ont accepté de prêter leur concours à la constitution des groupes expérimentaux et du groupe témoin.

Les intervenants qui faisaient partie de ces groupes à titre de supervisés et qui étaient susceptibles de participer à la recherche sont des professionnels qui interviennent directement auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité. Ils peuvent être membres d'un ordre professionnel accréditant la psychothérapie (psychologue, travailleur social, infirmière, médecin, conseiller d'orientation ou psychoéducateur), ou en bonne voie de l'être. Certains peuvent ne pas être admissibles à ces ordres professionnels, mais effectuer, au sein de la même équipe, un travail équivalent à celui de leurs collègues membres d'ordres professionnels. La participation à l'étude était offerte sur une base volontaire et bénévole à tous les professionnels inscrits à ces groupes de supervision.

Critères d'exclusion. Un premier critère d'exclusion était que le participant potentiel sache d'avance qu'il n'allait pas être disponible pour toute la période d'environ quinze mois prévue pour les activités du groupe de supervision et la collecte de données. Le second critère d'exclusion était d'avoir été exposé préalablement à une supervision clinique substantielle dans l'approche Masterson.

Sélection des cas présentés en supervision. Puisque l'on étudiait la relation entre les professionnels supervisés et leurs clients, ces derniers étaient indirectement participants à l'étude même si aucune mesure ni observation n'était prise directement auprès des clients dont les cas étaient présentés dans les groupes de supervision. Afin de s'assurer que les clients dont le suivi était discuté dans le groupe de supervision

présentaient bien un trouble de la personnalité, la superviseure évaluait avec le supervisé, à chaque présentation d'un nouveau cas, si le client répondait ou non aux critères diagnostiques généraux d'un trouble de la personnalité selon le DSM-IV.

On demandait également aux supervisés de ne pas choisir un client souffrant de syndrome de stress post-traumatique compte tenu des réactions contre-transférentielles intenses que cette condition tend à induire. Enfin, on leur demandait de ne pas choisir un client qui serait atteint d'une maladie psychotique, car le traitement approprié serait alors très différent de la thérapie de Masterson. Ces deux diagnostics étaient également éliminés par la superviseure lors de la présentation d'un nouveau cas en supervision. Tous les cas présentés par les participants ont été d'emblée conformes à tous ces critères.

Caractéristiques de l'échantillon

Groupes de supervision. Vingt-six professionnels ont participé à l'un des quatre groupes de supervision qui ont pris place dans des institutions du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il s'agit de trois Centres de Santé et de Services Sociaux et d'un Centre Jeunesse situés dans la région de Montréal. Les processus de supervision de groupe se sont déroulés sur une période variant entre dix et quinze mois entre décembre 2006 et avril 2008 et ont comporté de dix à quinze rencontres de trois heures. L'intervalle de temps écoulé entre les rencontres était à peu près égal. Le tableau 1 présente les caractéristiques des groupes de supervision. En considérant le ratio entre le nombre de rencontres et le nombre de participants dans le groupe, on peut conclure que

les participants des quatre groupes expérimentaux avaient à peu près le même temps pour présenter et discuter de leurs cas.

Participants du groupe expérimental. Des vingt-six participants inscrits aux groupes de supervision, vingt-cinq professionnels ont accepté de participer à l'étude. Neuf personnes se sont désistées après le pré-test, et finalement seize participants ont complété l'ensemble des étapes de la collecte de données. Les participants sont douze femmes et quatre hommes âgés entre 24 et 56 ans. La moyenne d'âge est de 43,4 ans et la médiane est 42,5 ans. Le nombre de leurs années d'expérience varie entre 3 et 30, avec une moyenne de 15,4 ans et une médiane de 16. Le lecteur trouvera des informations supplémentaires sur les participants du groupe expérimental à l'Appendice B. Le tableau 7 présente la distribution des thérapeutes participants relativement au diplôme principal. Également à l'Appendice B, les tableaux 8, 9 et 10 résument certaines caractéristiques des milieux de travail des participants et du type d'intervention qu'ils pratiquent.

Tableau 1

Caractéristiques des groupes de supervision

	Durée du processus (en mois)	Nombre de rencontres	Nombre de participants	Ratio rencontres/participants
CSSS 1	10	12	7	1,7
CSSS 2	10	10	5	2,0
CSSS 3	13	15	10	1,5
CJ	15	10	4 ¹	2,5

¹ Quatre chefs de service participaient à toutes les supervisions de groupe et étaient les seuls à présenter des cas. Cependant, d'autres intervenants étaient invités à participer aux rencontres de supervision selon le cas qui était présenté, ce qui fait que le groupe comptait entre 6 et 7 personnes. Nous n'avons pas comptabilisé les invités car ces personnes n'assistaient pas à toutes les rencontres et ne pouvaient pas participer à la recherche en cours.

Formation préalable des participants dans le domaine des troubles de la personnalité. Au moins quinze des seize participants du groupe expérimental ne possédaient pas de formation spécifique substantielle sur la psychothérapie ou l'intervention auprès de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité, ni n'avait reçu préalablement de supervision étendue portant spécifiquement sur cette problématique. Un participant n'a pas précisé la durée des formations et des supervisions qu'il a suivies mais mentionne une activité spécifiquement sur les troubles de la personnalité.

Psychothérapie personnelle des participants. Six participants de l'échantillon n'avaient aucune expérience de psychothérapie personnelle, alors que les dix autres avaient fait une (n=3), deux (n=2), trois (n=4) ou quatre (n=1) démarches personnelles de psychothérapie. La très grande majorité de ces démarches (18/23) étaient de la psychothérapie individuelle, plus rarement de la psychothérapie de groupe (2/23), de couple (2/23) ou de la thérapie familiale (1/23). Les démarches de thérapie personnelle des participants ne sont pas toutes comparables en durée et en intensité. Certaines n'ont pas duré plus de trois mois (n=3) et d'autres approximativement six mois (n=3). Six de ces démarches ont duré environ un an, six autres environ deux ans et trois ont duré respectivement trois, cinq et sept ans. L'intensité des démarches varie également avec des fréquences de deux fois semaine (n=3), une fois semaine (n=15), et aux deux semaines (n=3). Certaines démarches plus longues peuvent débiter avec une fréquence hebdomadaire pour ensuite passer aux deux semaines (n=2), voire au mois (n=1).

Participants du groupe témoin.

Caractéristiques de l'échantillon. La participation au groupe témoin était offerte sur une base volontaire et bénévole à l'ensemble des intervenants d'un centre public de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes d'une région semi-rurale du Québec. Onze personnes ont accepté de participer à l'étude, et huit d'entre elles ont complété toutes les étapes de la collecte de données.

Les participants sont sept femmes et un homme âgés entre 30 et 58 ans. La moyenne d'âge est de 40,4 ans et la médiane est 38,5 ans. Le nombre de leurs années d'expérience varie entre 4 et 26, avec une moyenne de 15,4 ans et une médiane de 16,5. La distribution de l'âge et de l'expérience professionnelle est pratiquement identique à celle du groupe expérimental.

Comparativement aux intervenants du groupe expérimental dont 13 sur 16 pouvaient être éligibles à faire partie d'un ordre professionnel accréditant la psychothérapie, c'est le cas pour seulement trois des huit participants du groupe témoin. Avant d'être employés par le centre de réadaptation, quatre intervenants du groupe témoin avaient travaillé en Centre Jeunesse, un en centre de crise et un autre dans les services d'accueil et de santé mentale d'un CLSC. Enfin, les participants des deux groupes ne semblent pas présenter de différences notables quant aux formations continues qu'ils ont suivies ni à l'histoire de psychothérapie personnelle. Les tableaux 11 et 12 peuvent être consultés à l'Appendice C. Le tableau 11 présente la distribution des

thérapeutes du groupe témoin relativement au diplôme principal. Le tableau 12 résume le type d'intervention qu'ils pratiquent auprès de leur clientèle de personnes aux prises avec une dépendance aux substances ou au jeu pathologique.

Critères d'exclusion. Les critères d'exclusion étaient les mêmes que pour le groupe expérimental, c'est-à-dire que le participant potentiel sache d'avance qu'il n'allait pas être disponible pour toute la période d'environ un an prévue pour la collecte de données, et qu'il ait été exposé préalablement à une supervision clinique substantielle dans l'approche Masterson.

Instruments de mesure

Le volet quantitatif de la présente étude suit un plan expérimental, les participants étant assignés au hasard dans le groupe de supervision ou le groupe témoin. La variable indépendante est le processus de supervision de groupe centré sur les concepts de base de Masterson et sur le contre-transfert¹.

Variables dépendantes

Des instruments psychométriques ont été administrés en pré-test et en post-test aux groupes de supervision et au groupe témoin afin de mesurer les effets de la supervision sur les variables dépendantes suivantes : l'attitude générale envers la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité ; le contre-transfert éprouvé envers les clients présentés

¹ Voir la section « Description de la supervision à l'étude » à la page 174

en supervision ; l'anxiété situationnelle dans le contexte du travail avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Pour chacun des instruments, nous avons effectué la transformation des données brutes conformément aux consignes de leurs auteurs respectifs.

Mesure de l'attitude des supervisés envers la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Nous avons mesuré l'attitude et les sentiments des supervisés envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité au moyen du « Attitude to Personality Disorders Questionnaire » (APDQ) de Bowers et Allan (2006). Cet instrument récent possède une cohérence interne et une fidélité test re-test excellentes et sa structure factorielle a été confirmée (Bowers & Allan, 2006). Le questionnaire comprend 37 items représentant des sentiments positifs et négatifs qui sont communément éprouvés par le personnel infirmier à l'égard des clients qui présentent un trouble de la personnalité. Ces items sont cotés sur une échelle de type Likert. L'échelle exprime la fréquence avec laquelle le sentiment est ressenti, allant de 1 (« jamais ») à 6 (« toujours »). Une cote partielle est obtenue pour chacun des cinq facteurs de l'APDQ en additionnant les réponses (jamais = 1, rarement = 2, etc.) aux énoncés qui composent le facteur et en calculant la moyenne. Le pointage de tous les énoncés impliquant des sentiments négatifs doit d'abord être inversé. Enfin, un score total est calculé en additionnant les scores de chacun des facteurs.

L'APDQ, de même que tous les instruments en langue anglaise pour lesquels on ne dispose pas d'une traduction française validée pour la population québécoise, a été traduit en français pour la présente recherche. La méthode de double traduction qui est couramment utilisée en recherche en psychologie a été appliquée. L'instrument a été traduit en français, puis à nouveau traduit en anglais, et finalement retraduit en français. La première traduction française a été effectuée par la chercheuse principale, alors que la traduction anglaise et l'autre traduction française ont été réalisées par des traducteurs professionnels.

L'APDQ est le premier, et à notre connaissance le seul instrument psychométrique destiné à mesurer l'attitude globale des professionnels envers les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité. Le construit se compose de cinq facteurs. Le facteur « Plaisir vs Répugnance » comporte 15 items et réfère à l'attitude chaleureuse, aux sentiments affectueux, et à l'intérêt éprouvé pour les contacts avec les patients. Le facteur « Sécurité vs Vulnérabilité » est composé de 10 items. Il renvoie aux peurs, aux anxiétés et à l'impuissance. Le facteur « Acceptation vs Rejet », qui compte cinq items, synthétise la colère éprouvée envers les patients et l'impression d'être différent d'eux. Les trois items du facteur « Motivation vs Futilité » concernent le pessimisme. Enfin, le facteur « Épuisement vs Enthousiasme » rend compte des sentiments de frustration et d'épuisement. Il comporte deux items (Bowers & Allan, 2006).

Depuis son introduction, l'APDQ a été utilisé dans des études descriptives en santé

mentale communautaire (Webb & McMurrin, 2007) et en psychiatrie légale (Carr-Walker, Bowers, Callaghan, Nijman, & Paton, 2004; Purves & Sands, 2009). Il a également été mis à contribution dans plusieurs études portant sur la relation entre les comportements conflictuels ou violents des patients hospitalisés en soins psychiatriques aigus, l'attitude du personnel envers les patients et les réactions émotionnelles du personnel aux comportements des patients (J. A. Baker, Bowers, & Owiti, 2009; Bowers, 2009; Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2007; Bowers et al., 2009; Bowers, Brennan, Flood, Lipang, & Oladapo, 2006; Bowers et al., 2010). La traduction française de l'APDQ se trouve à l'Appendice D.

Mesure du contre-transfert des supervisés. Nous avons mesuré l'attitude et les sentiments des supervisés à l'égard des clients particuliers qu'ils présentent et dont ils suivent l'évolution dans le groupe de supervision à l'aide de la traduction française du test « Countertransference Questionnaire » (CTQ) de Zittel et Westen (2003). La méthode de traduction est la même que celle utilisée pour l'ADPQ et décrite à la page 203 Le CTQ est une mesure cotée par le clinicien qui vise le contre-transfert défini au sens large, c'est-à-dire la gamme des réponses cognitives, affectives et comportementales que les thérapeutes ont à l'égard de leurs clients. Le CTQ démontre une bonne validité prédictive et de critère (Betan, et al., 2005).

Parmi les instruments de mesure du contre-transfert, le CTQ est le seul qui appréhende le contre-transfert défini au sens large et qui englobe également le contre-

transfert positif (Betan & Westen, 2009). Parce qu'il a été développé par des spécialistes des troubles de la personnalité dans le but de faire de la recherche clinique auprès de cette clientèle (Betan, et al., 2005), il est particulièrement bien adapté à l'étude du contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. Un autre avantage que Betan et ses collègues (2005) ont démontré est que la cotation du CTQ n'est pas biaisée par l'orientation théorique du thérapeute.

Les 79 items du CTQ expriment des états affectifs vécus à l'égard d'un client souffrant d'un trouble de la personnalité que le thérapeute cote sur une échelle de type Likert allant de 1 (« pas vrai du tout ») à 6 (« très vrai »). Ils se regroupent en huit facteurs cohérents sur les plans conceptuel et clinique. Le facteur « Critiqué/Maltraité » regroupe 18 items. Il décrit le sentiment de ne pas être apprécié, d'être mis à l'écart ou dévalorisé par le client. Le facteur « Impuissant/Inadéquat », composé de neuf items, capte les sentiments d'inadéquation, d'incompétence, de désespoir et d'anxiété. Le facteur « Submergé/Désorganisé », qui comporte aussi neuf items, implique le désir d'éviter le client ou de lui échapper et de forts sentiments négatifs incluant la peur, la répulsion et le ressentiment. Le facteur « Positif/Satisfaisant » est formé de huit items. Il concerne l'expérience d'une alliance de travail positive et d'un sentiment de proximité dans le lien avec le client. Le facteur « Parental/Protecteur » comprend six items. Il rend compte du désir de protéger et de prendre soin du client à la manière d'un parent et au-delà de sentiments positifs normaux pour le client. Le facteur « Exceptionnel/Enchevêtré » regroupe cinq items évaluant à quel point le thérapeute

trouve le client exceptionnel par rapport aux autres clients ainsi que des signes mineurs de difficultés à maintenir les frontières. Le facteur « Sexualisé » décrit des émois sexuels envers le client ou des expériences de tension sexuelle et est composé de cinq items. Enfin, les quatre items du facteur « Désengagé » dépeignent les expériences de distraction, de retrait, de contrariété ou d'ennui durant les séances. Un score pour chaque facteur est obtenu en calculant la moyenne des cotes des items associés au facteur.

Cependant, le CTQ demeure très peu utilisé à ce jour. Betan et collaborateurs (2005) ont montré dans une étude qu'une constellation contre-transférentielle typique peut être associée aux clients narcissiques. Une forme adaptée de ce test pour les adolescents a été utilisée dans une étude portant sur le contre-transfert et les variables du thérapeute, du client et du traitement dans le contexte de la thérapie de troubles alimentaires (Satir, Thompson-Brenner, Boisseau, & Crisafulli, 2009). La traduction française du CTQ comportant la consigne pour le groupe expérimental se trouve à l'Appendice E.

Mesure de l'anxiété situationnelle. L'échelle « état » du State-Trait Anxiety Inventory, Form Y1 (STAI-Y1) (Spielberger, 1983) a servi à mesurer l'anxiété vécue par le supervisé dans son travail d'intervention avec sa clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité.

L'anxiété situationnelle est définie comme un « état » émotionnel transitoire qui varie d'une situation à l'autre. Ce concept renvoie à comment les gens se sentent à un moment particulier dans le temps. L'état émotionnel d'anxiété se caractérise par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité et d'inquiétude. Il peut aussi inclure des manifestations physiologiques de l'activation du système nerveux autonome, par exemple la sudation des mains (Spielberger, 1983).

Le STAI-Y1 est l'un des tests psychométriques les plus utilisés et a été traduit et validé dans des dizaines de langues à travers le monde. Il possède d'excellentes qualités psychométriques. Selon plusieurs études, le STAI-Y1 aurait une structure factorielle exceptionnellement stable, une validité de construit et une validité concomitante (Spielberger & Vagg, 1984).

L'échelle d'anxiété situationnelle du STAI-Y1 comporte 20 énoncés à coter sur une échelle de type Likert en quatre points variant de « pas du tout » à « beaucoup ». Pour obtenir un score total, les données brutes sont transformées en additionnant les réponses à chacun des énoncés (pas du tout = 1, un peu = 2, etc.) et en inversant les cotes des énoncés suivant : 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 et 20.

Pour la présente étude, nous avons utilisé la traduction française validée au Québec du STAI-Y1, l'Inventaire d'anxiété situationnelle (IASTA-Y1) (Gauthier & Bouchard, 1993). Les analyses portant sur la fidélité et la validité de construit du

IASTA-Y1 démontrent que les qualités psychométriques de la traduction française sont comparables à celles du STAI-Y1 pour ce qui est de la cohérence interne et de la validité de construit (Gauthier & Bouchard, 1993). La consigne a été légèrement modifiée pour clarifier au participant qu'il doit répondre en se concentrant spécifiquement sur comment il se sent en relation avec son travail d'intervention auprès de la clientèle qui présente un trouble de la personnalité. Ce questionnaire se trouve à l'Appendice F.

Variables contrôlé

Un questionnaire sociodémographique ainsi que deux instruments psychométriques supplémentaires ont été administrés afin de contrôler l'effet possible sur les variables dépendantes de certaines caractéristiques personnelles du thérapeute. Ces instruments psychométriques ont été administrés aux participants du groupe expérimental et du groupe témoin, en pré-test et en post-test. Nous avons fait passer le questionnaire sociodémographique uniquement lors du pré-test.

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire élaboré spécialement pour ce projet (voir Appendice G) comporte neuf questions, dont sept à développement. Son but est de recueillir des informations sociodémographiques, et des informations sur certaines variables pouvant affecter les variables dépendantes : le contexte actuel de travail, le niveau d'expérience professionnelle, le type de formation générale et l'histoire de formation continue et de supervision clinique, l'histoire des relations intimes et les

expériences de psychothérapie personnelle. Une seule passation a été effectuée lors du pré-test.

Mesure du narcissisme sain et pathologique des supervisés.

Échelle d'estime de soi de Rosenberg. Parmi les mesures de l'estime de soi globale, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1989) est de loin l'Instrument le plus utilisé et le plus analysé auprès de populations variées (R. W. Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001). Le concept d'estime de soi globale représente pour Rosenberg une partie du concept de soi. L'estime de soi élevée serait un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. L'estime de soi élevée impliquerait un respect inconditionnel de soi, c'est-à-dire indépendant de la congruence entre les standards personnels de compétence, de moralité et d'excellence, et les sentiments d'accomplissement à l'égard de ces standards (Vallières & Vallerand, 1990).

Nous avons utilisé la traduction française validée au Québec de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Vallières & Vallerand, 1990) (voir Appendice H). Il s'agit d'une échelle de type Guttman en dix items. La version québécoise possède des qualités psychométriques comparables à celles de la version anglaise en ce qui a trait à la cohérence interne, la structure factorielle, la validité de construit et la fidélité test re-test (Vallières & Vallerand, 1990).

On obtient une cote globale pour l'échelle d'estime de soi de Rosenberg en additionnant les réponses à chacun des énoncés (tout à fait en désaccord = 1, plutôt en désaccord = 2, etc.). La cote d'évaluation est inversée pour les énoncés formulés négativement (énoncés 3, 5, 8, 9 et 10).

Inventaire de personnalité narcissique. Le *Narcissistic Personality Inventory*, (Raskin & Terry, 1988), ou NPI-40, mesure le narcissisme pathologique. Ce construit est un complexe de traits et de dynamiques de personnalité impliquant un sens de soi à la fois grandiose et fragile, la prétention aux gratifications et des exigences de succès et d'admiration (Ames, Rose, & Anderson, 2006). Il comporte 40 paires d'énoncés dichotomiques, le sujet devant choisir un des deux énoncés de la paire, distribués en sept facteurs : autorité, exhibitionnisme, supériorité, prétention, exploitation interpersonnelle, autosuffisance et vanité. Certaines études suggèrent cependant que le NPI-40 mesurerait en fait un amalgame de dimensions saines et de dimensions pathologiques du narcissisme (Watson & Morris, 1991). Le NPI-40 est néanmoins l'instrument le plus largement utilisé pour la mesure du narcissisme depuis son introduction en 1979 par Raskin et Hall, et il a généré une somme impressionnante d'études de validation et de fiabilité (del Rosario & White, 2005; Kubarych, Deary, & Austin, 2004; Rhodewalt & Morf, 1995).

Afin d'alléger la tâche des participants, nous avons utilisé pour la présente étude le NPI-16, une forme récente, plus courte, mais mesurant les mêmes construits que le NPI-40 et possédant des qualités psychométriques comparables (Ames, et al., 2006). Le NPI-

16 ne comporte que seize des quarante paires d'énoncés dichotomiques du NPI-40. Cet instrument a fait l'objet de six études ayant démontré sa validité de construit, discriminante, interne et prédictive, de même que sa fidélité test re-test (Ames & Kammrath, 2004; Ames, et al., 2006).

La méthode de traduction est la même que celle utilisée pour l'ADPQ et le CTQ, qui est décrite à la page 203. Pour coter le NPI-16, il s'agit d'attribuer une cote à chaque paire d'énoncés selon que l'énoncé choisi par le participant fait partie ou non de la liste des réponses narcissiques. Si c'est le cas, la cote attribuée est de un. Elle est de zéro si le participant a choisi l'autre énoncé de la paire. Nous avons suivi la liste établie par les auteurs (Ames, et al., 2006). Une cote globale est obtenue en additionnant les cotes de chacune des paires, et représente donc le nombre de réponses narcissiques du sujet. La traduction française du NPI-16 se trouve à l'Appendice I.

Déroulement de l'expérience

Groupe expérimental

L'animation du groupe de supervision a été assurée par la chercheuse principale qui possédait onze années d'expérience dans l'animation du type de supervision à l'étude. Cette expérience avait été acquise dans des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux et auprès de psychothérapeutes exerçant en profession libérale.

Prise de contact. Les chefs de programme des quatre institutions participantes se sont chargés de présenter sommairement le projet de recherche à l'aide du feuillet d'information (voir Appendice J) en même temps que la supervision de groupe aux participants potentiels avant que la chercheuse principale ne leur donne de plus amples informations. Il était entendu que leur refus de participer à la recherche n'affectait en rien leur possibilité de participer au groupe de supervision offert par l'employeur. Par la suite, la chercheuse principale s'est rendue sur place pour donner des informations complètes, répondre aux questions et distribuer les formulaires de consentement (voir Appendice J) devant être envoyés confidentiellement à l'agente de liaison dans des enveloppes adressées et affranchies.

Pré-test. Une séance de psychométrie préalable à la première rencontre de supervision a été organisée pour les participants à la recherche de chacun des quatre groupes de supervision. Longue d'une heure, elle s'est déroulée sur le lieu de travail des participants. Afin de maintenir la confidentialité des supervisés, la superviseure-chercheuse devait ignorer qui, parmi les supervisés, participait ou non à l'étude. C'est donc une assistante de recherche qui a procédé à la passation des instruments psychométriques du pré-test, soit le IASTA Y-1 et Y-2, l'échelle de Rosenberg, la traduction française du NPI-16 et la traduction française du APDQ. Les questionnaires suivants ont été distribués aux participants lors de cette séance : le questionnaire sociodémographique et quatre copies de la traduction française du « Countertransference

Questionnaire ». Ils devaient être complétés à la maison à divers moments du processus de supervision et renvoyés à l'agente de liaison.

Le questionnaire sociodémographique prend environ une heure et demie à remplir, le questionnaire sur le contre-transfert environ 40 minutes. Les participants recevaient la consigne de remplir un premier questionnaire sur le contre-transfert en pensant au client qu'ils choisiraient de présenter et de suivre dans le groupe de supervision. On leur demandait de renvoyer ces deux questionnaires à l'agente de liaison dans les trois semaines suivantes.

Durant le processus de supervision de groupe, on demandait aux participants de remplir à nouveau le même questionnaire sur le contre-transfert s'ils présentaient un nouveau client au groupe de supervision : un questionnaire à propos de l'ancien client, et un questionnaire à propos du nouveau client que le participant commençait à présenter au groupe. Finalement, à la fin du processus de supervision, on demandait aux participants de remplir et de renvoyer le questionnaire sur le contre-transfert à propos du dernier client présenté. Les questionnaires remplis étaient acheminés à l'agente de liaison dans les enveloppes adressées et affranchies qu'on leur avait fournies et dont ils pouvaient demander des copies supplémentaires à tout moment.

Post-test. À la fin du processus de supervision de groupe, une séance de psychométrie identique à la première a été organisée pour une deuxième passation des

mêmes cinq questionnaires portant sur l'anxiété, l'estime de soi et le narcissisme, et sur les attitudes envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité. Pour accommoder leurs horaires, certains participants ont été rencontrés individuellement sur leur lieu de travail à un autre moment que celui de la séance de groupe.

Groupe témoin

Prise de contact. Les participants pressentis pour participer au groupe témoin sont des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux impliqués dans le suivi de certains clients pouvant présenter un trouble de la personnalité. Ils étaient tous employés dans divers points de service d'un centre québécois de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. L'ensemble du personnel, soit une trentaine de personnes, a été invité à participer bénévolement à l'étude après un premier contact établi par la chercheuse principale avec leur supérieur immédiat. La prise de contact s'est faite à l'aide du feuillet d'information (voir Appendice K).

Une rencontre d'information animée par la chercheuse principale a ensuite eu lieu à l'occasion d'une réunion d'équipe réunissant l'ensemble du personnel de tous les points de service de l'établissement. La chercheuse a procédé à la lecture du feuillet d'information tout en donnant des explications et en répondant aux questions des participants, notamment sur la sélection du client pour le questionnaire sur le contre-transfert. Les formulaires de consentement ont également été distribués avec une enveloppe adressée et affranchie.

Pré-test. La passation du questionnaire sociodémographique, du questionnaire sur le contre-transfert et des cinq questionnaires portant sur l'anxiété, l'estime de soi et le narcissisme, et sur les attitudes envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité a été réalisée par envoi postal. Une enveloppe adressée et affranchie dans laquelle les participants devaient renvoyer les questionnaires à la chercheuse principale dans les dix jours suivants était incluse dans l'envoi. Afin d'aider les participants à sélectionner un client pour remplir le questionnaire sur le contre-transfert, la liste des critères diagnostiques généraux du DSM-IV se trouvait également dans cet envoi (voir Appendice L). Enfin, l'envoi contenait un deuxième exemplaire du questionnaire sur le contre-transfert dans une deuxième enveloppe adressée et affranchie, à remplir advenant la fin du suivi avec le client sélectionné ou au plus tard au moment du post-test. Les adaptations des consignes données aux participants du groupe témoin pour remplir le CTQ au pré-test et au post-test se trouvent à l'Appendice E. Les participants étaient invités à communiquer avec la chercheuse principale pour toute question ou tout besoin d'assistance pouvant se manifester lors de la complétion des questionnaires.

Cinq mois après l'envoi postal, les participants ont reçu une lettre leur rappelant que nous allions les contacter trois mois plus tard pour procéder au post-test cinq mois plus tard environ, et leur rappelant la consigne de remplir et de renvoyer le questionnaire sur le contre-transfert si jamais le suivi avec leur client sélectionné s'était terminé et que ce n'était pas déjà fait.

Post-test. Huit mois après l'envoi postal du pré-test, un second envoi postal a été adressé à tous les participants. Si le deuxième questionnaire sur le contre-transfert n'avait pas encore été renvoyé parce que le suivi avec le client sélectionné se poursuivait, c'est à cette occasion que le participant le complétait. Cette deuxième passation était identique au post-test du groupe expérimental, c'est-à-dire identique au pré-test à ceci près que le questionnaire sociodémographique n'était pas complété une deuxième fois. Une consigne a été ajoutée au CTQ pour le post-test du groupe témoin (voir Appendice E); on demandait au participant de préciser s'il avait reçu de la supervision pour le client choisi au cours de la période de sa participation à la recherche.

Résultats quantitatifs

Dans ce chapitre, nous présentons les analyses statistiques de type descriptif et inférentiel qui ont été appliquées aux données, et nous en exposons les résultats.

Analyse des données

Pour l'analyse de plans expérimentaux comparant un pré-test et un post-test, Gliner et ses collaborateurs (Gliner, Morgan, & Harmon, 2003) déconseillent l'approche qui consiste à comparer séparément à l'intérieur de chaque groupe la différence entre le pré-test et le post-test et de conclure que le traitement a été efficace si le groupe expérimental est significatif et que le groupe témoin ne l'est pas. Une approche utilisant les scores de différence serait préférable. On les obtient en soustrayant les cotes du pré-test à celles du post-test à l'intérieur de chacun des groupes. Un test d'hypothèse est ensuite utilisé pour déterminer si les moyennes de cette nouvelle variable « différence » sont équivalentes pour le groupe expérimental et le groupe témoin. Nous avons choisi le Mann-Whitney pour échantillons indépendants. Le choix de ce test se justifie par la faible taille de notre échantillon et les caractéristiques de nos mesures. Les tests non paramétriques sont en effet recommandés pour les très petits échantillons, de taille comprise entre 5 et 20 (S. B. Green & Salkind, 2008). Avant de procéder à ces analyses nous avons testé l'équivalence du groupe expérimental et du groupe témoin au moment du pré-test en appliquant un test t sur la différence entre deux moyennes pour échantillons indépendants.

Présentation des résultats

Analyses statistiques

Pour vérifier l'équivalence du groupe expérimental et du groupe contrôle au pré-test, nous avons utilisé un test d'hypothèse sur la différence des moyennes pour échantillons indépendants. Les résultats apparaissent au tableau 2.

Tableau 2

Différence des moyennes du groupe expérimental et du groupe contrôle au pré-test

Variable	<i>t</i>	<i>dl</i>	Sig (bilatérale)	Différence moyenne
Critiqué/Maltraité (CTQ)	-1,13	20	0,27	-4,05
Impuissant/Inadéquat (CTQ)	-1,67	20	0,11	-4,93
Positif/Satisfaisant (CTQ)	2,35	20	0,03*	5,39
Parental/Protecteur (CTQ)	-0,07	20	0,95	-0,11
Submergé/Désorganisé (CTQ)	-0,99	20	0,34	-1,54
Exceptionnel/Enchevêtré (CTQ)	-1,44	20	0,17	-1,59
Sexualisé (CTQ)	-1,13	20	0,27	-0,73
Désengagé (CTQ)	-1,57	20	0,13	-2,38
Plaisir vs Répugnance (APDQ)	-0,36	22	0,72	-1,19
Sécurité vs Vulnérabilité (APDQ)	0,76	22	0,45	1,81
Acceptation vs Rejet (APDQ)	-0,63	22	0,53	-0,88
Motivation vs Futilité (APDQ)	0,27	22	0,79	0,31
Épuisement vs Enthousiasme (APDQ)	1,61	22	0,12	0,75
IASTA-Y1	-0,47	22	0,64	-0,69
Rosenberg	-1,78	22	0,09	-1,25
NPI-16	-0,58	22	0,57	-1,75

* $p < 0,05$.

Les deux groupes sont équivalents pour l'ensemble des variables dépendantes et des variables contrôle à l'exception du facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ. La moyenne obtenue par le groupe témoin au pré-test est significativement supérieure à celle du groupe expérimental pour cette variable. Les participants du groupe témoin exprimaient au départ une alliance de travail plus positive et un plus grand sentiment de proximité avec le client que ne l'ont fait les participants du groupe expérimental.

Les valeurs exactes des moyennes et des écarts type obtenus par le groupe expérimental et le groupe contrôle, au pré-test et au post-test, pour chacune des variables dépendantes sont présentées ci-dessous à l'aide des tableaux 3 à 5. Le tableau 3 présente les résultats obtenus pour les variables représentant les cinq facteurs de l'APDQ. Le tableau 4 présente les résultats obtenus pour les variables représentant les huit facteurs du CTQ. Le tableau 5 présente les résultats obtenus pour les variables correspondant aux cotes globales du NPI-16, du Rosenberg et du IASTA-Y1.

Les figures 11 à 23 apparaissent à l'Appendice M. Elles présentent sous une forme graphique l'évolution des moyennes obtenues par le groupe expérimental et le groupe témoin, au pré-test et au post-test, pour chacune des variables dépendantes.

Tableau 3

Moyennes obtenues à l'APDQ (pré-test)

		Plaisir vs Répugnance	Sécurité vs Vulnérabilité	Acceptation vs Rejet	Motivation vs Futilité	Épuisement vs Enthousiasme
Groupe expérimental	Moyenne	53,75	42,31	23,31	11,75	6,37
	N	16	16	16	16	16
	Écart type	11,41	6,89	3,34	2,08	1,78
Groupe témoin	Moyenne	49,75	47,25	25,00	13,00	8,12
	N	8	8	8	8	8
	Écart type	6,60	4,13	2,26	2,20	1,45

Moyennes obtenues à l'APDQ (post-test)

		Plaisir vs Répugnance	Sécurité vs Vulnérabilité	Acceptation vs Rejet	Motivation vs Futilité	Épuisement vs Enthousiasme
Groupe expérimental	Moyenne	52,31	43,75	23,18	12,68	7,50
	N	16	16	16	16	16
	Écart type	9,49	5,18	1,90	2,33	1,63
Groupe témoin	Moyenne	49,50	46,87	25,75	13,62	8,50
	N	8	8	8	8	8
	Écart type	7,83	3,09	2,65	1,84	0,75

Tableau 4

Moyennes obtenues au CTQ (pré-test)

		Critiqué/ Maltraité	Impuissant/ Inadéquat	Positif/ Satisfaisant	Parental/ Protecteur	Submergé/ Désorganisé	Exceptionnel/ Enchevêtré	Sexualisé	Désengagé
Groupe expérimental	Moyenne	44,64	25,92	14,71	12,50	13,42	8,57	5,35	10,21
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Écart type	13,46	8,91	6,06	5,36	4,65	3,43	1,69	3,72
Groupe témoin	Moyenne	33,75	20,75	17,25	11,62	12,50	8,37	5,12	9,25
	N	8	8	8	8	8	8	8	8
	Écart type	9,58	6,79	4,33	4,59	3,66	3,99	5,27	4,13

Moyennes obtenues au CTQ (post-test)

		Critiqué/ Maltraité	Impuissant/ Inadéquat	Positif/ Satisfaisant	Parental/ Protecteur	Submergé/ Désorganisé	Exceptionnel/ Enchevêtré	Sexualisé	Désengagé
Groupe expérimental	Moyenne	40,21	20,50	19,35	13,64	12,14	8,35	5,00	6,71
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Écart type	10,96	8,44	4,82	4,18	3,57	3,29	0,39	1,85
Groupe témoin	Moyenne	33,37	20,25	16,50	12,87	12,75	9,75	5,50	8,12
	N	8	8	8	8	8	8	8	8
	Écart type	10,47	5,54	5,92	4,45	4,49	3,77	5,18	2,16

Tableau 5

Moyennes obtenues au NPI-16, à l'échelle de Rosenberg et au IASTA-Y1 (pré-test)

		NPI-16	Rosenberg	IASTA-Y1
Groupe expérimental	Moyenne	4,18	34,18	41,12
	N	16	16	16
	Écart type	1,93	2,99	11,57
Groupe témoin	Moyenne	4,75	34,75	36,12
	N	8	8	8
	Écart type	2,25	4,83	8,11

Moyennes obtenues au NPI-16, à l'échelle de Rosenberg et au IASTA-Y1 (post-test)

		NPI-16	Rosenberg	IASTA-Y1
Groupe expérimental	Moyenne	4,18	34,18	41,12
	N	16	16	16
	Écart type	1,93	2,99	11,57
Groupe témoin	Moyenne	4,75	34,75	36,12
	N	8	8	8
	Écart type	2,25	4,83	8,11

Les différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin ont été testées avec le Mann-Whitney. Le tableau 12 présente les résultats obtenus.

Tableau 6

Test de Mann-Whitney pour échantillons indépendants

Variable	Sig.
Critiqué/Maltraité (CTQ)	0,43
Impuissant/Inadéquat (CTQ)	0,08
Positif/Satisfaisant (CTQ)	0,01*
Parental/Protecteur (CTQ)	0,89
Submergé/Désorganisé (CTQ)	0,6
Exceptionnel/Enchevêtré (CTQ)	0,11
Sexualisé (CTQ)	0,32
Désengagé (CTQ)	0,01*
Plaisir vs Répugnance (APDQ)	0,6
Sécurité vs Vulnérabilité (APDQ)	0,49
Acceptation vs Rejet (APDQ)	0,37
Motivation vs Futilité (APDQ)	0,55
Épuisement vs Enthousiasme (APDQ)	0,13
IASTA-Y1	0,46

* $p < 0,05$

Les figures 6 et 7 illustrent graphiquement l'évolution différente du groupe expérimental et du groupe contrôle pour les variables statistiquement significatives.

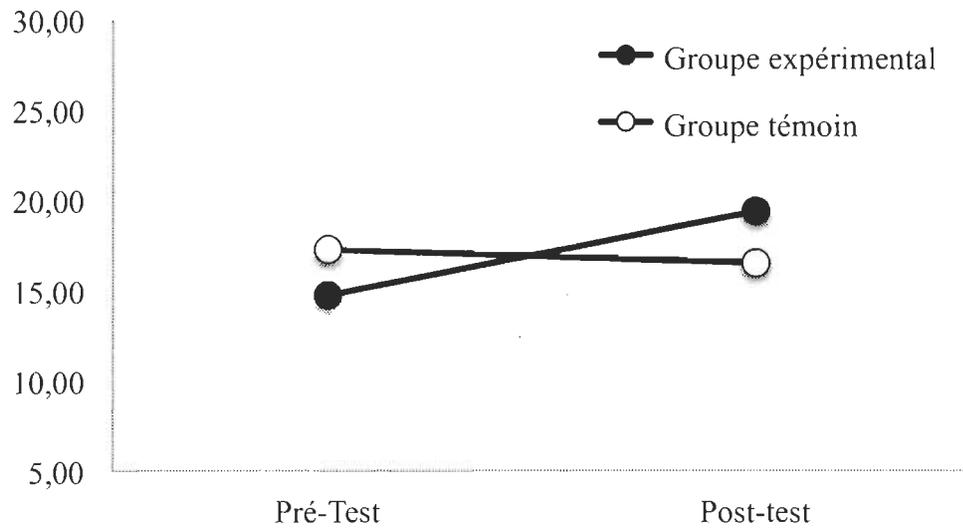


Figure 6. Moyennes obtenues pour le facteur "Positif / Satisfaisant" du CTQ

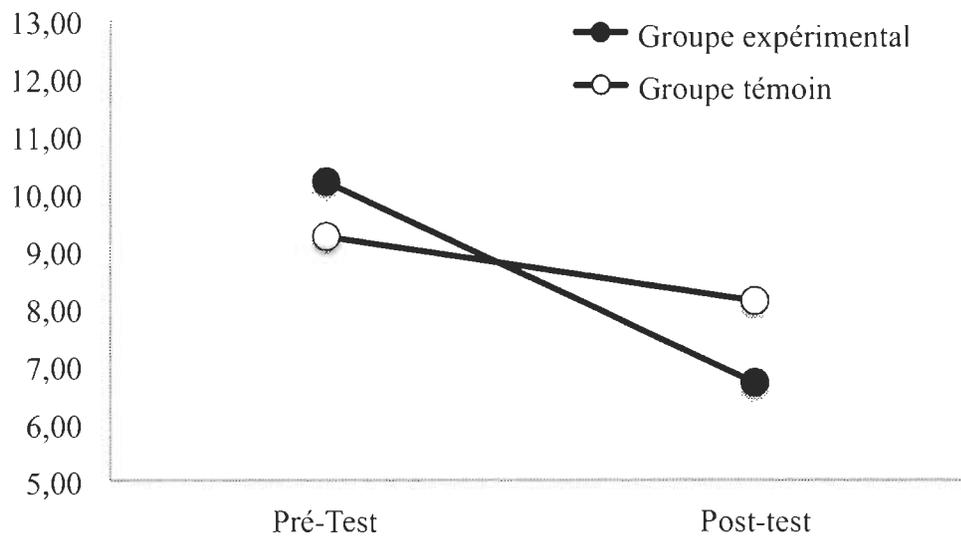


Figure 7. Moyennes obtenues pour le facteur "Désengagé" du CTQ

L'hypothèse nulle quant à la différence entre le groupe expérimental et le groupe témoin est conservée pour la plupart des variables dépendantes. On observe cependant des différences significatives pour les facteurs « Positif/Satisfaisant » et « Désengagé » du CTQ. Rappelons que le facteur « Positif/Satisfaisant » concerne l'expérience d'une alliance de travail positive et d'un sentiment de proximité dans le lien avec le client. Le facteur « Désengagé » dépeint les expériences de distraction, de retrait, de contrariété ou d'ennui durant les séances. Les participants du groupe expérimental seraient significativement moins désengagés au post-test qu'au pré-test. Leur expérience de l'alliance thérapeutique serait significativement plus positive au post-test qu'au pré-test, et ce bien qu'ils rapportaient au départ une alliance de travail moins positive et un moins grand sentiment de proximité avec le client que les participants du groupe témoin.

Discussion des résultats quantitatifs

Notre première hypothèse était que la supervision produirait un changement positif chez les intervenants dans leurs attitudes envers la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Ces attitudes étaient mesurées à l'aide des cinq facteurs de l'APDQ. Une deuxième hypothèse prédisait un changement positif dans le contre-transfert ressenti par les intervenants à l'endroit du client dont ils discutent le cas en supervision, tel que mesuré avec les huit facteurs du CTQ. Troisièmement, nous faisons l'hypothèse que la supervision diminuerait le niveau d'anxiété des intervenants dans leur travail avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité en général. La mesure de cette anxiété situationnelle était fournie par le IASTA-Y1.

Nous avons observé des différences statistiquement significatives entre les variables dépendantes du groupe expérimental et celles du groupe témoin pour seulement deux variables, soit les facteurs « Positif/Satisfaisant » et « Désengagé » du CTQ. Les participants du groupe expérimental sont moins désengagés de la relation thérapeutique au post-test qu'ils ne l'étaient au pré-test. De plus, leur expérience de l'alliance thérapeutique est plus positive et leur sentiment de proximité avec le client est plus grand. Ce dernier résultat a été obtenu bien que les intervenants du groupe expérimental rapportaient au départ une moyenne significativement plus faible au facteur « Positif/Satisfaisant » que les participants du groupe témoin. Pour sa part, le groupe témoin n'a pas connu de différences significatives entre le pré-test et le post-test.

À part le facteur « Positif/Satisfaisant », toutes les autres variables ont obtenu au pré-test des moyennes statistiquement équivalentes dans les deux groupes. On peut donc considérer que le groupe expérimental et le groupe témoin sont comparables.

Ces résultats se prêtent à plusieurs interprétations. Tout d'abord, l'effet de ce type de supervision pourrait ne pas être bien reçu de tous, tout en étant très significatif mais pour quelques participants seulement. La durée de l'intervention pourrait aussi expliquer en partie nos résultats. Celle-ci a pu être trop courte pour permettre à des mesures aussi robustes que celles que nous avons utilisées de varier en si peu de temps.

Il se peut aussi que certains changements n'aient pu être mesurés, sur cette même période de temps, avec cette intensité d'intervention (fréquence et durée des rencontres de supervision à l'intérieur de la durée totale du processus). Cette idée est à considérer dans le contexte où une majorité de participants a exprimé, lors de l'entretien qualitatif, qu'ils auraient voulu poursuivre la supervision pour continuer à intégrer les apprentissages.

Enfin, le peu de variances pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. Le fait qu'il n'y ait pas de différence assez forte entre les deux groupes, dans cette période de temps, pour considérer que la supervision a eu un impact sur l'ensemble des mesures ne signifie pas pour autant qu'il n'y a aucune différence. Malgré le résultat des analyses statistiques, la différence entre le pré-test et le post-test est quand même

plus accentuée dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin pour plusieurs variables non significatives. Il s'agit des facteurs « Critiqué/Maltraité », « Impuissant/Inadéquat » et « Exceptionnel/Enchevêtré » du CTQ, des facteurs « Plaisir vs Répugnance », « Sécurité vs Vulnérabilité » et « Épuisement vs Enthousiasme » de l'APDQ ainsi que de l'anxiété situationnelle (IASTA-Y1)¹.

On peut aussi supposer que la supervision, qui ne cible pas étroitement des changements spécifiques, puisse induire des changements que nos instruments psychométriques ne mesurent pas. Avec les questionnaires utilisés, on obtient des changements significatifs si un sentiment ou une attitude contre-transférentiel disparaît ou que son intensité ou sa fréquence diminue ou augmente dans une certaine proportion. Cependant, ces mesures ne tiennent pas compte de la conscience que le thérapeute a de son contre-transfert, ni de ce qu'il en fait, et il est possible que la supervision ait pu produire des changements non mesurés sur ces deux plans. Les résultats qualitatifs apporteront d'ailleurs une certaine lumière sur cette question.

L'étude quantitative de Korobkin (2000) suggère un modèle de progression de la conscience du contre-transfert. Initialement, les thérapeutes peuvent nier ou ne pas identifier leur contre-transfert, puis être capable de le reconnaître mais pas de le gérer, et finalement se sentir assez sûrs d'eux pour gérer efficacement leur contre-transfert et décider éventuellement de l'utiliser. Les intervenants du groupe expérimental pourraient

¹ Voir les figures 11, 12, 15, 18, 19, 22 et 23 qui se trouvent à l'Appendice M.

avoir rapporté, au post-test, un niveau de sentiments et d'attitudes négatifs semblable à celui rapporté au pré-test non pas parce qu'ils n'auraient pas évolué, mais parce qu'ils se seraient davantage familiarisés avec leur contre-transfert, en auraient été plus conscients et auraient eu moins besoin de le nier ou de le minimiser au post-test.

La disparition du contre-transfert n'est peut-être pas non plus un indicateur fiable du changement souhaité. Par exemple, certains remarquent que les réactions contre-transférentielles font tellement inévitablement partie d'une psychothérapie significative que son absence peut indiquer un engagement insuffisant du thérapeute dans son travail (Fremont & Anderson, 1988), et croient que la question n'est pas de savoir s'il y a du contre-transfert dans le traitement, mais plutôt quelle est la forme qu'il prend et comment le thérapeute peut l'utiliser efficacement (Waska, 1999). Or, les instruments que nous avons utilisés se limitent au contre-transfert ressenti et ne mesurent pas des processus tels que la régulation du contre-transfert, ni les passages à l'acte contre-transférentiels, sinon que de façon marginale. En effet, le CTQ mesure des états affectifs vécus à l'égard d'un client particulier qui souffre d'un trouble de la personnalité, l'ADPQ mesure certaines attitudes et certains sentiments des thérapeutes envers la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité en général, et le IASTA-Y1 évalue l'anxiété situationnelle vécue dans les contacts avec cette clientèle en général.

Dans ce même ordre d'idées, on remarque que les deux variables qui sont statistiquement significatives dans les résultats, contrairement à toutes les autres, ne

mesurent pas des sentiments ou des attitudes contre-transférentiels comme le font les autres facteurs. En effet, les variables non significatives mesurent les sentiments suivants : peur, anxiété, désir d'éviter le client, répulsion, impuissance, colère, ressentiment, sentiment d'être rejeté et dévalorisé, sentiment d'être différent des clients, frustration, pessimisme, épuisement, sentiment d'inadéquacité, sentiment d'incompétence, désespoir, désir de protéger le client et de le prendre en charge de manière infantilissante et émois sexuels. En revanche, nos deux variables significatives, les facteurs « Positif/Satisfaisant » et « Désengagé » du CTQ, correspondent plutôt au concept d'alliance thérapeutique. Les dimensions essentielles de l'alliance thérapeutique sont l'accord des partenaires quant aux buts et aux tâches de la thérapie, la compréhension empathique que le thérapeute a du client, l'engagement du thérapeute et du client dans la relation thérapeutique, et la qualité de la relation affective entre eux (Bennett, et al., 2006; Forsyth, 2007; Galloway & Brodsky, 2003; Spinhoven, et al., 2007; Thylstrup & Hesse, 2009). Le facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ concerne l'expérience d'une alliance de travail positive et d'un sentiment de proximité dans le lien avec le client. Il cible donc globalement et directement l'alliance thérapeutique, et en particulier la qualité du lien interpersonnel qui est l'une des dimensions essentielles de l'alliance thérapeutique. Le facteur « Désengagé » du CTQ mesure l'engagement affectif du thérapeute dans la dyade, une autre des dimensions essentielles de l'alliance thérapeutique. Le facteur « Désengagé » dépeint les expériences de distraction, de retrait, de contrariété ou d'ennui durant les séances. À l'inverse, aucune des variables dépendantes non significatives de notre étude ne concerne l'une ou l'autre des

dimensions de l'alliance thérapeutique. En résumé, on peut dire que nos variables non significatives représentent davantage des sentiments par opposition à des habiletés ou des processus, tels que l'alliance thérapeutique ou la régulation du contre-transfert, qui sont des construits plus englobants. Une étude empirique a d'ailleurs montré que la régulation du contre-transfert est inversement corrélée au désengagement du thérapeute (Friedman & Gelso, 2000).

Lors des entretiens qualitatifs, quatorze des seize participants du groupe expérimental ont exprimé spontanément, c'est-à-dire sans avoir été questionnés sur ce thème, qu'ils avaient développé plus d'empathie pour la clientèle à travers leur participation au groupe de supervision¹. La supervision pourrait avoir eu un impact sur l'empathie, une autre dimension du construit d'alliance thérapeutique (Galloway & Brodsky, 2003) que nos instruments ne mesurent pas directement à l'exception peut-être du facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ². Quant aux autres variables de notre étude, un seul item du CTQ³ et un seul item de l'ADPQ⁴ touchent à l'empathie. Avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité, l'empathie n'est pas équivalente au fait d'éprouver des sentiments positifs, de la compassion, du respect ou d'avoir une attitude chaleureuse envers le client, mais elle est associée à la contention d'états affectifs et mentaux intensément négatifs (Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Kernberg, 1986;

¹ Ce changement n'a pas été mesuré. Les résultats de l'analyse qualitative ne sont aucunement comparables à des mesures quantitatives ou à des analyses statistiques de résultats quantitatifs.

² Cette variable pourrait toucher à l'empathie puisqu'elle mesure l'alliance thérapeutique et que l'empathie du thérapeute est généralement incluse dans ce construit.

³ L'item 40: « J'ai l'impression de le comprendre »

⁴ L'item 25: « J'ai l'impression que les clients qui ont un trouble de la personnalité sont extraterrestres, étrangers, étranges »

Tansey & Burke, 1989). L'empathie du thérapeute peut donc en théorie coexister avec des scores de contre-transfert négatif élevés. Par exemple, on ne pourrait pas considérer que le facteur « Submergé/Désorganisé » du CTQ mesure un manque d'empathie parce qu'il décrit de forts sentiments négatifs et le désir d'éviter le client.

Un autre changement rapporté, et non pas mesuré, dans le volet qualitatif est l'évolution de l'expérience de culpabilité ou de honte secondaire au fait de ressentir un contre-transfert négatif, par exemple de se sentir honteux d'éprouver du mépris ou de la haine envers le client, vers une position d'acceptation et de normalisation du contre-transfert. Le contre-transfert secondaire de honte ou de culpabilité pourrait avoir fait l'objet d'un changement qui, encore une fois, n'aurait pas pu être mesuré par nos instruments. La honte et la culpabilité sont des expériences contre-transférentielles fréquentes pour les thérapeutes qui travaillent avec des personnes souffrant de troubles de la personnalité (Calvert, 1997; Ivey, 1995; Masterson & Klein, 1989; Salz, 1998; Searles, 1979), tout comme le sont la honte et la culpabilité associées au fait de ressentir divers états contre-transférentiels négatifs (Book, 1997; Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Kulick, 1985; Prodgers, 1991). Or, aucun item de l'ADPQ ne parle de culpabilité ou de honte. Dans le CTQ, la honte n'est jamais nommée et seul l'item 28 parle de culpabilité contre-transférentielle¹ et l'item 24 de culpabilité secondaire au

¹ « Je me sens coupable quand il est en détresse et que son état se détériore, comme s'il fallait bien que j'en sois responsable d'une quelconque manière »

contre-transfert¹. Les descriptions des facteurs de ces deux questionnaires ne font mention ni de honte ni de culpabilité.

Le fait que nos instruments ne font presque pas non plus de distinction entre contre-transfert ressenti et passage à l'acte contre-transférentiel pourrait aussi contribuer à expliquer nos résultats. Les écrits scientifiques et cliniques font communément la distinction entre les sentiments contre-transférentiels et le comportement contre-transférentiel. Dans cette perspective, les sentiments contre-transférentiels peuvent être vus comme inévitables et potentiellement bénéfiques à la compréhension du client, alors que les passages à l'acte contre-transférentiels peuvent mener à des résultats négatifs dans la thérapie (Robbins & Jolkovski, 1987). En somme, les instruments utilisés pourraient ne pas mesurer d'éventuels changements dans la régulation du contre-transfert ni une diminution de certains passages à l'acte contre-transférentiels.

Nos résultats suggèrent tout de même que les intervenants du groupe expérimental tolèrent mieux le contre-transfert ressenti et y réagissent mieux puisqu'ils font moins de passages à l'acte de désengagement. Le retrait émotionnel est souvent vu comme un passage à l'acte contre-transférentiel (Aviram, et al., 2006; Gutheil, 2005; Kernberg, 2003; Kulick, 1985; Reiser & Levenson, 1984). Par exemple, plusieurs thérapeutes répondent aux pressions transférentielles en devenant excessivement réservés et distants (Reiser & Levenson, 1984). Des défenses contre la rage et les impulsions destructrices et

¹ « Je me sens coupable de mes sentiments envers lui »

meurtrières peuvent être activées chez le thérapeute quand le client le dévalue constamment ou mine son identité professionnelle. Le thérapeute peut réagir par des formes de vengeance, comme de s'endormir ou d'adopter une attitude de retrait (Kulick, 1985). Certains thérapeutes peuvent se sentir intimidés par les crises affectives ou le comportement des clients, éviter d'aborder certains sujets et connaître une érosion graduelle de leur engagement émotionnel. Ils peuvent alors finir par faire collusion avec le client pour abandonner le traitement (Gutheil, 2005; Kernberg, 2003).

Si le type et le format de la supervision étudiée ne semblent pas produire de changements significatifs dans l'intensité des états contre-transférentiels ressentis, nos résultats suggèrent que la supervision aurait tout de même produit des changements sur cette dimension importante qu'est l'alliance thérapeutique. Ce construit est reconnu comme le meilleur prédicteur de l'efficacité du traitement (Bender, 2005; Bennett, et al., 2006; Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Forsyth, 2007; Galloway & Brodsky, 2003; Muran, et al., 2009; Spinhoven, et al., 2007). Le thérapeute doit s'occuper tout particulièrement de l'alliance thérapeutique quand le client souffre d'un trouble de la personnalité, car l'établissement et le maintien de l'alliance requièrent alors une grande quantité d'empathie et d'accordage avec la vision du monde du client (Bender, 2005; Masterson, 1990). L'alliance thérapeutique implique aussi la régulation du contre-transfert. Cette régulation permet au thérapeute de regagner une perspective sur ses réactions et d'être capable d'évaluer et de rétablir l'alliance en se réengageant affectivement dans la dyade (Plakun, 1994; Tansey & Burke, 1989). À la différence des

intervenants du groupe témoin pour qui l'on n'observe aucun changement significatif, les intervenants du groupe expérimental sentent que l'alliance thérapeutique est plus positive et se sentent plus proches de leur client. Ils ont également progressé sur le plan l'engagement affectif dans la relation thérapeutique.

Nos résultats sont à rapprocher de ceux obtenus par Robbins & Jolkowski (1987) dans l'étude visant à tester leur modèle de régulation du contre-transfert. Leurs résultats suggèrent que lorsque le thérapeute a une conscience plus élevée de ses sentiments et de ses émotions, il a moins tendance à retirer son engagement de la relation thérapeutique. La combinaison d'une forte conscience émotionnelle et d'un fort cadre théorique produirait le plus faible retrait de l'engagement. Si la conscience du contre-transfert permet au thérapeute de rester engagé de manière productive dans l'interaction thérapeutique, le cadre théorique à lui seul, par contre, n'a pas d'effet sur le niveau d'engagement. Ces chercheurs ont même trouvé que l'utilisation de la théorie diminue l'engagement émotionnel du thérapeute lorsque celui-ci a une faible conscience de ses sentiments, mais qu'elle l'augmente lorsque la conscience de ses sentiments est modérée ou forte. Pour sa part, Gibbons (2010) conclut de son expérience clinique que les activités réflexives et intellectuelles et la conscience du contre-transfert se combinent, et qu'une compréhension intellectuelle empathique est parfois nécessaire pour permettre la résonance affective. Nous ignorons quels sont les éléments de la supervision qui ont favorisé les changements mesurés, mais nous pouvons faire l'hypothèse que la supervision clinique à l'étude a produit une augmentation du niveau d'engagement

affectif du thérapeute dans la relation thérapeutique parce qu'elle encourageait à la fois la conscience du contre-transfert et l'intégration d'un cadre théorique capable d'organiser avec cohérence le matériel clinique et capable d'offrir une compréhension empathique du client.

Enfin, il est intéressant de confronter nos résultats à ceux qu'ont obtenus Hayes et Gelso (1991) dans leur étude portant sur la relation entre l'anxiété situationnelle, mesurée à l'aide du *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1983) et le comportement contre-transférentiel opérationnalisé comme le retrait de l'engagement du thérapeute. Ces chercheurs ont constaté une absence de corrélation positive entre l'anxiété situationnelle et le désengagement chez les thérapeutes femmes, et une corrélation très modérée chez les hommes. Ces résultats vont dans le même sens que les nôtres et suggèrent que le niveau d'anxiété ressenti par le thérapeute et les passages à l'acte contre-transférentiels de désengagement seraient passablement indépendants l'un de l'autre.

Malgré la durée relativement courte du processus de supervision et son intensité modérée, il semble que celui-ci apporte des bienfaits aux équipes œuvrant en santé mentale sans que les intervenants n'aient à maîtriser entièrement une approche de psychothérapie. Notre étude suggère que des éléments de l'approche psychothérapique de Masterson vulgarisés en supervision de groupe peuvent être utilisés avec efficacité par divers intervenants qui ne sont pas nécessairement formés à la psychothérapie. La

présente étude permet de conclure que l'approche de Masterson comporte des applications intéressantes pour les services externes de santé mentale et les unités résidentielles de réadaptation en protection de l'enfance. Bien qu'elle ne permette pas d'isoler les effets d'éléments particuliers de la supervision, cette étude apporte un certain appui à l'idée que l'attention portée au contre-transfert et un cadre théorique puissant sont des éléments importants à intégrer dans la supervision clinique des cas de troubles de la personnalité. Nous croyons que c'est vrai quelle que soit l'approche utilisée, celle de Masterson ou une autre, du moment que le cadre théorique est adapté à la problématique des troubles de la personnalité et qu'il traite du contre-transfert.

Les résultats du volet quantitatif de la présente étude sont préliminaires et doivent être interprétés à la lumière des limites méthodologiques qu'il comporte. Tout d'abord, le défi que représente la constitution de l'échantillon et la très petite taille de celui-ci limitent la généralisation des résultats. Un biais de sélection a pu se produire, car les intervenants des groupes de supervision ayant choisi de participer à l'étude étaient peut-être les personnes les plus intéressées par la supervision et les plus susceptibles d'en bénéficier. Les questionnaires que nous avons utilisés comportent les limites inhérentes aux mesures auto rapportées. Enfin, il se peut que nos résultats aient été teintés des effets de la désirabilité sociale lors de la complétion des questionnaires (p. ex., une anxiété associée à l'évaluation) ou par un effet de halo lié aux sentiments éprouvés envers la superviseuse.

Par ailleurs, les phénomènes contre-transférentiels sont très documentés de manière anecdotique, mais peu étudiés empiriquement, le plus souvent avec des échantillons non cliniques. La force de cette recherche est d'étudier des phénomènes cliniques très courants et qui affectent de manière importante la qualité des soins à la clientèle, tels qu'ils se produisent en milieu naturel. De même, la supervision clinique des suivis thérapeutiques de cas de troubles de la personnalité est fortement recommandée mais à notre connaissance n'avait jamais fait l'objet d'une étude empirique.

Il va sans dire que des investigations supplémentaires sont nécessaires. Il serait pertinent, pour la recherche future, d'inclure l'expérience de culpabilité ou de honte dans les instruments mesurant le contre-transfert avec la clientèle qui souffre d'un trouble de la personnalité, afin de mieux représenter les affects habituellement ressentis par les thérapeutes. Nos résultats suggèrent que l'inclusion d'une mesure de l'alliance thérapeutique et d'une mesure de l'empathie serait pertinente à des recherches apparentées. Il serait également avantageux de développer des instruments pour mesurer des processus, comme la régulation du contre-transfert, plutôt que des états affectifs pris isolément.

Dans des recherches futures, il serait intéressant de mesurer le contre-transfert à plusieurs moments afin de saisir ses fluctuations complexes mieux que nous n'avons pu le faire en le mesurant à seulement deux moments. Comme les instruments psychométriques ciblant le contre-transfert ne sont pas nécessairement comparables

entre eux parce que les consignes de cotation ne sont pas les mêmes d'un questionnaire à l'autre, il serait pertinent de continuer à utiliser une batterie de mesures. L'échelle du IASTA-Y1 semble mesurer l'intensité avec son échelle variant de « pas du tout » à « beaucoup ». L'ADPQ semble mesurer la fréquence avec des cotes allant de « jamais » à « toujours » et ne pourrait donc pas capter une baisse d'intensité des réactions contre-transférentielles. Le CTQ semble aussi mesurer l'intensité, mais à l'aide d'une consigne différente de celle du IASTA-Y1, utilisant des cotes qui varient de « pas vrai du tout » à « très vrai ». S'il était disponible, il serait intéressant d'ajouter un instrument psychométrique mesurant la durée de l'expérience contre-transférentielle puisque le contexte théorique nous informe que le processus de régulation du contre-transfert se déploie dans le temps en suivant des phases séquentielles, et parce que l'un des résultats de l'analyse qualitative est que le contre-transfert négatif des intervenants demeure présent mais dure moins longtemps après la supervision.

Enfin, il serait intéressant d'étudier les effets d'une supervision plus longue, d'étudier la contribution de composantes isolées de la supervision, de reproduire cette étude dans d'autres milieux que les établissements représentés dans notre échantillon, de la reproduire avec différents superviseurs, et de réaliser une étude de *follow-up* pour vérifier si les changements observés se maintiennent ou continuent d'évoluer.

Méthode qualitative

Dans cette section, nous décrivons la démarche de collecte des données qualitatives ainsi que les principes et les méthodes empruntés à la *Grounded Theory* que nous avons adoptés pour l'analyse de ces données. En guise d'introduction, et pour faciliter la transition du volet quantitatif au volet qualitatif de cette recherche, nous clarifions certaines différences méthodologiques entre ces deux approches.

Précisions méthodologiques

Avant d'entrer dans le volet qualitatif de notre étude, il nous semble indiqué de clarifier certains aspects méthodologiques afin de faciliter la transition entre la logique de la recherche quantitative et celle de la recherche qualitative.

À la différence de la recherche quantitative, la recherche qualitative ne procède généralement pas d'une logique positiviste hypothéticodéductive, mais repose sur des postulats phénoménologiques et une démarche inductive. Partant de la reconnaissance que les réalités humaines sont complexes, la recherche qualitative focalise sur une compréhension holistique (systémique, globale, intégrée) du contexte de l'étude (Miles & Huberman, 2003; Oiler Boyd, 2001). Elle ne recueille généralement pas des données dans le but de prouver ou d'invalider des hypothèses formulées en amont. Les abstractions sont plutôt construites à mesure que les données disparates et interconnectées sont recueillies et regroupées (Bogdan & Biklen, 2007; Hatch, 2002).

Les approches quantitative et qualitative se distinguent également sur le plan de l'utilisation de la documentation scientifique. La recherche quantitative implique une recension des écrits très étendue sur l'objet d'étude car la question de recherche découle de ce qui a déjà été établi sur le sujet. En recherche qualitative, la recension des écrits s'effectue généralement après la collecte des données. La recension ne vise pas à formuler des hypothèses à tester, mais plutôt à montrer comment les résultats obtenus s'insèrent ou non dans ce qui a déjà été découvert (Gillis & Jackson, 2002).

Contrairement à l'approche quantitative qui utilise des questionnaires pour que les participants choisissent une réponse pouvant être chiffrée parmi une liste préétablie (Becker, 2002), la recherche qualitative focalise sur la compréhension du monde à partir du point de vue intérieur des participants de l'étude, qui sont les acteurs des phénomènes vécus étudiés, et non à partir du point de vue du chercheur (J. Green & Thorogood, 2004; Hakim, 1987; Miles & Huberman, 2003). Les données de la recherche qualitative sont des matériaux qualitatifs (mots, récits, images, etc.) exprimant des échanges symboliques, des représentations ou des actions, et elles incluent la description de leur contexte (Van der Maren, 2006). On s'intéresse en effet aux significations (interprétations) que les participants ont de ce qu'ils rapportent de leurs propres attitudes, motivations et comportements. On s'attache au sens et à l'organisation qu'ils donnent à leur expérience (Hakim, 1987). En mettant l'accent sur la construction de l'expérience, c'est-à-dire la signification des phénomènes pour les gens qui les vivent, la recherche qualitative n'examine pas les processus de manière expérimentale ni ne les mesure en

termes de quantité, d'intensité ou de fréquence (Denzin & Lincoln, 2000; Giorgi, 1975). Elle s'intéresse aux processus plutôt qu'aux résultats produits par des causes (Bogdan & Biklen, 2007) alors que la recherche quantitative met plutôt l'accent sur la mesure et l'analyse des relations de causalité entre variables (Denzin & Lincoln, 2000).

Plutôt que de tester des hypothèses par des méthodes statistiques appliquées sur des données exprimées numériquement, l'analyse des données en recherche qualitative demande au chercheur de s'immerger dans un vaste corpus de données narratives et d'y appliquer son propre raisonnement inductif (Gillis & Jackson, 2002). Plus précisément, l'analyse qualitative s'intéresse aux divers schémas ou regroupements d'attitudes et de comportements qui émergent des propos des participants (Hakim, 1987) et vise la construction ou la vérification d'une compréhension (interprétation) à partir des significations et des rationalités invoquées par les acteurs (Van der Maren, 2006). La majeure partie de l'analyse est réalisée à l'aide de mots. Ceux-ci peuvent être assemblés, regroupés ou répartis dans des segments sémantiques et être organisés de façon à permettre au chercheur de contraster, de comparer, d'analyser et d'établir des modèles (Miles & Huberman, 2003). Cette analyse est inductive, partant des données spécifiques pour aller vers des généralisations (Hatch, 2002).

La recherche qualitative est essentiellement interprétative à la différence des approches quantitatives qui cherchent à contrôler et à prédire (Rossman & Rallis, 1998), et qui tentent d'évacuer l'interprétation, les valeurs et la subjectivité du chercheur

(Denzin & Lincoln, 2000). L'approche qualitative ne partage pas le postulat qu'il est possible de produire une représentation claire et non médiatisée de l'objet d'étude mais croit plutôt que nos représentations du monde sont toujours médiatisées par une interprétation (Banister, Burman, Parker, Taylor, & Tindall, 1994). Elle s'appuie sur les jugements subjectifs du chercheur qui sont nécessaires à l'interprétation et tient l'idéal de pure objectivité en science pour illusoire. La scientificité dont elle se réclame repose sur le fait que les interprétations sont ancrées dans les données empiriques et dans l'effort de réflexivité accompli par le chercheur dans le but de clarifier sa subjectivité (Gillis & Jackson, 2002; Hatch, 2002).

Source des données qualitatives

Certaines caractéristiques des supervisés participant à la présente étude ont déjà été décrites au chapitre Méthode du volet quantitatif (page 193), soit l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience, le type d'établissement dans lequel ils œuvrent, le type d'intervention qu'ils y pratiquent, leur formation préalable dans le domaine des troubles de la personnalité ainsi que leur expérience de psychothérapie personnelle. De même, le contexte dans lequel s'est déroulée la supervision de groupe, les concepts enseignés, les valeurs véhiculées et la pédagogie utilisée ont été abordés dans le chapitre « Description de la supervision de groupe à l'étude » débutant à la page 174.

Au moment du post-test qui s'est déroulé à la fin du processus de supervision de groupe, chaque intervenant du groupe expérimental a participé à un entretien semi-

dirigé¹. Celui-ci visait à explorer son expérience personnelle dans le groupe de supervision et son expérience de la contribution de la supervision à la régulation de son contre-transfert et à sa capacité d'aider ses clients souffrant d'un trouble de la personnalité. Enfin, l'entretien semi-dirigé abordait les changements ayant pu s'opérer dans sa perception subjective générale de la clientèle présentant un trouble de la personnalité. Le canevas de l'entretien semi-dirigé apparaît à l'Appendice N.

Nous avons choisi de recourir à l'entretien de type qualitatif, car celui-ci est approprié lorsqu'on cherche la « signification subjective » d'un phénomène (Seidman, 2006) ou lorsqu'on veut étudier un phénomène du point de vue du sujet (Kvale, 1996). Le choix de l'entrevue de type qualitatif est justifié lorsque les données à recueillir sont des perceptions, des représentations, des évaluations personnelles. Ce dispositif permet de susciter des données qui sont dans la ligne des besoins de la recherche quand celle-ci porte sur des sujets précis (Savoie-Zajc, 2009), tout en favorisant, grâce à l'ouverture de la méthode, l'afflux d'informations nouvelles pouvant être déterminantes pour la compréhension de l'univers de l'interviewé et de l'objet étudié (Poupart, 1997). Puisque l'objectif du volet qualitatif est d'avoir accès et d'explorer l'expérience intérieure des participants, il devient plus pertinent de s'adresser aux individus eux-mêmes que d'observer leur conduite et leur rendement à certaines tâches ou obtenir une

¹ Nos remerciements à Jean-Marie Miron, professeur au département des sciences de l'éducation de l'UQTR pour l'exemple de canevas distribué dans son cours « Fondements et méthodes de la recherche qualitative », dont nous nous sommes très largement inspirés.

autoévaluation à l'aide de divers questionnaires (Daunais, 1992; Mayer & Saint-Jacques, 2000).

Avant d'arrêter la version définitive du canevas d'entretien, trois entretiens pilotes ont été réalisés auprès de thérapeutes recrutés parmi des étudiants et des supervisés de l'Institut Victoria de Montréal où est offerte la supervision à l'étude. Ces thérapeutes ont été sollicités par téléphone. Les entretiens pilotes avaient pour but de tester le canevas, d'y apporter les modifications pertinentes et de fournir une certaine expérience de la situation d'entrevue aux trois interviewers. Suivant cet exercice, deux questions du canevas ont été modifiées pour les rendre plus claires.

Les entretiens semi-dirigés ont duré environ une heure et ont fait l'objet d'un enregistrement audio pour la retranscription verbatim. Ils se sont déroulés sur les lieux de travail du supervisé selon un horaire négocié à sa convenance, au plus tard trois mois après la date de la dernière rencontre de supervision. Une participante a fait exception en raison d'un congé de maladie et a été rencontrée sept mois après la dernière activité de groupe.

Caractéristiques des interviewers

Pour maximiser les chances que les participants se sentent à l'aise de s'exprimer pleinement et librement lors de ces entretiens, puisque la chercheuse était aussi la superviseure pour le groupe expérimental, les entretiens ont été menés par trois

psychologues expérimentées dans l'approche Masterson à titre de thérapeute et familières avec le type de supervision dispensée pour y avoir déjà elles-mêmes participé.

Pour ces mêmes considérations, ce n'est pas non plus la chercheuse-superviseure qui a procédé à la transcription verbatim des entretiens, de manière à permettre aux participants de lire la transcription de leur entrevue et d'avoir la possibilité d'en censurer ou d'en modifier des passages avant que celle-ci ne se rende à la chercheuse-superviseure pour qu'elle procède aux analyses de contenu. Les transcriptions ont été réalisées par des psychologues ayant au moins une année d'expérience supervisée dans le traitement des troubles de la personnalité selon l'approche Masterson

Méthode d'analyse des données qualitatives

Le but de cette section est de décrire avec le plus de clarté et de transparence possible le déroulement du cheminement et des opérations méthodologiques effectuées tout au long de l'analyse des données qualitatives.

Principes et méthodes empruntés à la *Grounded Theory*

Sans l'appliquer dans son intégralité, nous nous sommes inspirés de la *Grounded Theory* (Corbin & Strauss, 2008; Glaser & Strauss, 1967) pour structurer l'analyse des verbatims des entretiens semi-dirigés. La *Grounded Theory* a pour principe de fonder ses résultats de recherche sur de l'observation systématique et empirique des phénomènes concrets tels qu'ils sont vécus par les humains. Cette approche reconnaît en même temps l'impossibilité d'avoir accès directement à la réalité empirique sans passer par le filtre de

l'interprétation (Guillemette, 2006). La *Grounded Theory* est une approche inductive, à distinguer de l'approche hypothético-déductive qui sous-tend le volet quantitatif et qui consiste à analyser les données empiriques avec un cadre théorique déjà établi. La démarche générale d'induction consiste plutôt à découvrir des éléments théoriques dans les données empiriques sur l'objet d'étude; la théorie est « extraite » des données par le chercheur (Guillemette, 2006).

On ne peut toutefois pas considérer que nous ayons suivi cette approche méthodologique à proprement parler pour structurer le volet qualitatif de cette recherche. En effet, un des principes essentiels de la *Grounded Theory* est la circularité entre l'analyse et la collecte de données, c'est-à-dire que le chercheur retourne plusieurs fois sur le terrain et que l'analyse débute dès que les premières données sont recueillies. Les collectes subséquentes sont orientées au fur et à mesure par les résultats de l'analyse progressive (Charmaz, 2005; Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978). Pour cette recherche, nous avons complété toute la collecte des données qualitatives avant de procéder à leur analyse.

Le chercheur en *Grounded Theory* adopte deux attitudes : l'attention à l'émergence et la sensibilité théorique. L'attention à l'émergence signifie qu'il s'immerge dans les données en suspendant temporairement ses références théoriques et ses idées préconçues et en adoptant une attitude d'ouverture aux données. Sans bloquer l'émergence de perspectives nouvelles, le chercheur adopte aussi une « perspective » ou une

« sensibilité » théorique avec laquelle il perçoit et interprète les données empiriques. À la fin de l'analyse, le chercheur mobilise ses savoirs antérieurs, ceux qu'il avait mis en suspens, et mobilise une recension exhaustive des écrits scientifiques pour confronter toutes ces ressources à ce qui émerge des données (Glaser, 1992; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1994). La démarche de la *Grounded Theory* implique donc à la fois un enracinement dans les données empiriques et une distanciation théorisante (Guillemette, 2006).

Nous avons utilisé plusieurs des principes et des méthodes employés en *Grounded Theory* pour développer notre analyse : la mise entre parenthèses des idées préconçues, le principe du développement par codage et catégorisation, la méthode comparative continue, le principe du développement par réduction et densification, la modélisation et l'écriture d'un journal de recherche. Ce n'est qu'à la fin de l'analyse qualitative que nous avons procédé à la recension des écrits scientifiques et cliniques sur notre objet d'étude. Nous avons réservé la comparaison de leurs résultats avec les nôtres pour une étape et un chapitre ultérieurs, la discussion des résultats.

Mise entre parenthèses des idées préconçues. Même si une suspension absolue et complète de ses idées préconçues est impossible, le chercheur fait l'effort de mettre entre parenthèses ses savoirs concernant son objet d'étude afin de favoriser l'ouverture à ce qui peut émerger des données (Corbin & Strauss, 2008; Glaser, 1995). À cet égard, les experts de la *Grounded Theory* conseillent de réaliser cette mise entre parenthèses

par une opération de mise au jour des idées préconçues du chercheur à propos de l'objet de sa recherche. Il peut par exemple mettre par écrit ce qu'il pense spontanément, ce qu'il connaît de cet objet et des théories qui existent relativement à cet objet (Guillemette, 2006).

Dans cet esprit, et après avoir réalisé que plusieurs des questions du canevas d'entrevue sont contaminées par les hypothèses causales que nous avions au moment de le construire, nous avons procédé à un premier codage des données en lisant les entrevues sans lire les questions. Nous avons tenté de mettre entre parenthèses nos hypothèses et de ne pas lire les verbatims en termes de validation de l'efficacité de la supervision, mais en étant ouverte à tout ce que les participants ont pu exprimer en dehors de nos attentes et à découvrir quelque chose de complètement nouveau, d'inattendu sur l'expérience des participants. Nous avons pris des notes à la lecture des 16 verbatims sans les questions. Ces notes ont ensuite été synthétisées pour produire un arbre de concepts qui a constitué le point de départ des opérations de codage et de catégorisation qui seront décrites dans la prochaine section.

Nous avons effectué une deuxième opération de mise entre parenthèses en faisant l'exercice de coucher sur papier nos préconceptions. Dans cet exercice d'écriture spontanée et non censurée de plusieurs pages, il s'agissait d'explicitier ce que nous imaginions qu'allaient être les résultats de l'analyse qualitative en termes d'étapes entre l'avant et l'après-supervision, et en termes de conditions ou de forces favorables ou défavorables à certains processus. Nous avons aussi modélisé ces préconceptions, tel

qu'illustré par la figure 8. Le but de l'exercice était d'acquérir un meilleur contrôle cognitif sur nos hypothèses et théories préconçues lors de la lecture et de l'interprétation des données en les rendant plus conscientes. Enfin, cet exercice a fait ressortir notre propension à théoriser en termes de causalité (des « facteurs » qui ont un « impact »), tendance qui reflète le courant dominant dans l'éducation nord-américaine des psychologues. L'exercice nous a aidées à nous dégager partiellement de cette tendance.

L'exercice d'écriture des préconceptions nous a permis également de préciser la nature de la sensibilité théorique qui nous a servi de lunettes particulières, d'angle d'appréhension des données pour cette recherche. Le paragraphe qui suit reproduit la synthèse de cet exercice. On y reconnaît l'influence des traditions cliniques de la psychanalyse, de la théorie des relations d'objet et de la psychologie du Soi, toutes des perspectives que Masterson (2000) a adoptées pour structurer son approche. Nos préconceptions sont également teintées par nos années d'expérience comme thérapeute auprès de la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et comme superviseure auprès de thérapeutes travaillant avec cette même clientèle.

Le thérapeute reçoit la dérégulation affective du client, dérégulation qui contamine son propre système limbique, et il est affecté par les passages à l'acte du client. Ces forces sont défavorables à la régulation affective du thérapeute, à son empathie et à l'alliance thérapeutique. Le thérapeute reçoit par ailleurs des forces favorables aux mêmes buts à travers la supervision. Ces conditions favorables sont les concepts de base

de l'approche Masterson et le travail sur le contre-transfert qui est effectué en supervision. La tâche essentielle du thérapeute est de réguler son contre-transfert afin de pouvoir, idéalement, le canaliser dans une intervention productive qui favorisera la contention d'affect et les comportements adaptés du client. À leur tour, les progrès thérapeutiques ainsi obtenus et observés contribuent positivement à la régulation affective du thérapeute et favorisent l'apparition d'interventions thérapeutiques. Quand le thérapeute n'est pas capable de contenir son contre-transfert, cela se traduit au contraire par des interventions inefficaces ou antithérapeutiques, nuisibles à l'alliance, qui contribuent au maintien de la pathologie. Cette absence de progrès en dépit des efforts du thérapeute est une force défavorable à la régulation du contre-transfert,

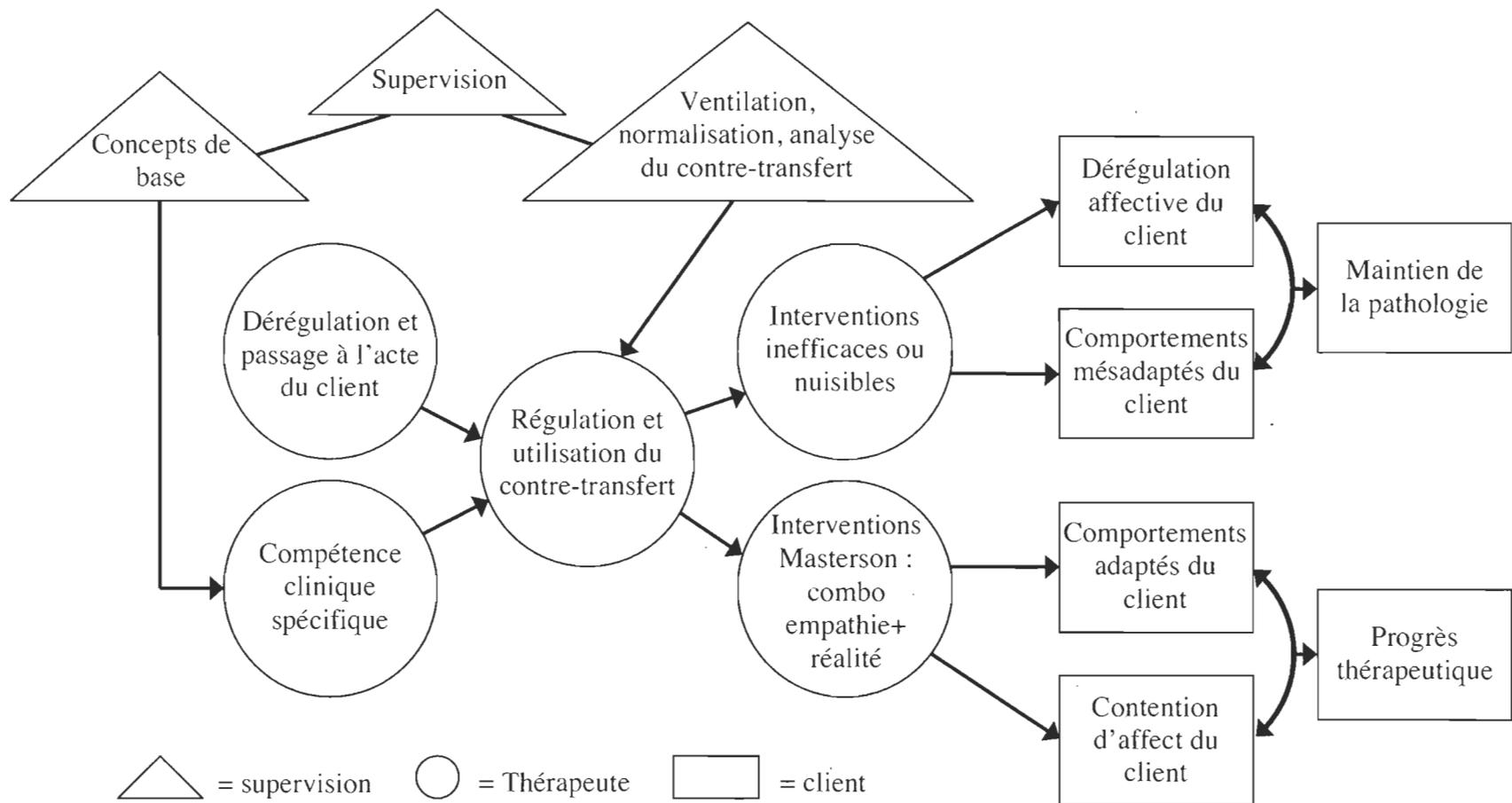


Figure 8. Modélisation de l'exercice d'écriture des préconceptions
Concept central : régulation du contre-transfert

c'est-à-dire qu'elle contribue à la dérégulation affective du thérapeute dans la situation clinique. Le contexte de dérégulation affective augmente la probabilité que le thérapeute poursuive avec des interventions non productives et nuisibles à l'alliance.

Développement par codage et catégorisation. Le principe du développement de l'analyse par codage et catégorisation est un principe commun à plusieurs méthodes d'analyse qualitative (Guillemette, 2006). Le chercheur analyse les données empiriques de façon continue en les liant à des codes ou des catégories et en produisant des énoncés théoriques. Ces codes sont des mots ou des concepts qui proviennent des acteurs ou qui appartiennent à une certaine perspective théorique. Le chercheur confronte constamment les concepts et les énoncés avec les données empiriques. Cela lui permet de juger de l'adéquation entre ses ébauches théoriques et les données empiriques (Glaser, 2001; Laperrière, 1997).

L'opération de codage ressemble à un étiquetage, car le chercheur assigne un mot à une partie des données. Ce mot, ou code peut être « in vivo » s'il provient des données elles-mêmes, des mots des acteurs (verbatim). L'étiquetage peut aussi se faire avec des concepts théoriques ou des termes descriptifs. Il sert à nommer ce qu'un ensemble de données représente, ce à quoi il renvoie (Paillé & Mucchielli, 2008). Cette opération implique abstraction, conceptualisation et théorisation. Le concept est l'unité de base de l'analyse et du codage, qui fait le pont entre les données empiriques et les éléments théoriques (Guillemette, 2006).

L'analyse se développe au travers des opérations de regroupement, de classification et de mise en relation entre les données, entre les codes, entre les catégories, etc. (Guillemette, 2006). En *Grounded Theory*, ces opérations correspondent au codage axial (Gibbs, 2002; Strauss, 1987). Dans cette perspective, tout au long des opérations de codage et de catégorisation, l'écriture constitue aussi une opération analytique avant d'être une simple mise par écrit des résultats de l'analyse (Strauss, 1987). En écrivant, le chercheur continue à établir des relations entre les concepts, à clarifier les liens logiques entre les énoncés, à nuancer les interprétations, à moduler la théorie en regard des données empiriques, à préciser les divers aspects du phénomène (Charmaz, 2004).

Le codage de nos données ne s'est pas fait à partir d'une grille de codage préétablie. Nous avons débuté avec l'arbre de concepts développé avec la première lecture des 16 entretiens sans les questions, tel que décrit ci-dessus. Nous sommes donc partis de ce qui émergeait des données, qui étaient elles-mêmes structurées par les questions de l'interviewer.

L'utilisation du logiciel NVivo et de ses fonctions de traitement de texte adaptées aux opérations de codage et de catégorisation nous a grandement facilité la tâche et permis de faire le choix de partir d'une exhaustivité radicale. Nous avons donc choisi de coder (étiqueter) la presque totalité du verbatim, et non pas uniquement les extraits dans

lesquels le participant répond à nos questions de recherche. Ce choix concrétisait une posture d'ouverture aux données.

Une première ronde de codage des seize entretiens nous a donné huit catégories ou familles de concepts (de premier niveau), chaque famille possédant des catégories conceptuelles de deuxième et de troisièmes niveaux. L'exemple suivant devrait illustrer ce que nous entendons par niveaux. La catégorie « Changements vécus dans la dynamique d'équipe » est une catégorie conceptuelle de premier niveau qui regroupe d'autres catégories conceptuelles, dites de deuxième niveau, qui représentent diverses variantes de changements vécus dans la dynamique d'équipe. En l'occurrence, les catégories de deuxième niveau étaient, lors du premier codage : « Autonomie face au chef d'équipe », « Cadre clinique commun », « Clivage entre professionnels », « Discussions de cas en dehors des supervisions » et « Rôle de soutien ». La catégorie « Rôle de soutien » contenait deux catégories de troisième niveau suivant la même logique de subdivision, soit « Rôle de soutien à titre de superviseur d'équipe » et « Rôle de soutien auprès des partenaires ». À cette étape nous nous sommes retrouvés avec environ 230 codes à l'intérieur de ces huit grandes familles. Dans un premier temps, nous avons procédé par un codage plutôt grossier qui se restreignait souvent aux deux premiers niveaux hiérarchiques de la structure arborescente des concepts. Il était en effet difficile, durant ce premier codage, de penser aux sous catégories de deuxième et troisième niveaux en même temps que d'interpréter les propos des participants et de délimiter les extraits. Nous avons aussi ajouté quelques codes libres sans chercher, à ce

moment, à les rattacher à l'ensemble du système catégoriel, quand des concepts apparaissaient que nous n'avions pas considérés lors de la première lecture et de l'établissement de l'arbre de concepts de départ. Il nous arrivait aussi de dupliquer des extraits dans plus d'un code.

Nous avons fait le codage en partie avec les mots des participants (codes « in vivo »), et en partie avec des codes conceptuels découlant directement des questions du canevas d'entretien. Par exemple, dans la famille « Climat du groupe », le code de premier niveau est en partie issu de la réponse à la demande faite aux intervenants de nous parler de leur expérience avec les membres du groupe, mais l'aspect « climat » qui est ressorti est « in vivo » et inattendu. Par la suite, certains codes « in vivo » ont été utilisés comme codes conceptuels. En revanche, les codes de deuxième et de troisième niveaux, à ce stade, sont tous « in vivo ». Un autre exemple d'hybridation entre codes « in vivo » et codes conceptuels est le code conceptuel désignant la famille « Fonctions du groupe pour les participants ». Il s'agit d'un code conceptuel et non « in vivo », mais il ne découle nullement d'une question du canevas et n'était donc pas prédéterminé. Nous avons inféré ce concept du discours des participants, quand nous interprétions qu'ils parlaient des fonctions que le groupe avait remplies pour eux. En revanche les codes de deuxième niveau de cette famille sont tous « in vivo ».

À ce premier classement grossier, plus restreint aux codes de premier niveau, a succédé une deuxième ronde de codage à l'intérieur même des familles. L'opération a

consisté à reclasser les extraits dans les codes de deuxième ou de troisièmes niveaux en les déplaçant et/ou en les dupliquant. Cette opération a été réalisée systématiquement pour toutes les familles. Certains codes de troisième niveau ont été abandonnés, et certains extraits ont été attribués à d'autres codes appartenant à d'autres familles. Dans l'exercice, nous avons créé de nouveaux codes de deuxième ou de troisièmes niveaux, et parfois nous en avons supprimé. La structure de l'arbre des concepts se modifie donc au fur et à mesure. Les deux exemples de familles de codes qui suivent donnent une idée du développement des codes en une structure arborescente. Dans le premier exemple, « Changements vécus » est la famille de premier niveau. « Changements vécus dans les émotions et les sentiments du thérapeute envers la clientèle » est une famille de deuxième niveau et le code 2.1.1 « acceptation du contre-transfert » en est un de troisième niveau. La famille 2.4 comporte des codes de quatrième niveau :

2. Changements vécus

2.1 Changements vécus dans les émotions et les sentiments du thérapeute envers la clientèle

- 2.1.1 acceptation du contre-transfert
- 2.1.2 accueil ou rejet de la clientèle
- 2.1.3 affection ressentie pour le client
- 2.1.4 anticipation anxieuse à l'idée de rencontrer un client
- 2.1.5 culpabilité à propos des sentiments négatifs
- 2.1.6 désir de mettre fin au suivi remplacé par goût de relever un défi
- 2.1.7 empathie, compassion, sensibilité au client
- 2.1.8 pas de changements au niveau émotionnel
- 2.1.9 peur inspirée par la clientèle
- 2.1.10 sentiment de confort
- 2.1.11 sentiment de maîtrise, de sécurité
- 2.1.12 sentiment de proximité

- 2.1.13 sentiment d'épuisement
- 2.1.14 sentiment d'impuissance
- 2.1.15 sentiments de respect et de mépris
- 2.1.16 sentiments négatifs
- 2.1.17 sentiments particuliers pour le client présenté en supervision
- 2.1.18 tolérance à la détresse du client

2.4 Changements vécus dans les sentiments du thérapeute envers son travail et envers lui-même comme professionnel

- 2.4.1 auto-dépréciation
- 2.4.2 autonomie professionnelle
- 2.4.3 confiance en soi
 - 2.4.3.1 confiance en soi avec employés subalternes
 - 2.4.3.2 confiance en soi avec les clients
 - 2.4.3.3 confiance en soi avec les collègues
- 2.4.4 coupure travail-maison
- 2.4.5 fatigue ou épuisement professionnels
- 2.4.6 perception d'aider d'avantage les clients
- 2.4.7 respect de ses limites
- 2.4.8 sentiment de compétence ou d'incompétence
- 2.4.9 travail plus facile et plus plaisant

À la fin de cette étape, on observe la disparition progressive de nos codes de départ qui étaient liés aux questions du canevas. Par exemple, dans le code de deuxième niveau « changements vécus dans la pratique de l'intervenant », trois codes découlaient de questions du canevas d'entrevue, soit les codes « dans le travail avec l'ensemble de la clientèle », « dans le travail avec les clients présentés » et « dans le travail avec d'autres clients souffrant de troubles de la personnalité ». À l'origine, ces questions étaient destinées à répondre à notre interrogation préconçue à savoir si les apprentissages réalisés à propos d'un client présenté en supervision se généralisaient ou non. Comme cette deuxième ronde de codage n'a donné qu'un extrait pour ces trois codes, nous avons

choisi de les supprimer tous les trois. Il s'agit là d'un bon exemple du fait que nous étions centrée, au départ, sur la validation de nos hypothèses davantage que sur le vécu des intervenants. On observe heureusement, dans ce cas comme à d'autres moments dans les entretiens, que les participants ne répondent pas tant aux questions qu'ils ne restent centrés sur leur expérience, et ce malgré des questions biaisées par nos hypothèses.

Méthode comparative continue. La méthode comparative continue consiste à comparer les données empiriques entre elles pour discerner celles qui pourraient être regroupées sous un même code (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967). Ensuite, toutes sortes de comparaisons sont faites dans le but d'identifier les similitudes, les différences, les variations, les contrastes et les différentes relations entre les données (Corbin & Strauss, 2008; Glaser, 1978). On a recours à la comparaison pour ajuster les codes, les concepts et les énoncés émergents. Ces éléments théoriques sont constamment comparés ou confrontés aux données, en vue de les modifier, de les préciser, de les développer (Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978, 1998).

La comparaison continue des concepts entre eux a été présente à toutes les étapes de notre analyse, mais elle s'est intensifiée après les deux premières rondes de codage. En comparant l'ensemble des extraits qui ont été réunis sous un même code, ou l'ensemble des extraits de différentes familles de codes, nous avons développé l'arbre de concepts et l'avons raffiné. Cette opération importante a permis de faire progressivement la réduction des données. Par exemple, nous avons décidé d'amalgamer la famille

« Changements vécus dans les relations avec la clientèle » à la famille « Changements vécus dans les émotions et sentiments envers la clientèle », car, plus nous avons été exposées aux extraits, moins nous avons perçu de distinction entre la manière dont les sujets parlent de leurs relations avec la clientèle et l'expression de leurs sentiments et émotions à son endroit. Le vécu émotionnel et la relation sont indissociables dans le verbatim. Un tel amalgame se produit aussi lorsque deux codes ont plusieurs extraits dupliqués en commun. Cette étape permet de raffiner davantage et de clarifier les distinctions faites entre les divers concepts, et entraîne la disparition de certains codes ou familles de codes.

Nous avons procédé en comparant d'abord entre eux les codes de deuxième génération d'une même famille. Les familles de première génération ont ensuite été comparées et restructurées entre elles.

Développement par réduction et densification. Les principes de développement de l'analyse en *Grounded Theory* veulent qu'un mouvement de réduction et de densification accompagne la codification (Guillemette, 2006). Le chercheur réduit d'abord en regroupant des données dans des codes, puis en regroupant des codes dans des catégories, puis en regroupant des catégories dans un ou des « noyaux » théoriques (Glaser & Strauss, 1967; Paillé, 1994). La réduction s'opère aussi par la mise en relation des catégories à l'intérieur des schémas. Cette réduction produit des codes ou des catégories plus denses qui permettent au chercheur d'élaborer sa théorie avec un nombre

plus limité de concepts (Corbin & Strauss, 2008; Glaser & Strauss, 1967). La dernière phase de la densification se nomme phase d'intégration. Le chercheur raffine, ajuste et surtout relie de façon cohérente les différents concepts (codes, catégories, noyaux, etc.) dans un ensemble qui forme le squelette de la théorie émergente (Corbin & Strauss, 2008; Glaser, 2001; Paillé, 1994).

Recodage itératif. Une fois le codage de la totalité du verbatim complété, les extraits regroupés sous les divers codes de l'arbre de concepts ainsi obtenu ont pu être examinés et comparés entre eux. La méthode de comparaison continue et le développement par réduction et densification sont intimement liés puisque l'opération de comparer les codes ou les familles de codes nous amène à effectuer une réduction en intégrant les concepts apparentés en catégories de plus en plus denses. Ce resserrement se produit graduellement à mesure que l'examen systématique des extraits codés et leur réorganisation par rapport à l'ensemble éliminent de la redondance. Notre premier codage était large, dans un souci d'exhaustivité et d'ouverture aux données, et dans le souci de « coller » au verbatim et au vécu des participants. Nous avons cherché à suspendre notre jugement relativement à ce qui serait important ou pas, trop détaillé ou pas. Par exemple, nous n'hésitions pas à créer un code pour un extrait qui exprimait une idée singulière même si l'on ne la retrouvait pas chez d'autres participants, essayant de nous défaire de l'impression que le nombre ajoute à la valeur.

Nous avons ensuite procédé en relisant les extraits regroupés, famille par famille, puis par comparaison continue et systématique des codes, par intégration des concepts apparentés et par élimination de la redondance. Parfois nous avons examiné le codage d'une famille de codes prise isolément en comparant entre eux les codes ou les familles de codes de niveau hiérarchique inférieur qu'elle contenait. Par exemple, à la lecture des extraits de la famille de deuxième niveau « Utilisation thérapeutique du contre-transfert », le contenu nous est apparu se diviser en deux idées seulement. Par conséquent nous avons supprimé tous ses anciens codes de troisième niveau, au nombre de cinq, qui reprenaient des expressions verbatim des participants pour créer seulement deux codes conceptuels de troisième niveau et y redistribuer les extraits. D'autres fois nous comparions deux familles entre elles. Enfin, quand nous réalisions qu'un même concept ou des concepts similaires se retrouvaient dans plusieurs familles à différents niveaux hiérarchiques, nous avons comparé le contenu de tous ces codes entre eux. Par exemple, nous avons examiné les redondances et les liens entre huit différents codes apparentés au même concept de gestion du contre-transfert et qui se retrouvaient à la fois dans des familles différentes et à des niveaux hiérarchiques différents d'une même famille. Enfin, l'organisation de l'arbre de concepts prenant progressivement forme dans notre esprit, nous pouvions également comparer un élément particulier à l'ensemble. Ainsi, dans l'examen de la famille de deuxième niveau « Changements vécus dans la conscience du contre-transfert », nous avons supprimé le code « Malaise à vivre un contre-transfert » parce que les deux extraits qu'il contenait pouvaient se classer dans deux autres codes similaires (« Acceptation du contre-transfert » et « Culpabilité »)

d'une autre famille de deuxième niveau, la famille « Changements vécus dans les émotions et sentiments ».

Au cours de ce processus, les codes continuent à se modifier en passant davantage de l'in vivo au conceptuel. Le codage et recodage itératif étant influencé par l'évolution constante du travail d'organisation des données, les codes in vivo de deuxième niveau qui reprennent les mots des participants sont réorganisés dans les codes conceptuels. Certains codes et familles de codes sont supprimés et de nouveaux sont créés.

Le raffinement de la structure de l'arbre de concepts, qui préfigure le squelette de la théorie qui sera extraite des données empiriques, s'effectue donc parallèlement à la réduction progressive du premier codage. En effet, le premier codage, focalisé sur l'immersion dans les données, ne pouvait pas se faire en considérant en même temps comment les divers codes ou familles de codes pouvaient se structurer hiérarchiquement les uns par rapport aux autres.

Par exemple, dans un premier temps nous estimions que le code « utilisation thérapeutique du contre-transfert » était un thème d'importance pour rassembler certains extraits, mais nous ne pouvions pas décider en même temps s'il devait constituer une famille à lui seul ou être inclus dans une autre. Les relations hiérarchiques entre les concepts et les catégories de concepts commencent à se préciser à cette étape-ci, à la faveur des amalgames, des suppressions, de la création de nouveaux codes conceptuels

et des réorganisations qui se produisent à tous les niveaux hiérarchiques de l'arbre. Ainsi, faisant suite à l'examen de la famille de deuxième niveau « Changements vécus dans la pratique de l'intervenant » et à sa comparaison avec une autre famille de deuxième niveau « Outils d'intervention », ces deux familles ont été amalgamées. La famille « Outils d'intervention » a été supprimée et les codes qu'elle regroupait sont devenus une famille de troisième niveau de la première famille « Changements vécus dans la pratique de l'intervenant ». Il arrivait aussi régulièrement qu'en cours de recodage des extraits soient dupliqués dans des familles éloignées, contribuant ainsi au remodelage de la structure de l'arbre.

Le processus qui a suivi le premier codage et que nous venons de décrire en est essentiellement un de recodage itératif. Dans cet exercice, nous sommes retournés à répétition dans les extraits par étapes successives. Par exemple, nous avons examiné et recodé la famille de deuxième génération « Changements vécus dans la compréhension de la dynamique du client » à plus d'une reprise. Nous avons revisité et modifié à nouveau cette même famille en la considérant dans un deuxième temps relativement à une famille de troisième génération de la famille « Changements vécus dans la pratique de l'intervenant », un code qui n'avait pas encore été créé à l'étape précédente. Plusieurs codes ou familles de codes ont été reconsidérés une deuxième et même une troisième fois en les comparant à une nouvelle portion de l'ensemble du corpus, ensemble qui était en constante évolution. Nous avons mis fin à cette phase de « recodage perpétuel » une fois acquise l'impression d'avoir fait suffisamment le tour des données, et que

l'exhaustivité de cette étape était suffisante pour qu'il devienne inutile de procéder à un deuxième codage systématique des verbatims d'entrevues. Nous nous trouvions en effet à avoir codé et recodé tous nos extraits alors que ceux-ci couvraient la presque totalité du verbatim. Nous avons donc amorcé la phase d'intégration avec la rédaction du rapport des résultats de l'analyse.

Premier cycle d'intégration. Cette étape correspond à la fin de l'utilisation du logiciel de codage QSR NVivo et au début de la rédaction du rapport des résultats de l'analyse. Elle a commencé par le choix de ne pas tenir compte de l'ensemble du corpus et d'abandonner les familles qui étaient trop éloignées de nos principales questions de recherche centrées sur la régulation du contre-transfert. Certains codes dont les extraits étaient redondants ou qui ne regroupaient finalement qu'un trop petit nombre d'extraits pour constituer une thématique à analyser ont également été élagués. Plusieurs familles de premières générations ont été écartées de l'analyse pour ces motifs : « Satisfaction conscientisée » qui porte sur les objectifs que les participants avaient au départ et sur les objectifs qu'ils perçoivent avoir atteint ou non :

« Changements vécus dans la dynamique d'équipe »;

« Changements perçus dans la vie personnelle de l'intervenant »;

« Climat du groupe »;

« Perception des caractéristiques du groupe »;

« Perception des modalités pédagogiques »;

« Perception de la superviseure »;

« Perception des caractéristiques organisationnelles »;

« Contribution du participant » qui porte sur l'effort de participation et sur le travail effectué entre les rencontres de supervision;

« Contribution de la superviseuse ».

Au total, sept familles de première génération ont été retenues pour l'analyse :

« Changements vécus dans les émotions et les sentiments du thérapeute envers la clientèle »;

« Changements vécus dans la perception de la clientèle »;

« Changements vécus dans les sentiments du thérapeute envers son travail et envers lui-même comme professionnel »;

« Changements vécus dans la pratique du thérapeute »;

« Gestion et utilisation thérapeutique du contre-transfert »;

« Fonctions du groupe du point de vue des participants »;

« Contribution de l'approche Masterson ».

Nous avons procédé en commençant par lire l'ensemble des extraits d'une famille et par produire une analyse globale pour chacune d'elles. Quand une famille de première génération comportait un nombre important de familles de troisième et de deuxième génération, nous commençons par analyser globalement les familles de deuxième ou de troisième génération. Ces analyses ont ensuite été regroupées pour procéder à une analyse globale de la famille de première génération. À la fin de ce processus, nous

dispositions de sept analyses globales, une pour chacune des familles dont la liste apparaît au paragraphe précédent.

Le processus de densification et de réduction s'est poursuivi à cette étape de rédaction. Avant de rédiger sous forme de texte suivi les analyses globales des sept familles retenues, nous avons procédé à une troisième révision systématique du codage lors de la relecture des regroupements d'extraits. Les opérations de réduction et de densification sont les mêmes que celles décrites précédemment : suppression des codes dont les extraits sont redondants; suppression d'extraits qui ne sont pas directement reliés au concept; reclassification d'extraits sous d'autres codes; amalgames de codes apparentés.

La théorisation prend plus d'ampleur à cette étape. Elle ne se restreint plus à la définition de concepts disparates et à l'interprétation du verbatim des participants, mais s'attache davantage aux associations entre les concepts et à l'identification de processus qui émergent en reliant divers éléments du corpus. Nous avons réorganisé les codes et les familles de codes autour de l'idée de trajectoires avant après la supervision. Nous avons ainsi obtenu une série de continuums décrivant l'évolution des participants à l'occasion du groupe de supervision, l'idée générale étant que les participants ne partent pas tous du même point et n'évoluent pas nécessairement de la même manière sur les continuums. Nous avons ensuite intégré notre matériel dans ces continuums. Par exemple, les perceptions qu'a l'intervenant de son travail et de lui-même comme

professionnel ont été amalgamées au continuum perception d'incompétence — perception de compétence et au continuum perception d'échec — perception d'efficacité. Nous avons également structuré la rédaction en fonction des concepts de conditions favorables aux processus.

Deuxième cycle d'intégration. Un deuxième cycle d'intégration a débuté avec le regroupement des sept analyses globales obtenues à l'étape précédente en un seul document. Nous avons commencé par nous immerger dans ces résultats en lisant l'ensemble des analyses mises bout à bout. Des opérations de réduction ont suivi dans les versions successives du rapport, éliminant de plus en plus la redondance, et précisant des catégories conceptuelles plus denses pour synthétiser les résultats. Le plan du texte, comme ce fût le cas pour l'organigramme du codage, s'est réorganisé progressivement à chacune des versions. Par exemple, nous avons constaté qu'il y avait un chevauchement important entre les codes « sentiments » et les codes « perception », car il s'agissait souvent d'une même expérience émotionnelle. Nous les avons amalgamés dans une même catégorie conceptuelle, le contre-transfert ressenti. Des sept familles de concepts retenues, nous sommes passés à quatre catégories principales à la fin de cette étape.

Modélisation. L'opération de modéliser l'analyse consiste en la traduction concrète en symboles graphiques des relations entre les concepts, de même que des hiérarchies éventuelles, intégrant catégories et sous catégories. La modélisation aide le chercheur à développer son analyse et à préciser les relations qui émergent entre les

catégories. Elle l'aide à prendre un recul par rapport à son analyse en se détachant des multiples détails que fournissent les données (Corbin & Strauss, 2008; Schreiber, 2001).

En cours de rédaction, nous avons modélisé le contenu du rapport pour améliorer sa structure logique et narrative, et dans l'intention de poursuivre la réduction et le raffinement conceptuels en réorganisant le texte. La modélisation et la réorganisation du texte s'influencent mutuellement. Une circularité s'est établie entre les lectures successives du texte, les ajouts et modifications au modèle graphique, et la réorganisation du texte. Le modèle graphique s'enrichit et se raffine au cours de la rédaction des versions successives du rapport.

La modélisation nous aide à focaliser plus particulièrement sur les interrelations entre les concepts. Par exemple, nous avons réalisé lors de cet exercice que le sentiment de compétence et d'efficacité est à la fois une condition facilitante de la régulation du contre-transfert et fait partie du contre-transfert ressenti. En se décentrant des codes in vivo, la modélisation nous a aidés à accéder à un niveau supérieur de théorisation tout en poursuivant le processus de densification. Par exemple, en examinant les liens entre divers concepts, nous avons décidé d'incorporer « Perception d'être mieux outillé » à « Perception de compétence et d'efficacité », car il s'agit de concepts apparentés et associés dans les données, la perception d'être mieux outillé faisant partie de l'impression d'être plus compétent. Dans les premières étapes du processus, nous

focalisations davantage sur la sémantique et les codes in vivo (le mot « outillé » semble différent de « compétent »), pour transférer ensuite l'accent sur la conceptualisation.

Comme toute dernière opération de l'analyse, nous avons cherché à valider et/ou enrichir cette dernière en retournant dans les données, c'est-à-dire en relisant le verbatim des seize entrevues pour découvrir d'éventuels éléments qui seraient nouveaux ou en contradiction avec le modèle issu des résultats de notre analyse. Nous avons alors constaté que l'aspect échanges, soutien et validation du groupe comme conditions favorables à la régulation du contre-transfert, pourtant bien présent dans les données, n'était pas suffisamment ressorti dans les résultats de l'analyse. Nous avons donc ajouté au rapport des extraits illustrant ce processus, et modifié le titre de la section « Ventilation et normalisation du contre-transfert » pour « Ventilation et normalisation du contre-transfert dans un climat de soutien ». Nous avons également modifié le modèle graphique en ajoutant, dans la case supervision, « Échanges et soutien du groupe ». Enfin, cette dernière étape nous a permis de repérer et d'ajouter quelques citations des participants pour illustrer encore mieux certains processus déjà présentés dans le rapport. Globalement, cette dernière opération nous a confortés dans notre impression d'avoir bien fait le tour des données.

Journal de recherche. L'écriture d'un journal de recherche est une démarche qui se réalise tout au long du projet de recherche. Le journal constitue la trace écrite des idées du chercheur au fur et à mesure que l'analyse avance, du début à la fin. Ces traces

écrites servent à documenter l'analyse et à fournir des explications sur les choix du chercheur à propos des concepts, des relations entre les codes, comment les idées préconçues du chercheur ont été mises entre parenthèses, etc. (Charmaz, 1983, 2004; Corbin & Strauss, 1990; Glaser, 1978, 2003).

Dans notre cas, la tenue du journal a débuté avec l'analyse des données qualitatives. Nous y avons documenté dans le détail, sur une quarantaine de pages, toutes les opérations d'analyse dont nous venons de rendre compte sous une forme synthétique.

Synthèse

Sans en avoir suivi toute la démarche pour réaliser l'ensemble du volet qualitatif de notre étude, nous avons appliqué plusieurs des principes de la *Grounded Theory* au développement de l'analyse de nos données qualitatives : la mise entre parenthèses de nos idées préconçues, le développement par codage et catégorisation, la méthode comparative continue, le développement par réduction et densification, la modélisation, la validation de l'analyse par la réimmersion dans les données et la rédaction d'un journal de recherche.

La mise entre parenthèses des idées préconçues a été réalisée par deux exercices, la lecture des verbatims des entretiens après avoir retiré les questions biaisées par nos hypothèses causales et l'exercice d'explicitation et de modélisation de nos

préconceptions. Cette deuxième opération nous a également permis de clarifier la sensibilité théorique avec laquelle nous allons appréhender les données, soit les traditions cliniques de la psychanalyse, de la théorie des relations d'objet et de la psychologie du Soi.

Le développement par codage et catégorisation s'est effectué avec des codes in vivo et des codes conceptuels. Le choix d'une exhaustivité radicale dans le codage a concrétisé une posture d'ouverture aux données. On retrouve la méthode comparative continue à toutes les étapes de l'analyse (codification, évolution constante de l'arbre de concepts, rédaction des versions successives du rapport d'analyse) et elle est indissociable du développement par réduction et densification. Par un recodage itératif utilisant ces deux derniers principes, l'analyse est passée d'un souci d'exhaustivité et d'ouverture aux données à une densification des concepts. La théorisation a pris de plus en plus de place à mesure qu'étaient précisées les relations hiérarchiques entre concepts et catégories de concepts et à mesure que la redondance était réduite.

Enfin, l'exercice de modélisation des résultats de l'analyse a favorisé la théorisation en focalisant sur les interrelations entre les concepts et sur les processus émergents. La validation de l'analyse par réimmersion dans les données s'est faite par la relecture de l'ensemble du corpus après la rédaction du rapport d'analyse. Cette opération a entraîné des modifications au texte et au modèle graphique. L'écriture systématique

d'un journal de recherche a servi à documenter chacune des opérations d'analyse afin de pouvoir en rendre compte en toute transparence.

Résultats qualitatifs

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de l'analyse des données recueillies auprès des intervenants sur leur expérience du processus de supervision et sur les changements vécus dans leur travail avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. La méthode d'analyse que nous avons adoptée est expliquée au chapitre précédent, « Méthode qualitative » (page 242). Nous décrivons d'abord les changements vécus dans le contre-transfert une fois le processus de supervision terminé, c'est-à-dire l'évolution des sentiments et des perceptions des intervenants à l'égard du client comme d'eux-mêmes. Nous abordons ensuite les changements vécus dans la régulation et l'utilisation thérapeutique du contre-transfert. Enfin, les changements vécus dans la pratique clinique de l'intervenant sont abordés. À la suite de cette présentation plus descriptive des résultats, ceux-ci sont réduits et synthétisés en un modèle illustrant l'interrelation des processus ayant émergé de l'analyse.

En dépit du style général affirmatif et de l'emploi du pluriel (« les intervenants »), il importe de garder à l'esprit que tous les individus ne progressent pas de la même manière dans les processus de changement identifiés par notre analyse. Rappelons en guise d'avertissement que la démarche qualitative ne vise aucunement la généralisation ni ne prétend mesurer les phénomènes étudiés. La forme affirmative ne correspond donc pas à une déclaration de généralisation. Enfin, les extraits du verbatim des participants

visent à illustrer notre propos, non pas à indiquer à quel point les expériences rapportées sont représentatives de l'ensemble.

Changements vécus dans le contre-transfert

Les prochaines sections traitent des changements vécus par les intervenants sur le plan du contre-transfert ressenti en comparant leur expérience avant et après la supervision. Le contre-transfert est défini pour les besoins de notre analyse comme incluant les émotions et les sentiments que l'intervenant éprouve à propos de lui-même et du client, et envers la relation thérapeutique et le travail avec le client. Le contre-transfert comprend aussi les perceptions que l'intervenant a de lui-même et du client, et les attitudes qu'il adopte relativement à ces contextes.

Perception d'être plus compétent et plus efficace

Après la supervision, les intervenants ont l'impression d'avoir plus d'outils pour travailler avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et d'être moins dépassés, par opposition au mélange d'impuissance, de perception d'incompétence et de nihilisme thérapeutique qui prévalait chez eux avant la supervision. Ils ont plus confiance en eux dans leur travail avec cette clientèle. En voici quelques exemples. Philippe trouve que la supervision l'a aidé en lui donnant « *un peu plus d'outils pour composer avec la clientèle* ». Sylvain trouve que la supervision « *m'a changé comme thérapeute parce que ça m'a donné des outils que j'utilise encore aujourd'hui*. Françoise apprécie le cadre de référence théorique : « *Moi, je dirais qu'on a une démarche qui*

repose plus sur de la théorie. On peut se fier plus à la théorie et l'appliquer plus aux gens. [...] Subjectivement, je suis plus outillée avec la théorie ».

Les « outils¹ » appris en supervision sont perçus comme un complément pertinent à l'approche de base que l'intervenant utilisait déjà avec l'ensemble de sa clientèle avant la supervision. Madeleine préfère maintenant utiliser l'approche Masterson avec la clientèle visée : *« C'est comme si j'avais deux modèles maintenant. Je peux faire systémique avec des personnes qui n'ont pas de troubles de personnalité. Avec des troubles de personnalité, je me dis que j'ai un autre coffre d'outils pour faire une intervention pratique. »* Elle trouve que le modèle clinique de Masterson lui permet de comprendre les réactions fluctuantes de cette clientèle spécifique et fournit une méthode d'analyse qui mène à des pistes d'intervention qui *« ont plus de chances de réussite [...] J'avais besoin d'aller me chercher des outils et ça m'a redonné de la confiance. [...] Je me sens plus confiante en mes capacités d'intervenir, de faire les bonnes choses. »*

Pascale, qui est infirmière, trouve que le modèle théorique de Masterson ajoute des outils d'intervention à ceux qu'elle connaît déjà et qui proviennent du modèle médical. Elle estime que le modèle médical ne fonctionne pas avec tous les clients qui ont un trouble de la personnalité et elle a maintenant une autre approche : *« Ça nous amène à avoir un autre regard. J'avais quand même une bonne approche, mais ça nous outille davantage. Ça donne un outil théorique en arrière. »* Elle donne l'exemple d'un client

¹ Les intervenants font ici référence aux apprentissages réalisés en supervision, incluant les principes et techniques de l'approche Masterson.

narcissique qu'elle aurait, avant la supervision, orienté vers la médication plutôt que la psychothérapie, car elle n'aurait pas compris la nature de son désespoir lié à sa personnalité et l'aurait confondu avec une dépression clinique. Elle nous parle de ce qui l'a le plus aidé dans la supervision : « *Le fait d'apprendre cette façon de concevoir les troubles de personnalité. Je n'avais pas cette conception-là. Maintenant je ne travaille plus pareil. J'en avais des connaissances avant, mais je sais pas... je sentais toujours que je ne pouvais pas les aider. Je me sens plus habilitée à les aider. J'ai plus confiance en moi-même pour le court terme.* » Johanne, omnipraticienne, trouve aussi que la formation lui a apporté « *une autre façon d'aborder les problématiques et d'intervenir. Un complément. Un autre angle.* » Elle trouve que sa formation antérieure en psychiatrie ne l'avait « *pas outillée tant que ça* ».

La perception de pouvoir mieux aider les clients en intervenant autrement fait que les participants voient leur travail avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité comme plus facile et plus efficace. Ginette en donne un exemple : « *Oui, ça a changé. J'ai vu la relation changer. Ça devenait plus facile avec eux et en plus, je les voyais eux aller mieux* ». Philippe trouve que l'approche Masterson l'aide avec l'ensemble de la clientèle présentant un trouble de la personnalité à être plus efficace, même si les résultats ne sont pas aussi « exceptionnels » avec tous les clients qu'avec une cliente dont il a présenté le cas en supervision. Le groupe de supervision lui a aussi fait réaliser sa propre capacité à gérer les situations difficiles vécues par la clientèle et par l'équipe de travail qu'il supervise. Stéphanie, intervenante en centre de crise, a réussi

à changer son style naturel d'intervention qu'elle qualifie maintenant de « maternant » et qu'elle juge improductif avec une certaine portion de la clientèle. Elle trouve qu'elle est plus adéquate : « *Maintenant j'ai le sentiment de faire quelque chose pour vrai, de les aider pour vrai. J'ai plus confiance en moi dans ce sens-là. [...] je suis mieux quand je rentre chez moi. Je me gérais déjà bien avant de partir du travail, mais de savoir que j'ai fait ce que j'ai pu, eh bien, je me sens mieux comme personne* ». Elle se sent maintenant plus à l'aise et plus confiante dans son travail et croit qu'elle le dégage dans son attitude avec la clientèle : « *J'anticipe moins avec des patients qui sont plus difficiles. [...] Maintenant, je vois ça plus comme un défi* ». Elle se sent plus en maîtrise dans certaines interventions téléphoniques. Christine, une omnipraticienne, est aussi plus sûre qu'elle peut faire quelque chose pour aider ses patients souffrant de troubles de la personnalité : « *Je suis plus positive et j'ai moins d'appréhensions. J'ai un peu plus de direction pour les aider.* »

On voit que le thème de la confiance en sa compétence est intimement lié à celui de la perception d'être mieux outillé. Ces deux aspects sont bien présents dans le vécu des intervenants. Avant la supervision, plusieurs intervenants avaient l'impression d'être incompetents et vivaient un sentiment d'échec et d'impuissance avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Après la supervision, le développement d'un sentiment de compétence accrue avec ces clients prend la signification d'une plus grande confiance en sa capacité de les aider et de comprendre ce qui se produit dans la relation thérapeutique.

Vécu émotionnel des intervenants

Nous avons demandé aux intervenants si leur expérience émotionnelle avec leurs clients souffrant d'un trouble de personnalité s'était modifiée avec la supervision. Deux thèmes sont ressortis plus particulièrement en ce qui a trait au vécu émotionnel des intervenants. Le premier est celui de l'anxiété éprouvée dans le travail avec cette clientèle. Sous le vocable d'anxiété, nous avons regroupé les termes utilisés par les participants tels que « angoisse », « peur » et « malaise ». Le deuxième thème est celui de l'empathie. Nous avons également exploré avec les participants la possibilité que leur perception de la clientèle ait changé après leur participation au groupe de supervision. Deux autres thèmes ont pu être dégagés : les perceptions et attitudes négatives à l'endroit de la clientèle, et la perception négative du contre-transfert lui-même.

Anxiété. L'anxiété est l'un des sentiments négatifs que les participants ressentaient, avant la supervision, à l'égard de la clientèle présentant un trouble de la personnalité et de leur travail auprès d'elle. Comme nous le verrons dans ce qui suit, l'expérience de cette anxiété situationnelle pouvait comporter plusieurs facettes : l'anticipation de l'échec, l'anticipation d'être submergé, le sentiment d'être démuné, la perception d'être incompetent. Cette anxiété, liée au fait d'avoir à travailler avec un client porteur d'un diagnostic de trouble de la personnalité, était ressentie avant même de le rencontrer.

Après la supervision, les anticipations de Christine par rapport à son expérience émotionnelle sont différentes. Comme Madeleine, elle est moins anxieuse à l'idée de rencontrer un patient qui a un trouble de la personnalité : *« J'ai beaucoup moins d'angoisse quand je vois leur nom sur ma liste de patients de la journée! »* Même si l'intervention avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité demeure anxiogène, Sophie constate des améliorations dans son confort et dans la solidité de ses interventions. Une autre participante, en parlant des aspects positifs du groupe, confie : *« Ça fait presque vingt ans que je suis en santé mentale et les troubles de personnalité ça a toujours été ma peur. Je me disais ah non!!!! Mais maintenant je ne dis plus ça. C'est quand même important. »*

Liens entre l'anxiété, l'attitude d'évitement et de rejet de la clientèle, et la perception d'efficacité et de compétence. Les intervenants voient un lien entre la perception d'être mieux outillé et la diminution, voire la disparition, de l'anxiété d'anticipation d'avoir à travailler avec un client qui présente un trouble de la personnalité et, par conséquent, de leur attitude d'évitement de la clientèle. Devant les impasses, l'impression d'incompétence peut faire place à la compréhension qu'il est nécessaire de tenter une autre approche qui soit adaptée et faire place à la confiance de posséder des outils plus appropriés à ce genre de problématique. Ce témoignage de Madeleine, à propos de sa réaction quand elle prend un nouveau cas avec un diagnostic de trouble de la personnalité, est un exemple éloquent de ce thème : *« Je ne me dis pas*

que je ne veux pas quelqu'un qui a un trouble de la personnalité. Je me dis c'est correct, c'est ça, je vais quand même avoir des outils. »

En comparant leur vécu avant et après la supervision, les participants ont témoigné du changement qu'ils observent dans leur attitude d'évitement ou d'exclusion du client. L'expérience de succès, même relatif, avec un client dont le cas a été présenté en supervision agit positivement sur la peur et l'aversion ressenties envers la clientèle. Élisabeth donne cet exemple de son évolution : *« Je suis plus à l'aise. Moi, des mères comme ça, avant, j'aurais voulu qu'elles ne reviennent jamais. J'étais heureuse quand elles ne venaient pas parce qu'après trois absences on ferme le dossier. Plus maintenant. »* Élisabeth perçoit qu'elle est plus en mesure d'aider la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité, et elle n'a plus envie de l'éviter : *« Dans les CLSC, partout on les craint ces gens-là. Donc, on préfère les éviter. Je ne vais plus les éviter. Ça me fait beaucoup moins peur. Et c'est même valorisant parce qu'on se dit : moi je vais pouvoir y arriver, moi je vais faire différent. »* Pascale se perçoit comme plus compétente pour aider la cliente dont elle a travaillé le cas en supervision. *« Avant, j'étais contente quand elle cessait le suivi parce que c'était exigeant pour moi. »* Stéphanie dit qu'elle apprécie davantage ses clients et que maintenant elle comprend pourquoi elle se sent mal avec eux et comment elle peut utiliser son contre-transfert négatif. *« [...] au début, on se dit ouache, qu'est-ce que c'est ça? On a presque envie d'éviter ces clients-là. On se sent mal dans les rencontres, on se dit est-ce que ça va finir? On est là pour aider, mais on se demande quand est-ce que le suivi va finir...*

J'avais le goût de mettre fin au suivi, mais là au contraire je vois ça comme un challenge et je me dis : non, ça va changer. »

Autres sentiments négatifs et émergence de sentiments positifs. D'autres émotions négatives étaient vécues avant la supervision. Les intervenants pouvaient se sentir pris dans un écheveau d'agressivité sans trop comprendre ce qui se passait. Ils éprouvaient des sentiments de frustration, d'irritation, de colère, et même de rage. L'impuissance et d'autres sentiments négatifs apparentés étaient courants. Dans cette veine, les intervenants expriment avoir vécu de la lourdeur, et des expériences d'impasse et d'échec.

Les intervenants font l'expérience d'une diminution de leurs sentiments agressifs, nommés avec des vocables tels que « frustration », « impatience », « emportement ». Jacques donne l'exemple d'une cliente qui lui « tapait sur les nerfs », qu'il a présenté en supervision et avec qui il a développé un lien de confiance et de complicité. Il attribue ce développement au travail sur le contre-transfert et aux repères théoriques du cadre clinique : *« Et j'en suis le premier étonné. Je ne pensais pas que cette cliente pourrait arriver détendue avec moi. Elle me rentrait dedans et était en état de grande défense. »*

Une attitude plus empathique et accueillante et des sentiments affectueux tendent à remplacer les sentiments négatifs et le désir d'éviter, de punir ou d'exclure le client. Par exemple, Louise se sent plus tolérante face à la souffrance de la clientèle et relie ce

changement au groupe de supervision qui l'a aidée à diminuer l'intensité de son contre-transfert. Françoise, chef d'équipe en Centre Jeunesse, nous parle d'une jeune fille qui soulevait « énormément de colère » au sein de l'équipe, dont le cas a été travaillé dans le groupe de supervision et par la suite avec les intervenants de l'équipe. Elle rapporte qu'il n'y a plus tellement de divisions dans l'équipe à présent au sujet de cette jeune fille et que les sentiments négatifs à son endroit sont remplacés par un désir de l'aider : « Ça peut encore arriver des sentiments négatifs, mais ça ne dure pas. Peut-être de l'impuissance, mais ça ne reste pas. Souvent les gens voient les progrès qu'elle fait. Elle fait d'énormes progrès. Donc à chaque fois qu'il y a une rechute, on sait que c'est pour aller plus de l'avant. Mettons qu'on ne prend pas ses rechutes de façon personnelle non plus ». Elle observe que les intervenants de son équipe « sont beaucoup moins envahis par les situations. Je les sens moins envahis. Je sens qu'ils ont plus d'outils. » Au sujet de la cliente dont elle a présenté le suivi en supervision, Madeleine confie : « Oui, c'est sûr que ça a changé avec elle. Je la comprends plus, je comprends plus ses réactions et la façon de la prendre aussi, par exemple la confronter. Oui, avant, dès que je savais que j'avais un rendez-vous avec elle c'était comme oh non! qu'est-ce qui arrive, qu'est-ce que je vais faire? Je ne savais pas trop comment m'en sortir tandis que là, je la vois, je suis contente, plus confiante, j'ai développé plus d'affection pour elle. Ça ne devient pas un dossier qui est aussi lourd, que je vois avec une lourdeur. Bon, ça reste un trouble de la personnalité, ça reste que c'est difficile, mais c'est moins lourd. »

Les sentiments d'impuissance et de lourdeur évoluent également. Après le processus de supervision, le travail des participants est ressenti comme moins épuisant et plus facile sur le plan émotionnel. Sophie associe cet allègement à sa capacité de cerner de manière plus réaliste les attentes du client en fonction de ce qu'elle peut vraiment offrir. Pascale, pour sa part, s'épuise moins vite parce qu'elle aborde les clients d'une façon plus intuitive et qu'elle essaie moins de les contrôler. Sylvain attribue le fait de trouver son travail plus facile à la ventilation du contre-transfert et à l'encadrement clinique reçu en supervision.

Synthèse des changements dans le vécu émotionnel. Après le processus de supervision, certains ont la certitude que leur expérience émotionnelle globale avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité sera dorénavant différente. Ils vivent une diminution de l'intensité, de la durée et de la fréquence du contre-transfert négatif qu'ils ressentent, et l'émergence de sentiments et d'attitudes positifs. Certains ont vécu une diminution de leur anxiété et un confort relatif dans leur travail avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. D'autres croient que leur expérience émotionnelle globale ne sera pas significativement différente, mais qu'ils la toléreront et l'accepteront davantage. Pour ces derniers, ce sont plutôt les émotions négatives suscitées par le fait de ressentir un contre-transfert négatif qui s'atténuent. La signification culpabilisante que certains intervenants attribuaient à leur contre-transfert négatif et qui accentuait leur expérience émotionnelle négative se modifie. Cet aspect sera approfondi dans la section qui suit. Parmi les changements vécus dans le contre-

transfert après la supervision, les points qui ressortent sont la distanciation face au contre-transfert négatif, la diminution des sentiments négatifs et l'émergence de sentiments et d'attitudes positifs. Le sentiment d'être submergé et démuné, de même que la perception d'être incompetent régressent pour faire place à la perception d'avoir une direction, d'être plus outillé, d'avoir confiance en ses moyens. L'anticipation du succès gagne du terrain sur l'anticipation de l'échec. Les intervenants se sentent moins démunés et ont moins l'impression de piétiner dans le suivi.

Ventilation et normalisation du contre-transfert négatif dans un climat de soutien

Les intervenants, avant la supervision, n'étaient pas à l'aise avec leur contre-transfert négatif. Le fait même de ressentir ces émotions négatives dans le processus d'intervention alimentait et accentuait le contre-transfert négatif. Ils pouvaient se sentir coupables ou honteux d'éprouver de l'aversion, de la colère ou de l'impuissance envers le client, ou de ne pas avoir envie de travailler avec lui. Pascale confie ce type de vécu : « [...] je me sentais coupable parce que je me disais : cette personne me demande de l'aide et moi j'ai pas le goût de l'aider. J'ai pas envie de le voir. Je le trouve comme ci, comme ça. Je me trouvais jugeante. » Les sentiments d'impuissance vécus dans le suivi thérapeutique pouvaient à leur tour alimenter l'anxiété situationnelle. C'était le cas de Marie, à qui le fait d'éprouver de l'impuissance dans le suivi inspirait de la peur. Enfin, le contre-transfert négatif pouvait entraîner un sentiment d'aliénation, l'impression d'être le seul à vivre cela, ou à le vivre avec une telle intensité.

Les intervenants, comme Pascale, pouvaient partir d'une attitude de méfiance et de jugement négatif face à leur contre-transfert et se sentir forcé de le subir : « *Je ne me fiais pas à mon senti. J'avais peur d'être une mauvaise intervenante si j'écoutais mon senti* ». Elle fait plus confiance à son contre-transfert depuis la supervision au lieu de se sentir coupable de ne pas avoir envie d'aider ni de voir le client. Les intervenants associaient le contre-transfert négatif à une image honteuse d'incompétence professionnelle.

Après la supervision, les intervenants acceptent et tolèrent davantage le fait de se sentir mal à l'aise ou anxieux avec la clientèle. L'inconfort du contre-transfert négatif les déstabilise moins dans leur intervention. En voici trois exemples. Johanne, chef d'équipe en Centre Jeunesse, constate que sa participation au groupe de supervision a créé de l'ouverture au contre-transfert chez les intervenants de son équipe qu'elle supervise et avec qui elle reprend les analyses effectuées dans notre groupe de supervision : « *Il n'y a pas de jugement par rapport au contre-transfert et c'est un atout* ». Stéphanie croit qu'elle acceptera et qu'elle se servira davantage de son contre-transfert négatif : « *Pour moi, l'impuissance et la frustration, c'est quelque chose que je vis difficilement. Des fois, ça arrive que je me sente impuissante, je le sais, je le sens, et je vais même prendre une position confortable et je laisse ça comme ça. Ça a sa raison d'être. De prendre le temps de s'arrêter et de ressentir* ». Sophie porte attention à ses émotions durant l'interaction avec le client et tolère le fait de ressentir des émotions négatives dans l'interaction thérapeutique sans toutefois se laisser envahir. Elle accepte mieux cette

difficulté inhérente au travail avec les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité.

La normalisation du contre-transfert est évoquée par plusieurs comme un aspect important de leur expérience de supervision. Sophie la cite d'emblée parmi les aspects qui l'ont vraiment aidée : « *Se rendre compte qu'on n'est pas les seuls à ressentir du contre-transfert négatif ou à avoir des difficultés relationnelles avec les patients. Ça brise l'isolement, ça nous rapproche dans la mesure où tout le monde peut apporter des suggestions.* » Madeleine a été soutenue par le fait que les autres partageaient ses préoccupations et ses sentiments à propos du cas qu'elle présentait. Cette expérience de validation a contribué à accroître sa confiance en elle avec la clientèle. Les échanges chaleureux et le support dans le groupe ont été très enrichissants pour Stéphanie. Pour elle aussi, la normalisation du contre-transfert fait partie des aspects de la supervision qui l'ont le plus aidée : « *Être moins mal à l'aise de vivre un contre-transfert par rapport à ces clients là. Je me disais qu'on était dix à vivre ces affaires-là. Ça normalisait.* »

Les intervenants trouvent que d'avoir ventilé et échangé en groupe sur le contre-transfert leur a été profitable, ainsi que le résume Élisabeth : « *Quand on ose exprimer notre contre-transfert, ça nous rend plus disponible au client et l'intervention est plus productive. Et je peux garder mon empathie.* » Les intervenants soulignent le soutien, le respect et l'aide qu'ils ont reçus de la part du groupe lorsqu'ils prenaient le risque de

s'exposer au jugement des collègues et de la superviseure en ventilant et en discutant de leur contre-transfert. Philippe a aimé « *le soutien du groupe par rapport à ce qu'on vivait.* » De même qu'Élisabeth : « *C'était vraiment très agréable. Vraiment. Je m'entendais bien avec tout le monde. On a eu de la chance. Tout le monde était supportant vis-à-vis des autres, il y avait vraiment une grande tolérance. Et pourtant moi je ne suis pas à l'aise de parler en groupe. On y allait avec nos contre-transferts, les miens qui étaient énormes parfois. Mais j'y allais sans malaise parce que je ne me sentais pas jugée.* » Les interventions du superviseur et l'accueil du groupe favorisent la normalisation du contre-transfert et, de ce fait, son acceptation. Par exemple, Jacques souligne que la superviseure l'aidait beaucoup à se déculpabiliser face à son contre-transfert et qu'il n'a pas été jugé au sein du groupe. « *L'accueil, l'ouverture... On était beaucoup reconnu dans ce qu'on pouvait vivre. Validé d'être humain et d'avoir des sentiments d'êtres humains* ». Marie ressentait au départ une anxiété de performance et une crainte du jugement dans le groupe de supervision. Ces peurs sont rapidement disparues grâce à la manière dont la superviseure a dédramatisé le fait de ressentir un contre-transfert intense avec la clientèle.

La perception que l'on peut intégrer le contre-transfert dans l'intervention facilite l'acceptation du contre-transfert négatif. Par exemple, Marie a moins peur de son contre-transfert d'impuissance maintenant qu'elle sait qu'elle peut s'en servir. Le contre-transfert devient alors « utile » pour l'intervention plutôt que d'inspirer de la méfiance, de la culpabilité ou de la honte.

Évolution des perceptions et des attitudes négatives à l'endroit de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité

Avant la supervision, les intervenants pouvaient partager les jugements négatifs ou les stéréotypes qui circulaient dans leur milieu de travail au sujet des clients qui présentent un trouble de la personnalité. Le témoignage de Marie illustre cette observation : *« Pendant longtemps, on se disait que la clientèle trouble de personnalité on ne peut rien pour elle. Je travaille dans un établissement dans lequel c'est vraiment souvent utilisé. Et quand on pense comme ça, on ne peut pas développer la pensée qu'on peut faire quelque chose. C'est comme culturel. C'est un préjugé adopté. Moi je suis ici depuis le début de l'équipe santé mentale. C'était présent dès le début. Et moi aussi je l'ai pensé jusqu'à la supervision. »*

Après la supervision, ils portent des jugements moins catégoriques, remettent en question certaines perceptions négatives de la clientèle qui ont cours dans leur culture professionnelle, et ont une compréhension différente de la dynamique de la clientèle. Élisabeth souligne l'importance de garder l'esprit ouvert et de ne pas faire siens les jugements négatifs et l'invalidation à l'endroit du client qui peuvent circuler dans l'équipe : *« Moi ce que je retiens de cet enseignement, de cette dynamique de groupe, c'est finalement l'ouverture d'esprit. D'éviter de se forger une opinion préconçue. Des fois, il y a des jugements professionnels rigides qui peuvent venir nous contaminer. Tenir bon face au jugement du groupe »*. Elle trouve que la supervision l'aide à *« éviter*

le rejet institutionnel, parce que ce sont des gens qu'on met de côté et qui reviennent souvent en crise et étiquetés. »

Certains intervenants cultivent une perception plus respectueuse et nuancée de la clientèle. Christine a un peu plus de compréhension du vécu de ces clients : *« Avant, je pensais dans ma tête : Ah! Il devrait donc s'aider. Ah! Maudit fatigant de méprisant! C'était négatif envers eux. Maintenant, j'ai plus de compassion. »* Le nihilisme thérapeutique, une sorte de mépris envers le potentiel du client pour qui « on ne peut rien faire », fait place à la conviction que les clients ayant un trouble de personnalité peuvent progresser, à la compassion et au désir de les aider. Par exemple, la perception de la clientèle comme volontairement « manipulatrice » ou comme « cause perdue » fait place à la perception que ce sont des personnes blessées, dont le développement est plus laborieux, mais qui possèdent quand même un potentiel de changement. Le travail avec ces clients est alors perçu comme un défi plutôt que comme une entreprise futile ou condamnée à l'échec. Par exemple, Élisabeth vit plus d'ouverture et plus d'espoir d'arriver à des résultats avec la clientèle même si c'est difficile. Françoise rapporte que la meilleure compréhension théorique des clients ayant un trouble de la personnalité *« permet de comprendre que leurs comportements ou ce qu'ils provoquent n'est pas nécessairement volontaire. Ils sont pris avec ça. C'est toute leur perception qui est erronée. Il s'agit de prendre une distance par rapport à ça, et de ne pas le prendre personnel, parce que ces personnes sont aux prises avec leurs relations mésadaptées. »*

Ce changement d'attitude contribue à une meilleure évaluation et à une meilleure conduite thérapeutique. Sophie, une omnipraticienne en CLSC, donne l'exemple d'une patiente qui demandait une prolongation de son arrêt de travail pour cause de maladie. Elle explique que, chez les médecins, les préjugés et la peur d'être manipulé par le patient qui a un trouble de la personnalité peuvent conduire à une attitude défensive, à ne pas écouter suffisamment et à fixer son jugement hâtivement. Elle est fière d'avoir évité cet écueil avec une patiente présentant un tableau complexe, en ayant été capable d'évaluer son cas et sa demande avec nuance. Elle a pu respecter son cadre en ne donnant pas de congé maladie pour des manifestations du trouble de personnalité, tout en pouvant reconnaître la présence d'un état comorbide justifiant un tel congé, car elle était moins prise dans sa peur de se faire manipuler et dans ses jugements négatifs : « *Au début, j'étais un peu inquiète qu'elle puisse me manipuler, mais je me suis permise d'être à l'écoute qu'elle puisse me manipuler. On a fait soixante-quinze minutes ensemble et à la fin je lui ai donné son arrêt de travail, mais j'ai été capable de lui parler des aspects liés à la personnalité. « Je ne vous donnerai jamais d'arrêt de travail en lien avec ça, mais, aujourd'hui, je vois que, pour d'autres raisons, vous auriez peut-être besoin d'une prolongation d'arrêt de travail et je suis à l'aise avec ça. Mais je n'irai pas plus loin que ça ».* Je pense que la cliente était contente et moi aussi. Je n'ai pas l'impression de m'être fait manipuler ou charrier d'aucune façon. Je trouve que j'ai eu une bonne conduite parce que j'ai pris le temps de faire le tour de tous les enjeux. Parce que des fois, avec les troubles de personnalité, on a tendance à les juger... Et là on est sur la défensive et on peut faire des mauvais diagnostics ou des mauvais

*traitements... » Madeleine explique qu'avant la supervision, elle utilisait une approche qu'elle trouve bien adaptée au court terme et aux personnes qui n'ont pas de trouble de personnalité, mais qui ne répondait pas aux besoins de ces dernières : « *Quand je me retrouvais avec des troubles de personnalité, ça ne s'appliquait pas. C'est sûr que si j'avais été dans le sens de mon approche générale, j'aurais fermé le dossier. J'aurais dit « elle n'est pas motivée, elle ne fait pas de changement et elle est manipulatrice; c'est de la manipulation ».* Depuis la supervision, cette intervenante ne perçoit plus les impasses comme de la manipulation ou un manque de volonté.*

D'autres intervenants ont vécu des changements plus particulièrement sur le plan de leurs interventions. C'est le cas pour Philippe : « *Mes perceptions n'ont pas changé parce que j'ai toujours trouvé que c'était une clientèle hyper difficile, hyper compliquée, hyper lourde, hyper tout! Mais la compréhension, oui. De partir beaucoup du contre-transfert de l'intervenant, de partir de ses propres émotions pour mieux comprendre le type d'émotions qui habitent le client. De là, être plus en mesure de mettre des mots sur certaines problématiques, de mieux les comprendre, de mieux les cerner, prendre une distance, prendre un recul plutôt que de juste les subir et les vivre sans trop savoir ce qui arrive exactement. Dans la compréhension c'est assurément à ce niveau-là que les choses se sont grandement améliorées. Dans la perception, ça demeurait à l'époque et ça demeure encore la clientèle la plus difficile qui est abritée dans nos Centres Jeunesse.* » Sylvain conserve lui aussi sa perception que ce type de clients demandent

beaucoup de temps et qu'il est ardu de travailler avec eux, mais la supervision l'a aidé à gérer certaines problématiques.

Approfondissement de l'empathie

Avant la supervision, les jugements critiques à l'endroit de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité et le sentiment de ne pas la comprendre sont caractéristiques. Cette position évolue vers une empathie d'une relative profondeur selon les individus. Certains disent qu'ils étaient déjà empathiques, mais que la supervision les a confortés dans leurs perceptions et rendus encore plus empathiques. Les intervenants développent une nouvelle compréhension de la détresse que vivent leurs clients qui souffrent de troubles de la personnalité.

L'expérience de Ginette affecte sa relation avec l'ensemble de sa clientèle et jusqu'à sa vie personnelle : *« Avec les clients narcissiques, j'avais l'impression d'être douce, mais non, je ne l'étais pas vraiment (rires). Il a fallu que je m'exerce à dire les choses avec beaucoup plus de doigté. Je pense que ça a un impact sur toute ma pratique. Et je dirais même avec les gens dans mon entourage, dans ma vie personnelle. On dirait que je suis beaucoup plus consciente de l'autre »*. Elle fait ici référence au fait de se soucier de la façon dont l'autre peut recevoir ce qu'elle dit, et au fait qu'elle puisse blesser l'autre sans le vouloir, car il n'entend pas nécessairement les choses comme elle : *« J'ai plus le souci d'aller vérifier et de bien m'assurer que l'autre a bien entendu ce qui s'est dit. Émotionnellement bien reçu. »* Elle a atteint *« un niveau de conscience plus*

profond. » Pascale se perçoit comme une intervenante qui était déjà empathique. Elle a l'impression d'être encore plus compatissante et patiente avec la clientèle après la supervision.

Évolution de la compréhension de la détresse des clients. Plusieurs intervenants comprennent mieux, chez les clients, la souffrance qui se cache derrière les symptômes, les attitudes et les comportements désagréables, blessants ou stressants qui sont de nature à provoquer l'aversion des intervenants. Ils comprennent mieux le vécu difficile et la limite des capacités d'adaptation de leurs clients souffrant de troubles de la personnalité. En somme, ils saisissent mieux leurs véritables enjeux. La souffrance du client est décodée plus rapidement et comprise de façon plus empathique.

Par exemple, Christine a modifié son contre-transfert dans sa façon d'interpréter les interactions aversives avec la clientèle : *« C'est peut-être de comprendre leur attitude avec plus de distance et de compassion. De me sentir moins incompétente. De me dire que ces sentiments-là viennent probablement de ce que le patient a un trouble de personnalité. C'est plus positif. Je suis plus confiante que je peux faire quelque chose pour les aider. »* Stéphanie distingue mieux les gestes et attitudes « enrageants » de la souffrance qui les sous-tend, et cela contribue à sa perception beaucoup plus positive de la clientèle. Louise trouve qu'elle a une plus grande compréhension et plus d'empathie pour la souffrance qui se cache sous l'attitude très tranchante, de clivage ou de déni, manifestée par les clients. Elle comprend qu'ils sont très blessés. La perception qu'a

Pascale de la clientèle s'est elle aussi modifiée : « *C'est sûr, parce que je comprends plus ce qu'ils ont vécu et je sais maintenant que les symptômes qu'ils présentent viennent de blessures dans le vécu. Je le savais avant, mais maintenant je vais le valider. Ça corrobore ce que je savais. Je le vérifie et ça fonctionne.* » Jacques parle d'une cliente qui lui reprochait de ne pas être digne de confiance et de qui il se sentait attaqué. Il croit que sans la supervision, il aurait probablement réagi en contre-attaquant : « *Je l'aurais cadrée! (Rires), mais là, je ne l'ai pas fait. Je me suis dit, laissons cette dame réfléchir... En fait il y a eu un changement : même si elle m'a attaqué et que j'étais en contre-transfert, j'ai compris que c'était une démonstration de sa souffrance...* »

La compréhension du vécu difficile et de la structure de personnalité d'une de ses clientes permet à Élisabeth de demeurer empathique alors que l'ensemble de son équipe, selon elle, déprécie cette personne, y compris le psychologue : « *Le psychologue m'a dit qu'elle était folle et des choses horribles. Il ne veut plus travailler avec elle. Il a dit que ça ne donnait rien, qu'elle était sado-maso* ». En parlant du développement de son empathie, Élisabeth fait elle aussi référence à la compréhension des manifestations de la détresse du client : « *On ne s'arrête pas à la charge émotionnelle que cette personne dégage à la première rencontre. Maintenant, je dépasse cela. C'est pas toujours facile émotionnellement pour nous parce qu'on reçoit beaucoup d'agressivité, de provocation, mais on va un peu au-delà.* »

Changements vécus dans la régulation et l'utilisation thérapeutique du contre-transfert

Ce que nous entendons par régulation du contre-transfert est un processus en trois étapes que nous avons identifié à partir de nos postulats théoriques et de notre expérience clinique et que nous avons repéré dans les témoignages des participants. Dans le but de rester proche de nos données empiriques, cette étape d'analyse a été réalisée avant de procéder à la recension des écrits scientifiques. Nos propres résultats seront confrontés au corpus théorique et aux autres études empiriques dans le chapitre consacré à la discussion des résultats. Les trois étapes séquentielles du processus de régulation du contre-transfert que nous avons repérées dans les données sont les suivantes. En premier lieu, le contre-transfert est ressenti de plus en plus consciemment. Dans une deuxième étape il est mentalisé, c'est-à-dire analysé sur le plan cognitif, ce qui permet de lui attribuer une signification et d'en moduler l'intensité. Troisièmement, le contre-transfert mentalisé peut être canalisé en une intervention productive pour l'alliance ou le processus thérapeutiques. À l'inverse, on constate que l'échec de ce processus de régulation du contre-transfert peut mener à des interventions ou des omissions qui sont de nature à alimenter les impasses thérapeutiques.

Prise de conscience de son propre vécu émotionnel

Les intervenants trouvent qu'ils prennent davantage conscience de leur contre-transfert, qu'ils le réalisent plus rapidement, et qu'ils focalisent davantage leur attention sur leurs propres émotions durant l'interaction avec les clients.

Christine a apprécié la focalisation sur le contre-transfert : « *Devant des cas de trouble de personnalité, je me sentais un peu dépourvue. Je suis médecin. Je suis habituée à problèmes/solutions. Ça m'a permis de ventiler mes sentiments. [...] J'ai trouvé que l'intérêt n'était pas juste de nous passer des connaissances. On nous apprenait à nous baser sur ce qu'on vivait en nous aidant à avoir plus d'insight sur notre vécu émotionnel.* »

Le contact accru de l'intervenant avec sa propre expérience émotionnelle peut modifier ses rapports avec la clientèle, comme le souligne Stéphanie : « *J'écoute plus mon contre-transfert. Avant je le mettais de côté ou je réagissais sans savoir que c'était un contre-transfert.* » Françoise trouve que, grâce à la supervision, elle prend rapidement conscience des émotions envahissantes qu'elle vit dans le travail avec la clientèle et qu'elle analyse ce qui se passe. C'est pour elle un changement important « *tandis que quand tu n'en es pas conscient, tu ne le sens pas. T'as le nez collé dessus.* » D'autres ont également réalisé qu'avant la supervision, ils pouvaient vivre des états contre-transférentiels dont ils n'étaient pas conscients.

La perception qu'ont les intervenants de l'importance du contre-transfert pour le travail thérapeutique s'est modifiée après la supervision. La focalisation sur le contre-transfert peut même être perçue comme un outil d'intervention à part entière par l'intervenant, et devenir pour lui une dimension significative du processus thérapeutique. Pour Marie, un des aspects saillants du processus de supervision est d'avoir pris

conscience de l'impact du contre-transfert qui s'installe. C'est aussi le cas de Jacques :
« J'ai pris conscience en travaillant sur mon contre-transfert de comment il pouvait être aidant comme être extrêmement nuisible en même temps. Je vais faire en sorte de l'utiliser ».

La ventilation et la normalisation de leur contre-transfert permettent aux participants d'aller plus loin dans l'analyse de la situation clinique et dans la structuration de l'intervention. Philippe a développé une facilité à s'ouvrir aux autres chefs d'unité sur les sentiments qu'il vit face à des employés ou des supervisés. Avant, il essayait de trouver une solution sans partager son contre-transfert. *« Tu t'apercevais que tu n'es pas anormal de penser ça ou de vivre ce type d'émotion avec ce genre de personnage comme client ou employé.[...] Mais en s'épaulant, et du moins en s'ouvrant par rapport au contre-transfert, ça permettait, un, de l'identifier, deux, de prendre un certain recul et une distance qui me permettait de revenir plus organisé dans ma tête pour essayer un autre type d'intervention ou un autre angle de prise. »*

Analyse du contre-transfert à l'aide du modèle clinique de Masterson

Certains participants ont pris l'habitude d'essayer d'analyser les émotions qu'ils vivent avec les clients et de les utiliser dans l'intervention. Lorsque les intervenants analysent leur contre-transfert, ils poursuivent différents buts et atteignent divers résultats. Ils peuvent tenter de clarifier la frontière soi-client, c'est-à-dire de départager les sentiments et attitudes qui appartiennent à chacun. Ils peuvent utiliser le contre-

transfert comme une fenêtre sur le vécu émotionnel non dit ou dissocié du client, ou comme des indices permettant d'appuyer une hypothèse diagnostique quant à la dynamique intrapsychique et d'ajuster leur style d'intervention en fonction de cette hypothèse. L'analyse du contre-transfert en utilisant les enseignements de la supervision est associée au recouvrement d'une distanciation psychologique.

Avant la supervision, Philippe vivait beaucoup de contre-transfert et ne savait pas l'identifier au-delà d'une réaction globale d'irritation et d'aversion pour le client. Maintenant, il analyse son contre-transfert : « [...] *ça me permet de prendre plus de recul, de me poser des questions et de remettre en place ce qui appartient à chacun* ». Il utilise l'approche Masterson pour être moins pris dans le contre-transfert avec l'ensemble de ses clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité. Sylvain trouve que la supervision « *a changé ma façon de me dégager émotionnellement de ces patients-là* ». Louise a intégré les enseignements de la supervision surtout sur le plan de la régulation du contre-transfert : « *Ça m'a permis d'être plus tolérante face à leur souffrance. Je pense que ça m'a permis d'être moins chargée émotionnellement et de mesurer encore plus l'importance des interventions [...] Oui, je peux te dire qu'à ce niveau-là, ça a changé.* » Madeleine nous parle aussi du thème de la distanciation : « *Quand on a des gros dossiers, qu'on ne sent pas qu'on réussit trop bien, c'est difficile de couper, d'arriver à la maison et de couper avec ça. Mais là, il y avait plus de coupure. J'étais capable de ne pas me sentir aussi responsable. J'étais capable de plus de distance avec ces dossiers-là.* »

Le fait de pouvoir expliquer leur contre-transfert négatif intense à l'aide des concepts théoriques du modèle de Masterson a aidé certains intervenants à réguler leur contre-transfert et à recouvrer une attitude plus accueillante. Pour Christine, le moment marquant de la supervision a été « *quand j'ai compris la structure des troubles de la personnalité et quand j'ai vu [...] la différence des contre-transferts selon les structures, ça a vraiment consolidé mon sentiment d'expérience globale positive de la supervision. [...] Ça m'a détachée de mon contre-transfert au lieu d'être prise dans mes émotions.* » Le cadre théorique a permis à Philippe de « *prendre une distance, un recul et d'attribuer à la dynamique du client ou à l'intervenant que je supervise le contre-transfert qui venait.* » Dans ce recul, il essaie d'identifier la structure intrapsychique du client et cet exercice le dégage de son sentiment contre-transférentiel d'impuissance ou d'incompétence. Sylvain utilise le cadre théorique pour mieux évaluer la dynamique du client, et ce faisant se sent « *moins pris là-dedans, moins seul* », et dans un lien plus profond avec le client.

L'importance particulière du concept de contre-transfert par identification projective. Le concept d'identification projective¹ a été vulgarisé à plusieurs reprises et dans divers contextes lors des rencontres de supervision. Ce concept a également été repris dans les interventions de supervision lors d'exercices visant à formuler des

¹ Ce concept est défini et illustré dans la section « Identification projective, contre-transfert et troubles de la personnalité » du contexte théorique, page 25.

interventions à partir du contre-transfert exprimé par le groupe¹. Les intervenants ont expérimenté l'application du concept de contre-transfert par identification projective à leur analyse clinique et à la formulation d'intervention. Ils ont trouvé l'intégration de ce concept particulièrement utile, notamment parce qu'ils perçoivent que le concept du contre-transfert par identification projective, entendu comme miroir du transfert du client, facilite la régulation du contre-transfert. La façon dont ils s'approprient cette notion et l'intègrent à leur analyse clinique facilite une attitude plus distanciée et compatissante, et tempère les sentiments d'incompétence, d'impuissance, de rage et de culpabilité. Cette intégration favorise le sentiment des intervenants de pouvoir maîtriser la situation, ce qui les aide à aborder la clientèle avec moins d'anxiété. Le concept de contre-transfert par identification projective est aussi nommé comme ayant facilité l'évolution des jugements négatifs vers une position empathique.

Ce témoignage de Philippe, un chef d'équipe en Centre Jeunesse², illustre comment l'intégration de la notion de contre-transfert par identification projective peut aider les intervenants qu'il supervise à prendre du recul face à son contre-transfert. *« Il y avait une jeune qui était, maintenant on le sait, état limite ou borderline. Elle mettait tout en échec. À chaque fois qu'on faisait des choses positives avec elle, elle nous mettait constamment en échec. Puis elle avait le sentiment de rage qu'on avait contre*

¹ Le lecteur peut se reporter à la page 180 du chapitre « Description de la supervision de groupe à l'étude » où sont décrits les concepts clef de l'approche Masterson véhiculés dans la supervision à l'étude.

² Les chefs d'équipe en Centre Jeunesse qui participaient à la supervision de groupe à l'étude présentaient des cas qu'ils rediscutaient ensuite dans leur équipe de travail auprès de laquelle ils avaient aussi un rôle de superviseur. Ils étaient donc, pour un même cas, supervisés dans notre groupe et superviseur dans leur équipe. Il s'agissait d'équipes d'unités résidentielles et de réadaptation pour adolescentes.

elle parce qu'elle nous enrageait. Tout ce qu'on mettait en place, toute l'énergie qu'elle nous demandait ou qu'elle faisait en sorte qu'on déployait autour d'elle, en bout de ligne c'était tout le temps, tout le temps, tout le temps, de façon invariable, voué à l'échec. À un moment donné on se disait « ça n'a pas d'allure ». On avait initié une activité, on débloquait des fonds pour elle, on débloquait des façons de faire différentes, on mettait du personnel supplémentaire et en bout de ligne, c'est pas gentil, mais elle nous chiait tout le temps dans les mains. C'était vraiment l'expression qui nous venait tout le temps. Le sentiment de rage et de colère était diffusé à travers l'équipe, et difficile à renverser. [...] C'était difficile pour l'ensemble de l'équipe. » Il décrit ensuite la contribution de la supervision de groupe : *« J'arrivais, une fois à distance, avec du recul et mieux outillé avec cette approche, justement à maintenir une distance. Faire comprendre à l'intervenant que comment lui se sent, c'est comment elle se sent maintenant. En disant ça, ça nous... pas déculpabilise, mais ça nous excuse un peu de dire que c'est pas parce que je la déteste, c'est pas parce que je ne suis pas bon. C'est parce que c'est intense ce qu'elle vit.[...] Alors qu'avant, tu ne sais pas ce qui arrive. Donc là, je suis enragé après elle, je n'ai pas le goût de travailler avec elle, elle m'énervé. Puis tu te dis : regarde, ça objective, ça met une distance. Ça permet de mettre une sorte de tampon entre l'émotion que tu vis et celle qu'elle vit aussi. »* Le cadre théorique a permis à Philippe de mieux comprendre la dynamique du client et le contre-transfert, et de prendre une distance. Il insiste sur le concept de contre-transfert par identification projective quand il pense à l'amélioration des pratiques de son équipe.

Comme Philippe, d'autres intervenants considèrent que la compréhension du contre-transfert comme tirant ses origines, du moins en partie, de la dynamique du client les aide à avoir un recul sur la situation. Pascale se sent plus en mesure d'aider sa cliente maintenant qu'elle attribue la source de son contre-transfert d'impuissance à la dynamique de la cliente : *« Cette cliente, elle a beaucoup de problèmes physiques et elle se plaint beaucoup. Elle a fait des dépressions. Elle revient me voir et je sens son impuissance, mais je ne vis plus ça comme mon impuissance à l'aider. C'est son impuissance à elle. Et il y a beaucoup de choses qu'elle ne veut pas regarder pour s'aider, donc ça lui fait vivre de l'impuissance. Je me sens plus en mesure de l'aider. »*

Le concept de contre-transfert par identification projective, et la transmission d'affects du client au thérapeute qu'il implique lui ont été bénéfiques en validant des intuitions qu'elle n'osait pas suivre. *« Je ne prends plus ça sur mes épaules. J'avais déjà conscience que ça ne m'appartenait pas, mais les sentiments d'impuissance, d'incompétence et de culpabilité, c'est difficile de dire que ça ne t'appartient pas. Pour les idées suicidaires, c'est bien clair parce que je n'ai pas d'idées suicidaires, mais pour d'autres choses c'est plus difficile de tracer la ligne. Je pense que je comprenais que j'absorbais le senti et le monde intérieur des patients, mais c'est la première fois que j'entendais quelqu'un en parler et dire que c'était normal. Maintenant, je suis plus capable de délimiter des frontières. Et d'être centrée sur comment je me sens. »*

Le concept de contre-transfert par identification projective aide l'intervenant à la fois à moduler le contre-transfert ressenti et à être empathique au vécu intérieur du

client. L'intervenant utilise les notions sur le contre-transfert qui sont véhiculées dans la supervision pour mieux distinguer les sentiments d'incompétence, de culpabilité et d'impuissance qui sont induits par le client, de ses sentiments personnels dont il s'attribue la responsabilité. Ainsi, son expérience contre-transférentielle est moins pénible, car il ne l'interprète plus de manière uniquement intrapersonnelle. Il peut en attribuer une bonne part à la dynamique intrapsychique du client et à la relation. Un autre témoignage de Philippe illustre cette idée : *« Avec cette référence théorique, je pouvais prendre une distance, un recul, et remettre au client le contre-transfert qui venait. Regarde, ce n'est pas moi qui vis ça, c'est elle ou lui. »*

Utilisation du contre-transfert dans l'intervention

Les intervenants qui sont plus à l'écoute de leur contre-transfert et qui réalisent son potentiel diagnostique peuvent ensuite l'utiliser pour formuler des interventions. Ainsi, ils s'inspirent de leur analyse du contre-transfert pour choisir d'aborder un enjeu affectif avec le client lors d'une prochaine rencontre.

Marie voit maintenant le potentiel que recèle le contre-transfert pour l'intervention. En plus d'avoir normalisé et dédramatisé le contre-transfert à ses yeux, la supervision lui a *« réellement démontré qu'on pouvait s'en servir au lieu de [...] débâter sur le client, mais vraiment pour en parler au client. »* Élisabeth se sert aussi de son contre-transfert pour appréhender et aborder le vécu du client : *« Et ça me permet, quand j'ai un contre-transfert, de réaliser que ma cliente est aussi mal que ça. »*

Donc, je me dis que je dois en parler la prochaine fois. J'ai plus de courage par rapport à ça, j'attends le moment opportun pour dire les choses. » Pascale a appris à intégrer son contre-transfert à ses interventions. Elle utilise sa compréhension intuitive du client avec l'ensemble de sa clientèle : *« Je passe plus par leur vécu et leur senti »*. Elle comprend ce que le client vit à partir de son propre contre-transfert : *« Peu importe comment tu en parles après au patient, mais déjà d'être plus conscient de ce que le patient vit, c'est déjà aidant. Ça change tout parce que les patients le sentent. J'ai eu un patient narcissique. Et quand je lui ai parlé de ce que je sentais, il a tellement été soulagé que je comprenne ce qu'il vivait. Je l'ai vu tout de suite. J'ai été capable de faire des liens. »*

Ginette réfléchit à la manière de canaliser la régulation de son contre-transfert dans l'intervention : *« J'identifie plus mon émotion et ça me permet, quand j'en vis une, de prendre du recul et de dire : qu'est-ce qui se passe là? Comment je vais poser la question? Comme je vais lui raconter ce que je sens? [...] »* Après la supervision, Sophie se sert aussi de son contre-transfert pour guider l'intervention : *« Ça m'amène à être très à l'écoute de comment je me sens [...] pour pouvoir puiser à l'intérieur de ce bassin de sentiments, d'émotions pour pouvoir intervenir[...] »*

Changements vécus dans la pratique clinique

Intégration partielle et individualisée du modèle clinique de Masterson

Bien que nous ne leur ayons pas demandé s'ils avaient intégré les notions enseignées à leur pratique clinique, ni fait référence dans l'entrevue à la théorie de Masterson, plusieurs participants se sont exprimés spontanément à ce sujet.

Les intervenants ont l'impression de n'avoir pas pleinement ou « parfaitement » maîtrisé le modèle de Masterson, que ce soit sur le plan de leur compréhension des concepts théoriques ou de leur habileté à manier les techniques d'intervention enseignées. La perception du degré d'intégration des notions auquel l'intervenant est parvenu varie d'un individu à l'autre. Les intervenants estiment quand même que cette intégration partielle représente un apport positif important à leur pratique et qu'ils s'en servent concrètement. Rappelons qu'étant donné le temps imparti et l'intensité de la supervision, il était prévu et annoncé dès le départ qu'il serait irréaliste de viser un niveau de maîtrise de l'approche Masterson. Nous visions davantage une initiation dans un temps relativement bref et souhaitions connaître les résultats d'une telle démarche d'introduction.

Le thème du degré d'autonomie atteint dans leur utilisation de l'approche Masterson a été abordé par quelques participants qui trouvent parfois difficile d'appliquer le modèle par eux-mêmes. Toutefois, d'autres participants rapportent avoir acquis une maîtrise suffisante pour pouvoir à leur tour expliquer la théorie, superviser d'autres intervenants ou se guider entre collègues. Des participants ont aussi exprimé l'idée que l'intégration et l'habileté à formuler les techniques d'intervention s'acquièrent progressivement, avec la pratique, comme en témoigne Stéphanie : « *C'est un processus, ça s'intègre petit à petit. Au départ c'était théorique, puis c'est devenu une corde de plus à notre arc. C'est très utile, et même nécessaire avec notre clientèle.* »

Les notions perçues comme ayant été intégrées ne sont pas nécessairement les mêmes d'un participant à l'autre, et une même notion ou technique peut être facile à intégrer pour l'un et difficile pour l'autre. Comme on observe quand même un chevauchement appréciable entre les participants quant aux acquisitions perçues comme intégrées, nous avons pu établir le résumé qui suit, à partir de l'analyse de tout ce qui a été relevé par les participants.

En ce qui concerne l'intégration des concepts cliniques, des intervenants trouvent qu'ils identifient mieux la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et qu'ils font de meilleurs diagnostics. Certains se disent même capables d'assez bien identifier les structures intrapsychiques et de faire le diagnostic différentiel entre elles. Cela peut même aller jusqu'à avoir assimilé les paramètres des contre-transferts spécifiques à chacune des structures intrapsychiques et à les considérer dans l'établissement de l'hypothèse diagnostique. Sophie, omnipraticienne, trouve le système de diagnostic différentiel des structures intrapsychiques facile à saisir. La supervision lui a permis « *de mieux diagnostiquer, de mieux dépister les gens qui ont des troubles de personnalité. D'être capable de départager, est-ce que c'est un problème schizoïde, de personnalité limite ou narcissique. Ça, ça m'a aidé. C'est pas trop compliqué. Mais en partant de là, ça me dit qu'il faut que j'évite les écueils [...] les écueils relationnels avec ces patients-là.* »

Sur le plan de l'intervention, les participants perçoivent qu'ils maîtrisent mieux le travail avec la clientèle visée. Ils peuvent manier, au moins partiellement, les techniques d'interprétation empathique pour structure narcissique et de confrontation pour structure borderline. Enfin, certains intervenants ont pu intégrer l'utilisation du contre-transfert pour formuler une intervention, mais pour d'autres cette technique est demeurée nébuleuse ou plus difficile à appliquer.

Intégration du concept de triade dynamique. Certains ont intégré le concept de triade dynamique¹, parfois au point d'avoir ce cadre d'analyse bien en tête et de l'utiliser systématiquement et spontanément avec l'ensemble de la clientèle, comme Sophie : *« L'aide du superviseur permet de mettre en mots simples ce qui est en train de se passer, de le faire de façon logique avec une grille. Elle nous invite aussi à le mettre en pratique et à l'intégrer. Moi, ça m'a donné plus d'autonomie et de confiance. Ça m'a aidée. »* Stéphanie a bien intégré la triade de Masterson : *« Le cadre théorique est très clair, c'est applicable à presque tous les dossiers. [...] C'est une grosse force d'avoir appris à échanger ensemble et que la superviseure fasse le pont entre la théorie et la pratique. La théorie reste dans la tête. On l'utilisait vraiment dans l'intervention. La traduction concrète dans l'intervention. »* Madeleine pense que ce qui l'a le plus aidé a été de comprendre, grâce à l'analyse de la triade, la dynamique de la cliente qu'elle a présentée au groupe. Le concept de triade dynamique *« pour la première fois mettait vraiment des mots sur la dynamique de cette clientèle »* et organisait des idées qu'elle

¹ L'activation autonome du Soi réel déclenche les affects de dépression d'abandon, qui mobilisent à leur tour les défenses primitives, ce qui bloque la poursuite de l'activation autonome.

avait pu avoir elle-même. « *C'est vraiment une autre façon d'analyser, une autre façon de faire.* »

L'expérimentation du modèle clinique de Masterson a permis à certains intervenants de comprendre et de prédire les réactions du client face aux stressors psychosociaux présents dans sa vie actuelle, et de prédire les réactions ponctuelles du client dans la relation thérapeutique, comme l'illustre Madeleine : « *Ce qui a le plus aidé? ... je pense que c'était de comprendre la dynamique de la cliente. Là je comprenais pourquoi, en faisant l'exercice du tableau¹, pourquoi en ayant tel profil elle réagissait de telle façon et pourquoi. [...] comprendre pourquoi quand on propose quelque chose elle réagit comme ça. Puis pourquoi une semaine avant, ça va bien, et une semaine après, ça ne va plus. Tu sais, les hauts et les bas de la personne qui a un trouble de personnalité. Je trouve que ça aide à mieux la comprendre. Ça donne d'autres pistes d'intervention.* »

Intervention vécue comme plus efficace

Progrès thérapeutiques attribués à l'application du modèle clinique de Masterson. Des intervenants ont observé des progrès thérapeutiques qu'ils attribuent à leur application de l'approche enseignée en supervision. Ces observations nourrissent

¹ Par « exercice du tableau », les participants désignent l'exercice que la superviseuse faisait au tableau lors des rencontres de supervision de groupe, qui consistait à synthétiser l'information autour des concepts de triade dynamique et de structure intrapsychique.

leur croyance que l'approche Masterson est efficace et que ce qu'ils ont pu en intégrer les rend plus compétents. Voici quelques exemples de ces expériences.

Ginette a observé des résultats positifs quand elle mettait en application les interventions suggérées en supervision : *« [la cliente] cognait dans les murs, elle pleurait, elle criait pendant les entrevues. Je l'ai présentée assez rapidement. Pour m'apercevoir de ce qu'elle me faisait vivre. Je me dissociais. Je m'éloignais d'elle. Il fallait que je change cette attitude. La superviseure m'a aidé à comprendre mon contre-transfert et pourquoi j'étais prise là-dedans. Et quand j'ai été capable d'amener ça à la cliente, la dissociation, j'ai vu son attitude changer. Elle a arrêté de cogner dans les murs, elle n'a plus jamais crié. C'était frappant. Cette dame, même les médecins ne veulent pas la voir... Elle est difficile. »*

Johanne, qui dirige une unité d'arrêt d'agir en Centre Jeunesse, rapporte que, quand elle et les autres chefs d'équipe qui ont participé à la supervision font l'exercice d'analyser la dynamique du jeune selon le modèle clinique de Masterson, ils sont souvent capables d'identifier une ligne directrice pour l'intervention et ils observent que cela produit des résultats même quand l'impasse durait depuis des mois. Elle donne l'exemple d'un cas où l'application des interventions découlant de cette analyse clinique aurait permis d'éviter l'escalade et le transfert d'une jeune fille dans son service, c'est-à-dire d'éviter une mesure plus lourde.

Philippe, lui aussi chef d'unité en Centre Jeunesse, rapporte comme événement marquant de la supervision un processus qui a donné des résultats très positifs avec une autre jeune fille. Il attribue ces résultats à l'application persévérante de l'approche par l'ensemble de l'équipe, et ce bien que ce qui leur était demandé était contre-intuitif et tranchait avec les façons habituelles d'intervenir. *« Si on avait maintenu l'approche qu'on prodigue à l'interne, c'est-à-dire un peu action/réaction, l'approche systémique : pour obtenir quelque chose dans la vie il faut que tu fasses, il faut que tu donnes en retour, donc, fais ce que je te demande et tu vas avoir des bonnes choses. Il y a des types de clients qui ne sont pas nécessairement aptes à cette approche. Je trouve que ce cas-là nous a permis, à moi et à l'équipe, de poursuivre l'approche Masterson avec d'autres clients ou du moins de tenter l'expérience. Ce n'est pas toujours concluant, pas tout le temps magique comme avec cette fille. [...] on a tenté pour la première fois quelque chose de complètement différent de ce qu'elle avait eu dans sa vie jusque-là. »*

L'événement le plus saillant vécu par Stéphanie dans le processus de supervision concerne aussi les progrès obtenus avec une cliente perçue au départ comme fragile et potentiellement explosive, qui suscitait un contre-transfert de peur. Le travail avec elle s'est transformé en une expérience de succès et de fierté pour l'intervenante, qui s'est vue capable d'appliquer les pistes d'intervention suggérées et a observé que sa cliente les intégrait et diminuait ses passages à l'acte.

Certains ont conservé l'habitude de faire eux-mêmes l'exercice du tableau pour analyser la triade, particulièrement les chefs d'équipe en Centre Jeunesse, car ils supervisent leur équipe. Essentiellement, le concept de triade dynamique résume le modèle de Masterson. Comme tout modèle clinique, il fournit une ligne directrice pour l'intervention. Les intervenants trouvent que le concept de triade dynamique les oriente vers une intervention plus efficace. Par exemple, Johanne a constaté l'utilité de la grille d'analyse de Masterson, tant pour orienter l'intervention que pour la régulation du contre-transfert, en faisant l'exercice du tableau avec son équipe : *« Pour certaines jeunes, d'avoir fait le tableau et d'avoir pu identifier l'intervention, ça a été très aidant. Pas pour toutes les jeunes, je te dirais, mais pour plusieurs. [...] On faisait le tableau et ça aidait nos intervenants. [...] Ça a amené de bien que les intervenants, et c'est pas facile, à exprimer leur colère, leur impuissance, leur peur, le fait qu'ils se sentent démunis. Ces jeunes-là font vivre des émotions très intenses. ...) Je suis capable de leur refléter et ils sont capables de le prendre et de prendre le recul nécessaire pour faire l'intervention privilégiée. Ça, c'est majeur, et c'est ce que j'ai toujours visé. D'avoir cette formation-là, ça les a bien campés [...] »*

Meilleure adaptation à la clientèle narcissique. La supervision a permis aux intervenants de mieux reconnaître les narcissiques à grandiosité inhibée (« closet narcissist ») et à intervenir différemment avec eux. C'est le cas pour Stéphanie : *« Ça m'a aidée à repérer les narcissiques. C'est bien intégré maintenant dans mon processus*

d'évaluation. Le modeling d'interprétations empathiques de la superviseure a beaucoup aidé. »

En s'appropriant les notions de structures intrapsychiques de Masterson, les intervenants ont appris à tenir davantage compte de la sensibilité et de la subjectivité des clients pour ajuster leur intervention. La relation thérapeutique est alors vécue comme moins conflictuelle et l'intervention comme plus efficace. Les témoignages en ce sens concernent plus particulièrement les clients qui présentent une structure narcissique. Sylvain en donne un exemple : « *Je ne vais pas prendre la personne de la même façon [...] je vais l'aborder différemment avec les clients qui ont un trouble de personnalité. Par exemple, si je suis avec un narcissique, je ne vais pas le prendre de front comme je faisais avant parce que je ne savais pas que ça pouvait amener des difficultés. Je trouve que ça aide à développer de meilleurs liens thérapeutiques avec les clients.* » De même, Élisabeth affirme : « *Le modèle clinique n'est pas trop compliqué. J'ai appris à distinguer les narcissiques des borderline et comment ne pas les heurter pour ne pas les perdre* ». Ginette, pour sa part, a expérimenté que les interprétations empathiques peuvent être plus efficaces que les simples reflets avec le client narcissique.

Les participants ont intégré un style de communication plus empathique avec les clients qui présentent une structure narcissique. Françoise précise le cas d'une jeune fille qui s'automutile lorsqu'elle est en colère. L'équipe va maintenant au-delà de l'impression qu'elle cherche ainsi à contrôler l'entourage. « *Quand on intervient avec*

elle, c'est quelqu'un qui est plutôt narcissique, on fait attention à comment on va l'aborder. Ça, c'est très présent. On l'a toujours en tête. » Pascale a amené un partenaire de son CLSC, un centre de réadaptation pour toxicomanes, à modifier son offre de service pour un client présentant une structure narcissique en lui expliquant la subjectivité et la dynamique psychologique de ce dernier. Le centre de réadaptation a finalement accepté que le client fasse une démarche individuelle plutôt que de groupe, trop humiliante, et qu'il avait d'ailleurs précédemment abandonné. Ce client persévère maintenant au centre de réadaptation comme au CLSC.

Objectifs d'intervention plus réalistes. Des intervenants de CLSC qui travaillent en court terme ont réajusté leurs attentes quant à la rapidité de l'évolution de la clientèle et commencé à développer une vision de ce que peut être un plan d'intervention pertinent pour le court terme. Des attentes irréalistes contribuaient en effet à leur sentiment d'échec et d'impuissance. Par exemple, avant la supervision, Madeleine arrivait à atteindre les objectifs qu'elle se fixait sauf avec les clients souffrant d'un trouble de la personnalité. Elle comprend maintenant qu'il faut un processus assez long avec ce type de clients, mais qu'il peut y avoir une succession d'épisodes de services à court terme, chacun se limitant à des objectifs moins ambitieux, mais plus réalistes. Elle a maintenant l'impression de mieux comprendre la dynamique particulière de cette clientèle et accepte que l'évolution soit plus lente et se fasse en dents de scie. Marie est plus attentive à ne pas surestimer la capacité de changement à court terme de la

clientèle : « *Je fais attention parce que ça peut signifier de mettre le client face à un échec* ».

La supervision peut aussi amener l'intervenant à se positionner de manière plus réaliste dans la relation thérapeutique en l'aidant à se déprendre des identifications projectives, comme l'illustre Sophie : « *Si je suis capable de m'écouter, et de respecter mes limites, je vais agir en fonction de ce que je peux offrir. Donner ce que je suis capable de donner et ne pas offrir ce que je ne peux pas offrir. C'est travailler dans des conditions qui sont moins épuisantes. Ça c'est sûr que c'est un plus.* » Sophie fait référence à l'idée « [...] *de redonner clairement la responsabilité à la personne de ce qui lui appartient. De dire les choses. Moi je peux faire ça et ça. T'as une attente que je fasse ça, mais je ne le ferai pas. Ça vient me dégager. Ça, ça t'appartient. T'as l'opportunité de faire ça. Ça dégage beaucoup. Tu sais, dans un contexte médical, on accepte beaucoup de choses, mais on ne redonne pas la responsabilité.* »

Persévérance de l'intervenant à demeurer engagé dans la relation thérapeutique. Certains changements vécus contribuent à ce que l'intervenant maintienne son engagement dans la relation thérapeutique. Le fait de se percevoir mieux outillé, de percevoir de manière plus positive la clientèle et les possibilités de travail avec elle, de récupérer une distance émotionnelle en régulant leur contre-transfert, de même que la validation de la superviseuse et des pairs, tous ces éléments ont été associés

par les intervenants à une attitude persévérante de leur part à s'investir dans le suivi et à tenter des interventions pour dénouer les impasses.

En dépassant sa perception de la clientèle comme « *manquant de motivation* » ou « *manipulatrice* », Madeleine persévère avec les clients qui ont un trouble de personnalité en utilisant ce qu'elle a intégré de l'approche Masterson au lieu de fermer le dossier. Johanne constate aussi qu'elle peut aller plus loin dans l'intervention. Elle propose maintenant aux clients « *une panoplie de choix et de moyens avant de conclure qu'il n'y a plus rien à faire.* » Elle remarque aussi que les intervenants de son équipe sont plus à l'aise de tolérer leur peur des passages à l'acte quand ils persévèrent à intervenir selon cette nouvelle approche. Élisabeth parle également de persévérance et ne s'arrête plus à la charge émotionnelle que le client dégage à la première rencontre : « *C'est sûr que les troubles de la personnalité, je les vois différemment. Je leur donne une chance. Je vais persévérer. Je ne vais pas, à la moindre altercation, me désister. Je vais essayer de ramener les choses. Non pas les condamner en disant qu'elles sont épouvantables. Finalement, je récupère. Je suis quelqu'un d'assez tolérant en général et peut-être encore plus aujourd'hui parce que je sais que si on prend ça de telle façon ou avec telle attitude, avec les troubles de la personnalité, on arrive à des résultats. C'est long, c'est pas évident. Moi cette formation m'a donné de l'espoir et de la persévérance* ».

Liens entre l'intégration du modèle clinique de Masterson, la régulation du contre-transfert et l'intervention vécue comme plus efficace. Dans leurs témoignages, les intervenants associent le modèle clinique de Masterson, la régulation du contre-transfert et l'efficacité de l'intervention. En voici quelques exemples.

Françoise, chef d'unité en Centre Jeunesse, observe que les intervenants de son équipe ont intégré le cadre théorique et s'en servent quand l'intervention devient plus difficile. Elle trouve que le cadre théorique les sensibilise au contre-transfert que le travail avec ces jeunes peut susciter. Il leur permet de mieux comprendre les émotions vécues de part et d'autre et facilite un recul. Ce processus les rend « *plus efficaces et plus objectifs [...] Ils sont capables de prendre une distance et de mieux intervenir* ». Par exemple, ils pensent à intégrer l'empathie à leurs interventions.

Christine trouve qu'elle a plus de perspective et se laisse moins entraîner dans le contre-transfert. Cela a une influence positive sur son intervention : « *[...] je me dis, bon, O.K., c'est ça qui est en train de se passer en ce moment. Donc, j'essaie de retenir mon contre-transfert pour avoir plus de compassion.... et... mettre un effort plus approprié pour que l'intervention aide le patient.* » Philippe observe que l'énergie libérée une fois qu'il s'est dégagé de son contre-transfert est réinvestie dans de meilleures interventions et un meilleur accompagnement. Il décrit un phénomène parallèle lorsqu'il intervient à titre de superviseur : « *Je pense que le mot-clé c'est ça, de prendre un recul et une distance. Même moi je peux être envahi par le contre-transfert d'un client et je*

peux être en mesure d'être neutre et d'accompagner l'intervenant dans son intervention. Si l'intervenant se sent bien reçu, et me sent bien dégagé, bien dans ma peau, je pense qu'il va être capable après ça de le reproduire dans ses interventions avec le jeune et sa famille. Ça va avoir cet effet-là, c'est sûr... J'espère (rires) ». Stéphanie, intervenante de crise, trouve que son recul face au contre-transfert l'a aidée lors d'interventions téléphoniques. *« Des fois, ça devient difficile, et je me souviens d'avoir bouclé des choses ou je n'avais pas l'impression d'être restée coincée, d'avoir été capable de me dégager pour faire mon intervention et même, après, d'être capable de remettre ça au client et de ne pas porter la projection ».*

Pour Élisabeth, le travail sur le contre-transfert sert aussi à résoudre des impasses thérapeutiques, ainsi qu'elle le souligne en résumant son expérience : *« La supervision a mis en relief la difficulté de notre travail, qui a été beaucoup normalisée. J'ai trouvé du support par rapport à la lourdeur émotionnelle du travail. On reconnaît que notre job est plus difficile, mais d'un autre côté les balises théoriques enlèvent de la lourdeur, en diminuent l'importance. On comprend les réactions des clients, on peut les prévoir, c'est moins écorchant pour nous. Le contre-transfert, je le comprends plus, de pouvoir l'utiliser au lieu de se culpabiliser. L'utiliser pour travailler l'impasse, c'est très intéressant. Il y avait place à notre humanité, c'est très significatif pour moi. »*

Synthèse des résultats de l'analyse qualitative

Les résultats de l'analyse des données que nous venons de présenter de manière principalement descriptive peuvent être réduits et synthétisés en un modèle des processus par lesquels la supervision de groupe centrée sur les concepts de base de l'approche Masterson et sur le contre-transfert est associée à la modification de l'expérience de travail des intervenants avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Ce modèle présente l'articulation des processus impliqués dans les changements vécus sur les plans de la régulation de contre-transfert et de l'intervention. Il est illustré à la figure 9.

La problématique de départ (rectangle à gauche) correspond aux difficultés inhérentes au travail avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et au vécu des intervenants avant la supervision. Dans ce qui suit, nous aborderons les processus impliqués dans chacune des quatre autres composantes du modèle et tenterons également de dégager leurs interrelations réciproques. La composante « contre-transfert ressenti » (rectangle du haut) représente la synthèse des changements vécus dans le contre-transfert. La composante « Régulation du contre-transfert » (rectangle du milieu) représente la synthèse des changements vécus dans le processus de régulation du contre-transfert. La composante « supervision » (rectangle de droite) représente les éléments saillants de la supervision, soit le modèle clinique de Masterson, la ventilation et la normalisation du contre-transfert, et les échanges et le soutien dans le groupe, ainsi que la synthèse de leur contribution aux changements vécus dans le contre-transfert ressenti

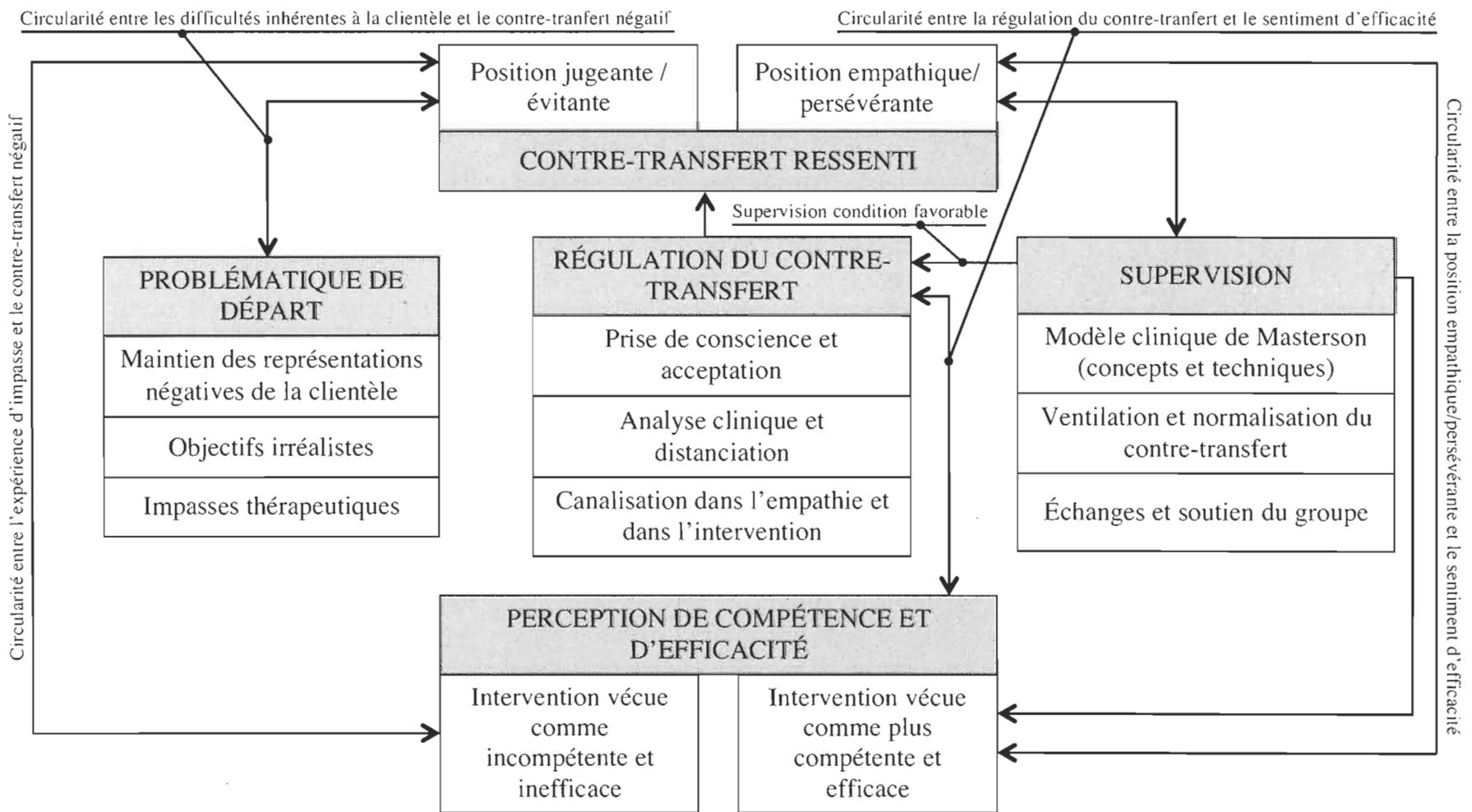


Figure 9. Synthèse des changements vécus dans la régulation du contre-transfert et dans l'intervention

et dans la pratique de l'intervenant. Enfin, la composante « perception de compétence et d'efficacité » (rectangle du bas) représente la synthèse des changements vécus par les intervenants dans leur perception de leur compétence et de l'efficacité de leurs interventions.

Synthèse des changements vécus dans le contre-transfert

Le contre-transfert ressenti avant la supervision est marqué par l'anxiété et d'autres sentiments négatifs de même que par des perceptions négatives à l'endroit du contre-transfert, de la clientèle et de soi-même comme professionnel. L'évolution observée après la supervision comprend la normalisation et l'acceptation du contre-transfert négatif, la diminution de l'intensité du contre-transfert négatif, l'émergence de sentiments positifs et une compréhension empathique de l'intervenant à l'endroit de la clientèle. Enfin, on assiste au développement de la perception d'être compétent et efficace et du sentiment de confiance en soi comme professionnel avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité.

Nous avons regroupé en deux catégories les diverses perceptions, attitudes et émotions contre-transférentielles ressenties par les intervenants : le contre-transfert associé à une position « jugeante/évitante », que nous avons observé avant la supervision, et le contre-transfert associé à une position « empathique/persévérante », que nous avons observé après la supervision. On peut se représenter le contre-transfert ressenti, c'est-à-dire la constellation d'émotions, de perceptions et d'attitudes éprouvées

à tout moment, comme se situant sur un continuum dont les deux extrêmes seraient représentés respectivement par une position « jugeante/évitante » pure et une position « empathique/accueillante » pure. La figure 10 présente ce regroupement catégoriel. L'empathie a été définie à partir de nos résultats comme englobant le sentiment de compassion, la compréhension de la détresse du client, et une perception plus positive de ce dernier. La perception que l'intervenant a de sa compétence comprend la perception d'être plus outillé et plus efficace dans l'intervention, et la confiance en soi en tant que professionnel.

On a vu que la supervision est associée à la progression de l'intervenant vers la position « empathique/persévérante » de ce continuum. Lorsque les intervenants peuvent observer des progrès chez le client et les attribuer à la qualité de leur intervention, cela facilite le passage des sentiments négatifs à des sentiments positifs. La même chose se produit quand les intervenants vivent moins d'impasses thérapeutiques et d'abandons de suivi et qu'ils l'expliquent par l'application des interventions suggérées en supervision.

Les diverses composantes du contre-transfert ressenti s'influencent mutuellement. Par exemple, les données montrent une association entre l'anxiété, le sentiment d'impuissance et la perception d'incompétence personnelle. Un autre exemple est l'association que nous avons trouvée entre la perception qu'a l'intervenant d'être devenu plus compétent et plus efficace, d'une part, et d'autre part la disparition de son attitude d'évitement et de rejet à l'égard de la clientèle.

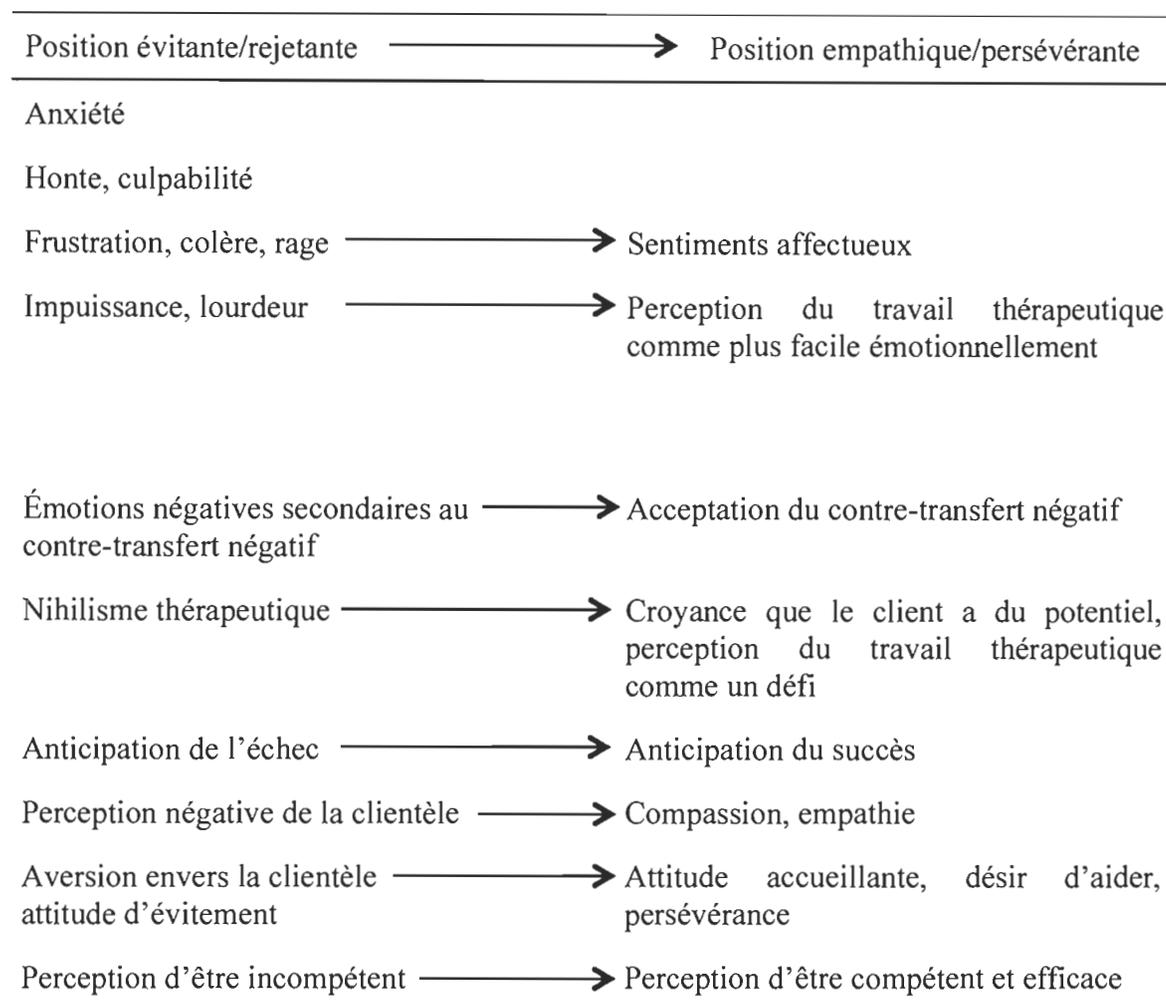


Figure 10. Continuum du contre-transfert

Diverses expériences rapportées par les participants nous suggèrent l'hypothèse que le sentiment d'échec vécu par l'intervenant crée et alimente l'anxiété qu'il éprouve dans le travail avec la clientèle qui souffre d'un trouble de la personnalité. Cette anxiété, quand elle croît et s'intensifie, pourrait mener ultimement aux attitudes d'aversion et de rejet de la clientèle. Il se pourrait qu'en amorçant un nouveau suivi avec un client qui présente un trouble de la personnalité, les intervenants aient peur de revivre le sentiment

d'échec, d'incompétence et le sentiment d'être démunis qu'ils connaissent avec cette clientèle. Le sentiment d'efficacité qui se développe avec la supervision tempore graduellement cette anxiété.

Synthèse des changements vécus dans le processus de régulation du contre-transfert

La régulation du contre-transfert telle que vécue par les participants correspond à un processus séquentiel en trois étapes : premièrement, la prise de conscience du contre-transfert ressenti et son acceptation, deuxièmement, l'analyse du contre-transfert à l'aide du modèle clinique et la distanciation psychologique, et troisièmement la canalisation du contre-transfert analysé dans la compréhension empathique du client et dans l'intervention. Il va sans dire que le processus de régulation du contre-transfert influence le contre-transfert ressenti.

La supervision a aidé les intervenants à prendre conscience de leur contre-transfert et à l'utiliser dans le travail avec la clientèle. Plusieurs intervenants identifient l'intégration qu'ils ont faite de la compréhension théorique du modèle clinique de Masterson comme un outil les ayant aidés à moduler leur contre-transfert. Les intervenants progressent à travers les étapes de la régulation du contre-transfert et retrouvent ainsi une position « empathique/persévérante ». Un aspect important de l'analyse clinique à l'aide du modèle de Masterson est l'utilisation que fait l'intervenant du concept de contre-transfert par identification projective. En d'autres termes, il s'agit

ici de considérer son contre-transfert comme une fenêtre directe sur ce que l'on postule être la subjectivité interne et en partie inconsciente du client.

Le processus de régulation du contre-transfert est associé à une intervention plus efficace. Il permet à l'intervenant d'intégrer son contre-transfert analysé et sa compréhension empathique aux interventions. Une circularité s'établit entre la position empathique de l'intervenant et sa perception subjective de l'efficacité de son intervention : la perception de progrès thérapeutiques facilite la position « empathique/persévérante » et cette position empathique favorise à son tour des interventions vécues comme plus efficaces.

Intégration du modèle clinique de Masterson et changements vécus dans le contre-transfert et dans la pratique de l'intervenant

Les intervenants ont associé leur utilisation du modèle théorique de Masterson — plus précisément leur intégration des concepts de triade, de structures intrapsychiques et de contre-transfert par identification projective — aux changements positifs observés quant à leurs perceptions et leur empathie à l'endroit de la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, à la régulation de leur contre-transfert et à leur façon d'intervenir.

Modèle clinique et régulation du contre-transfert. L'intégration que fait l'intervenant des concepts de base de l'approche Masterson favorise sa distanciation psychologique face à son contre-transfert et le passage de sentiments négatifs à une

disposition empathique. En effet, ce cadre théorique aide l'intervenant à mieux comprendre la souffrance des clients et les comportements irritants qui en sont l'expression. L'analyse à l'aide du modèle clinique de Masterson et la compréhension intellectuelle du contre-transfert par identification projective aident les intervenants à se sentir moins atteints personnellement par les réactions du client et le contre-transfert qu'elles suscitent. Elles contribuent à diminuer l'intensité du contre-transfert négatif ressenti.

Enfin, les intervenants mettent en lien leur utilisation du modèle clinique de Masterson et l'évolution de leur perception de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. Ils associent la nouvelle compréhension que leur apporte le modèle de Masterson à propos de la dynamique du trouble de la personnalité à une perception plus respectueuse, affectueuse et humaine de la clientèle.

Ventilation et normalisation du contre-transfert

La ventilation et la normalisation du contre-transfert négatif qui sont, pour les intervenants, des aspects saillants de la supervision, sont présentes de plusieurs façons dans le processus de supervision et non pas uniquement à travers les interventions qui normalisent directement le contre-transfert. Par exemple, elle est inhérente au concept de contre-transfert par identification projective spécifique à la structure intrapsychique.

La ventilation et la normalisation du contre-transfert négatif dans un climat soutenant et validant contribuent au processus de régulation de ce contre-transfert en facilitant la déculpabilisation et l'acceptation du contre-transfert négatif. Elles aident les intervenants à progresser dans l'analyse clinique et la structuration de l'intervention.

Normalisation du contre-transfert et perception de compétence et d'efficacité.

La perception d'avoir un outil théorique sur lequel appuyer leur analyse clinique et leur intervention favorise également le sentiment de confiance de l'intervenant en sa compétence. Nous faisons l'hypothèse qu'à travers le modèle clinique qu'elle présente, la supervision fournirait à l'intervenant une intellectualisation déculpabilisante et cliniquement utile du contre-transfert négatif. L'approche de Masterson encourage en effet une interprétation différente des attitudes et comportements aversifs du client, et du contre-transfert négatif qu'ils suscitent, que celle que l'intervenant tend à avoir au départ c'est-à-dire de voir tout cela comme une preuve honteuse de sa propre incompetence. La normalisation du contre-transfert pourrait contrecarrer la honte secondaire au contre-transfert négatif, honte qui est antagoniste à la confiance en sa compétence.

Synthèse des changements vécus dans la perception de compétence et d'efficacité

Lorsque les participants perçoivent qu'ils ont pu éviter une impasse ou l'abandon du suivi par le client, et quand ils observent des progrès chez leurs clients, leur intervention auprès des clients souffrant de troubles de la personnalité est vécue comme plus efficace. Les intervenants se perçoivent également comme plus efficaces après la

supervision parce qu'ils font de meilleurs diagnostics, comprennent et tolèrent davantage les manifestations de la détresse du client, intègrent leur compréhension empathique et leur contre-transfert aux interventions, nomment les enjeux émotionnels du client dans les rencontres de suivi, ont des relations moins conflictuelles avec eux, persévèrent à investir le suivi et à tenter d'autres angles d'intervention, et poursuivent des objectifs d'intervention plus réalistes.

L'intégration des techniques d'intervention et la régulation du contre-transfert qui permet d'intervenir à partir d'une position plus empathique sont indissociables. Les intervenants perçoivent que leur manière d'aborder le client a changé avec la nouvelle compréhension qu'ils ont du monde interne du client. Ils mettent en relation la meilleure régulation du contre-transfert, elle-même favorisée par l'intégration d'éléments du modèle théorique, et une intervention vécue comme plus satisfaisante et plus efficace. Le cadre théorique leur permet un recul qui les aide à moduler leur contre-transfert, tout en les outillant sur le plan des principes et des techniques d'intervention.

Conclusion

En conclusion, les données empiriques du volet qualitatif montrent qu'à l'occasion de la supervision centrée sur les concepts de base de l'approche Masterson et sur le contre-transfert, l'expérience contre-transférentielle négative de l'intervenant avec la clientèle qui présente un trouble de la personnalité se modifie. La supervision atténuée le contre-transfert négatif, le normalise, transforme le vécu d'incompétence pouvant y être

associé et favorise l'émergence de sentiments et d'attitudes positifs envers la clientèle. Les deux dimensions principales de la supervision, soit le modèle théorique de Masterson et la ventilation-normalisation du contre-transfert, ressortent comme des conditions favorables à cette évolution vers une position plus empathique. Les concepts de contre-transfert par identification projective et de triade dynamique du trouble du Soi sont impliqués dans ce processus. Le modèle théorique de Masterson et la ventilation-normalisation du contre-transfert facilitent le processus de régulation de ce contre-transfert. En contribuant à ce que l'intervenant ressente un contre-transfert plus positif, ils favorisent indirectement une intervention vécue comme plus compétente et plus efficace. De plus, grâce aux outils de compréhension et d'intervention qu'il fournit, le modèle clinique de Masterson est directement associé à la perception d'une intervention plus efficace et au sentiment de confiance de l'intervenant en sa compétence. L'amélioration subjective de la qualité de l'intervention pourrait toucher plus particulièrement la clientèle narcissique. Enfin, on constate qu'il n'est pas nécessaire de maîtriser l'approche Masterson ni l'ensemble des enseignements de la supervision pour que ces processus se déploient.

Discussion des résultats qualitatifs

Dans ce chapitre nous discuterons des principaux résultats qualitatifs en les regroupant selon les thèmes suivants : le contre-transfert ressenti, le contre-transfert secondaire au contre-transfert négatif, la régulation du contre-transfert, le passage à l'acte contre-transférentiel de désengagement, l'empathie et l'alliance thérapeutique, le modèle théorique et la normalisation du contre-transfert. Nous aborderons les convergences et les divergences entre nos résultats et la documentation scientifique existante, de même qu'entre, d'une part, les résultats qualitatifs et, d'autre part, les résultats quantitatifs. Nous utiliserons les écrits disponibles pour fournir un éclairage supplémentaire aux résultats et nous aider à raffiner nos interprétations.

Le contre-transfert ressenti envers le client

La prédominance, avant la supervision, du contre-transfert négatif sur le contre-transfert positif dans les résultats qualitatifs est ressortie et c'est aussi ce que l'on retrouve dans les écrits où, comparativement au contre-transfert négatif, on ne parle presque pas de contre-transfert positif. Aucun participant n'a mentionné avoir vécu un contre-transfert positif problématique. Pourtant, le contre-transfert positif a lui aussi été décrit comme pouvant constituer un obstacle autant qu'une condition favorable au processus thérapeutique. Par exemple, Friedman et Gelso (2000) conceptualisent les comportements contre-transférentiels positifs comme des comportements du thérapeute qui semblent soutenant, mais qui ont une qualité de fusion, d'enchevêtrement ou de

dépendance. Masterson a décrit les états contre-transférentiels positifs problématiques du thérapeute qui s'identifie aux projections clivées de la partie libidinale de la structure intrapsychique pathologique du client¹. Par exemple, il peut se sentir exceptionnel et admiré avec un client narcissique avec qui il maintient une fusion grandiose, se sentir bon et utile quand il maternise un client à la structure borderline, et se sentir en contrôle de la situation lorsqu'il cède, en le dirigeant, à un client à la structure schizoïde qui recherche une position de parfaite soumission pour se sécuriser. Dans tous les cas, le passage à l'acte du contre-transfert positif nuit au processus thérapeutique en alimentant les défenses qui bloquent l'activation autonome du Soi réel du client (Masterson, 2000).

Peut-être n'est-il pas surprenant que le contre-transfert négatif fasse l'objet d'une plus grande préoccupation que le contre-transfert positif. Comme on l'a vu dans le contexte théorique, les caractéristiques cliniques, les comportements destructeurs et les modes relationnels qui sont de nature à engendrer un contre-transfert négatif intense sont omniprésents chez la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. De plus, on accorde une importance cruciale à la maîtrise du contre-transfert négatif afin de ne pas l'agir de façon destructrice dans la thérapie.

Se pourrait-il que, chez le praticien, l'expérience émotionnelle négative et l'anxiété soient si prédominantes dans la première phase de la thérapie qu'elles occupent toute la place et empêchent l'expérience consciente de sentiments positifs? Les relations entre les

¹ Voir la section du contexte théorique « Structures intrapsychiques de Masterson et contre-transfert par identification projective » à la page 149.

sentiments contre-transférentiels négatifs et positifs ne sont pas si claires. Ainsi, les résultats qualitatifs font état de l'émergence de sentiments positifs comme la compassion, l'affection, la fierté et la satisfaction d'avoir accompli du bon travail, en même temps que le contre-transfert négatif se tempère. Dans les résultats quantitatifs, la différence observée au facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ signifie que les intervenants ont une expérience plus positive de l'alliance thérapeutique et qu'ils se sentent plus proches de leur client, mais ce changement positif coexiste avec le maintien du même niveau d'affects contre-transférentiels négatifs. Les valences positive et négative des sentiments contre-transférentiels s'annulent-elles? Peuvent-elles coexister? Autrement dit, après la supervision, l'intervenant est-il capable de ressentir de la colère et de l'impuissance tout en se sentant proche de son client et en valorisant sa relation avec lui? Ou bien ces sentiments positifs envers le client et la relation sont-ils possibles justement parce que les affects contre-transférentiels négatifs sont sensiblement émoussés?

Le contre-transfert négatif rapporté par les intervenants lors des entretiens qualitatifs correspond avec celui dont les écrits font état : l'anxiété et la peur associées à l'envie d'éviter le client, d'en être débarrassé et de l'exclure; l'anxiété associée aux anticipations négatives avant même le premier contact avec le client; des sentiments de la gamme agressive tels que la frustration, l'irritation, la colère et la rage; l'impuissance et la lourdeur; les sentiments d'échec personnel et d'incompétence.

Après la supervision, les intervenants se sentent mieux outillés pour aider leurs clients qui présentent des troubles de la personnalité et ont confiance en leur compétence de thérapeute. Ils perçoivent qu'ils sont en mesure de comprendre ce qui se passe dans la relation thérapeutique et de faire des interventions pertinentes et efficaces. Ils sont plus conscients et plus à l'écoute de leur contre-transfert et l'analysent davantage. S'ils continuent de ressentir du contre-transfert négatif, son intensité s'atténue, faisant plus de place aux sentiments affectueux, à la compassion, à l'empathie, au désir d'aider et à une attitude accueillante et persévérante. Le contre-transfert négatif suscite moins de peur et est plus facilement toléré car les intervenants ont une compréhension différente de ses origines et de la possibilité de l'utiliser dans l'intervention. Le nihilisme thérapeutique fait place à la croyance que le client a du potentiel et à une perception que le travail thérapeutique est plus facile émotionnellement et constitue un défi pouvant être relevé avec un certain succès.

Certains intervenants vivent une diminution de l'intensité, de la durée et de la fréquence du contre-transfert négatif, incluant l'anxiété, qu'ils ressentent. D'autres intervenants croient plutôt que leur expérience émotionnelle avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et leurs perceptions de celle-ci resteront essentiellement inchangées, mais qu'ils toléreront davantage le contre-transfert négatif. Pour eux, les changements se sont produits sur le plan de l'intervention plutôt que du contre-transfert ressenti.

Si les résultats qualitatifs rapportent une diminution de l'intensité, de la fréquence ou de la durée du contre-transfert négatif ressenti, les résultats quantitatifs concluent que c'est le cas pour seulement deux des quatorze variables, soit les facteurs « Positif/Satisfaisant » et « Désengagé » du CTQ. Selon l'analyse statistique des résultats quantitatifs, et contrairement aux résultats de notre analyse qualitative, les intervenants, en tant que groupe, ne seraient pas moins anxieux et ne se sentiraient pas moins impuissants après la supervision (facteur « Sécurité vs Vulnérabilité » de l'ADPQ non significatif). Ils n'éprouveraient pas moins de colère envers la clientèle (facteur « Acceptation vs Rejet » de l'ADPQ non significatif). Ils ne seraient pas plus optimistes quant au travail thérapeutique (facteur « Motivation vs Futilité » de l'ADPQ non significatif) dans lequel ils se sentiraient aussi frustrés et épuisés (facteur « Épuisement vs Enthousiasme » de l'ADPQ non significatif).

Toujours à la différence des résultats de l'analyse qualitative, l'absence de signification statistique pour le facteur « Plaisir vs Répugnance » de l'APDQ signifierait qu'après la supervision les intervenants n'auraient pas une attitude plus chaleureuse ni des sentiments plus affectueux envers les clients et qu'ils ne seraient pas plus intéressés à avoir des contacts avec eux. Ce dernier résultat est plus difficile à interpréter, même en demeurant à l'intérieur du paradigme quantitatif, dans le contexte où le facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ est ressorti comme significativement amélioré. Or, le facteur « Plaisir vs Répugnance » de l'APDQ et le facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ mesurent des dimensions similaires. Peut-être la divergence des résultats

s'explique-t-elle en partie par le fait que l'APDQ mesure la fréquence du contre-transfert et concerne la clientèle souffrant de troubles de la personnalité en général, alors que le CTQ en mesure plutôt l'intensité et se centre sur le client particulier présenté en supervision. On constate une contradiction similaire dans le fait que le facteur « Motivation vs Futilité » de l'ADPQ, qui concerne le pessimisme ressenti envers travail thérapeutique, ne soit pas significatif alors que le facteur « Positif/Satisfaisant » du CTQ l'est. De même, l'expérience de frustration du thérapeute serait inchangée si l'on considère la non-signification du facteur « Épuisement vs Enthousiasme » de l'ADPQ, mais les intervenants seraient moins contrariés et plus engagés dans le travail thérapeutique d'après les différences significatives obtenues au facteur « Désengagé » du CTQ.

L'analyse statistique des résultats obtenus au CTQ montre aussi des divergences d'avec les résultats qualitatifs. Elle suggère que les intervenants, toujours considérés en tant que groupe, ne ressentiraient pas moins le désir d'éviter ou d'échapper au client ni de forts sentiments négatifs incluant la peur, la répulsion et le ressentiment (facteur « Submergé/Désorganisé » non significatif) après la supervision. Ils ne se sentiraient pas moins inadéquats, incompetents, désespérés et anxieux dans leur travail avec le client présenté en supervision (facteur « Impuissant/Inadéquat » non significatif). Le résultat de l'analyse statistique des cotes obtenues au IASTA-YI qui suggère que la supervision n'altère pas significativement l'intensité de l'anxiété situationnelle que les intervenants ressentent avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité est également

différente du changement dans l'expérience d'anxiété situationnelle auquel l'analyse qualitative conclut.

Par contre, les deux résultats quantitatifs statistiquement significatifs convergent avec ceux de l'analyse qualitative. Les différences significatives observées pour les facteurs « Positif/Satisfaisant » et « Désengagé » du CTQ indiquent que la supervision aurait permis aux intervenants d'atteindre une expérience plus positive de l'alliance de travail et un sentiment de plus grande proximité dans le lien avec le client présenté en supervision. Les intervenants seraient aussi moins distraits, moins en retrait, moins contrariés et ressentiraient moins d'ennui durant les séances.

Nous avons vu dans la discussion des résultats quantitatifs que le fait que la différence entre le groupe de supervision et le groupe témoin, après quelques mois, ne soit pas assez prononcée pour être statistiquement significative pour la plupart des mesures d'affects contre-transférentiels ne signifie pas pour autant qu'il n'y ait aucune différence puisque la courbe de la différence entre le pré-test et le post-test est quand même plus accentuée dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin pour plusieurs variables non significatives¹. Même dans le paradigme quantitatif, il demeure plausible que les intervenants du groupe de supervision ressentent quand même moins intensément que les intervenants du groupe témoin le sentiment de ne pas être apprécié, d'être mis à l'écart ou dévalorisé par le client, de même que les sentiments

¹ Voir les figures 11, 12, 15, 18, 14, 19, 22 et 23 à l'Appendice K.

d'inadéquacité, d'incompétence, de désespoir et d'anxiété. Et la possibilité demeure qu'ils ressentiraient quand même plus fréquemment que les intervenants du groupe témoin une attitude chaleureuse, des sentiments affectueux et de l'intérêt pour les contacts avec les clients, et moins fréquemment des peurs, des anxiétés, de l'impuissance et des sentiments de frustration et d'épuisement.

L'interprétation plausible pouvant réconcilier la divergence des résultats qualitatifs et quantitatifs relativement aux changements dans le contre-transfert ressenti est que la supervision aurait bien un effet significatif sur l'intensité, la fréquence ou la durée d'états contre-transférentiels négatifs, mais pas pour tous les participants ou pas autant pour chacun d'eux, ce qui n'est pas incohérent avec les résultats du volet qualitatif.

Nous avons également établi, dans la discussion des résultats quantitatifs, que nos mesures du contre-transfert ne peuvent pas tenir compte de la conscience que le thérapeute a de son contre-transfert au moment de répondre au questionnaire, ni de ce qu'il fait de ses réactions contre-transférentielles. C'est-à-dire que ces mesures ne peuvent appréhender le processus de régulation du contre-transfert ni les passages à l'acte contre-transférentiels, exception faite du passage à l'acte de désengagement. Les intervenants ont exprimé dans le volet qualitatif qu'ils étaient plus conscients de leur contre-transfert négatif après la supervision et moins mal à l'aise de le ressentir. En nous appuyant sur ce résultat, nous évoquons la possibilité que les intervenants du groupe de supervision puissent avoir rapporté, au post-test, un niveau de sentiments et d'attitudes

négatifs semblable à celui rapporté au pré-test non pas parce qu'ils n'auraient pas évolué, mais parce qu'ils se seraient davantage familiarisés avec leur contre-transfert, en auraient été plus conscients et moins honteux, et auraient eu moins besoin de le nier ou de le minimiser au post-test.

Il est intéressant de confronter ce qui précède à la remarque de Kernberg (1986) qui observe que le thérapeute se rend plus vulnérable lorsqu'il ne retire pas son engagement ni ne recourt à d'autres passages à l'acte contre-transférentiels pendant qu'il fait face à l'agression continue du client. La persistance du contre-transfert négatif dans les mesures du post-test ne viendrait-elle pas aussi du fait que les intervenants, en devenant plus engagés dans la relation avec le client, s'exposent davantage aux affects contre-transférentiels dont ils sont par ailleurs plus conscients? Existerait-il un certain antagonisme entre une meilleure régulation du contre-transfert, incluant plus de conscience de son contre-transfert et de tolérance aux affects contre-transférentiels négatifs et moins de passage à l'acte de désengagement pour les évacuer, et une diminution du contre-transfert ressenti pouvant être cotée à l'aide des questionnaires psychométriques?

La véritable signification d'une baisse des cotes aux questionnaires mesurant les états contre-transférentiels n'est pas si claire. Paradoxalement, le fait que les participants rapportent un niveau assez semblable de contre-transfert négatif au post-test pourrait même être interprété comme un signe positif. Nous avons déjà souligné dans la

discussion des résultats quantitatifs que la disparition du contre-transfert n'est pas nécessairement un indicateur fiable du changement souhaité puisque la présence de réactions contre-transférentielles est associée à l'engagement du thérapeute dans un travail thérapeutique significatif (Fremont & Anderson, 1988) et qu'on estime aujourd'hui que la question n'est pas de savoir s'il y a du contre-transfert, mais plutôt quelle est la forme qu'il prend et comment le thérapeute peut l'utiliser efficacement (Waska, 1999). On ne considère généralement plus que le contre-transfert n'est qu'une interférence néfaste et qu'il doit être éliminé le plus vite possible. Son universalité et son utilité pour le traitement sont davantage soulignées que son caractère nuisible (Meyers, 1986).

Malgré ce qui précède, certains intervenants ont fait l'expérience que leur contre-transfert négatif avait diminué après la supervision. De plus, les écrits parlent d'une expérience de soulagement, d'empathie accrue et de réduction de l'intensité du contre-transfert vers la fin du processus de régulation du contre-transfert (Epstein, 1977; Tansey & Burke, 1989). C'est aussi ce qui correspond à notre propre expérience de clinicienne et de superviseuse, mais peut-être le processus de supervision a-t-il été trop bref ou les mesures prises à un moment inopportun pour pouvoir mesurer ce résultat. Néanmoins, les résultats suggèrent que la persévérance de l'intervenant à maintenir son engagement dans le travail thérapeutique pourrait être relativement indépendante des affects contre-transférentiels distincts qu'il ressent. Ces diverses considérations nous amènent à poser l'hypothèse, qui pourrait faire l'objet d'une étude future, qu'une relation curvilinéaire

existerait entre d'une part le contre-transfert ressenti et d'autre part sa régulation et l'efficacité thérapeutique. Le contre-transfert d'intensité, de fréquence ou de durée très élevées, de même que l'absence de contre-transfert seraient associés à une faible autorégulation nuisant à l'efficacité, et une régulation efficace du contre-transfert qui soit favorable au processus thérapeutique serait associée à la persistance d'un certain niveau de contre-transfert ressenti, du moins dans la première phase d'établissement de l'alliance thérapeutique.

Le contre-transfert secondaire au contre-transfert négatif

La normalisation et l'acceptation du contre-transfert négatif sont des résultats qualitatifs importants. Certains participants croient que le contre-transfert qu'ils ressentent, dans l'ensemble, ne sera pas différent après la supervision, mais qu'ils le toléreront et l'accepteront davantage. Ils accueillent et tolèrent mieux de se sentir mal à l'aise avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité et cet inconfort les déstabilise moins dans leur intervention. Pour ces intervenants, ce sont plutôt les émotions négatives suscitées par le fait de ressentir un contre-transfert négatif qui s'atténuent, par exemple la honte d'éprouver du mépris ou de la haine envers le client. Alors que plusieurs intervenants, avant la supervision, n'étaient pas à l'aise avec le fait même d'éprouver des sentiments négatifs à l'endroit de la clientèle, la signification culpabilisante qu'ils attribuaient à leur contre-transfert négatif et qui accentuait leur expérience émotionnelle négative s'est modifiée. La perception du contre-transfert

néгатif, partant de quelque chose de honteux que l'on est forcé de subir, évolue vers une attitude de normalisation et de valorisation de cette expérience.

La diminution ou la disparition du contre-transfert secondaire de honte ou de culpabilité documentée dans l'analyse qualitative n'aurait pas pu être mesurée dans le volet quantitatif puisqu'aucun item de l'ADPQ ne parle de culpabilité ou de honte. Dans le CTQ, la honte n'est jamais nommée et seul l'item 28 parle de culpabilité contre-transférentielle¹ et l'item 24 de culpabilité secondaire au contre-transfert². Les descriptions des facteurs de ces deux questionnaires ne font pas non plus mention ni de honte ni de culpabilité. Pourtant, la dérégulation de la honte est au cœur des pathologies de la personnalité et particulièrement des pathologies narcissiques (Masterson, 1993; Schore, 2003) et l'identification projective peut être utilisée par le client pour décharger sa honte (Waska, 1999). La honte et la culpabilité sont des expériences contre-transférentielles fréquentes pour les thérapeutes qui travaillent avec des personnes souffrant de troubles de la personnalité (Calvert, 1997; Ivey, 1995; Masterson & Klein, 1989; Salz, 1998; Searles, 1979), tout comme le sont la honte et la culpabilité associées au fait de ressentir divers états contre-transférentiels négatifs (Book, 1997; Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Kulick, 1985; Producers, 1991). Quoique le contre-transfert négatif soit la réponse naturelle devant l'escalade de comportements aversifs, les réactions d'ennui, d'irritation, de colère ou de haine et les fantasmes d'être

¹ « Je me sens coupable quand il est en détresse et que son état se détériore, comme s'il fallait bien que j'en sois responsable d'une quelconque manière »

² « Je me sens coupable de mes sentiments envers lui »

débarrassé du client ont tendance à générer une perception d'incompétence et des sentiments de honte, de culpabilité, d'impuissance, de mépris ou de haine de soi chez le thérapeute (Book, 1997; Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Hansen, 1994; Kulick, 1985; Producers, 1991; Salz, 1998).

Ce dernier point de vue des écrits cliniques nous inspire l'hypothèse que le sentiment de compétence accrue vécu par les intervenants après la supervision pourrait provenir en partie de la normalisation du contre-transfert et non pas seulement de l'intégration de techniques spécialisées. Indépendamment de leur compétence objective, les intervenants se sentiraient plus compétents en ne se sentant plus incompetents parce qu'ils éprouvent des états contre-transférentiels négatifs. Ainsi, certains participants se sont peut-être rendus à l'étape de continuer à se sentir irrité par un client narcissique, mais sans se sentir coupable et incompetent de surcroît, et en sachant comment se servir de leur contre-transfert dans l'intervention, par exemple en parlant de sa colère au client et en l'explorant avec lui.

La régulation du contre-transfert

Les trois étapes séquentielles du processus de régulation du contre-transfert que nous avons repérées dans les données qualitatives sont les suivantes. En premier lieu, le contre-transfert est ressenti de plus en plus consciemment. Dans une deuxième étape, il est mentalisé, c'est-à-dire analysé sur le plan cognitif, ce qui permet de lui attribuer une signification, d'en moduler l'intensité et de recouvrer une certaine distanciation

psychologique. Troisièmement, le contre-transfert mentalisé peut être canalisé dans une compréhension empathique du client et dans une intervention productive pour l'alliance ou le processus thérapeutiques. À l'inverse, l'échec de ce processus de régulation du contre-transfert peut mener à des interventions ou des omissions qui sont de nature à alimenter les impasses thérapeutiques. Ces trois étapes correspondent au modèle de Tansey et Burke (1989) qui découpe aussi le processus de régulation du contre-transfert en trois phases séquentielles : la « réception », le « traitement interne » et la « communication ». Dans la phase de réception, le thérapeute reçoit les communications interactionnelles du client et fait l'expérience de leur action et de leur influence sur son psychisme. La phase de traitement comprend l'analyse de l'expérience intérieure du thérapeute et de ce qui a été communiqué par le client à travers l'interaction dans la dyade thérapeutique. Dans la phase de communication, le thérapeute « redonne » au client ce qui a été traité intérieurement, toujours à travers l'interaction dans la dyade. Rappelons que dans le but de rester proches de nos données empiriques, l'analyse des données qualitatives et le développement de notre modèle en trois étapes séquentielles ont été réalisés avant de procéder à la recension des écrits scientifiques. Nous n'avons donc pas de connaissance préalable du modèle de Tansey et Burke (1989).

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de tolérer l'inconfort du contre-transfert négatif et son intensité pour pouvoir contenir les projections du client, progresser à travers les étapes de la régulation du contre-transfert et atteindre un résultat empathique (Adler, 2000; Book, 1997; Cassorla, 2008; Goubert, 2009; Grinberg, 1995; Ivey, 1995;

Kernberg, 1994; McTighe, 2010; Schore, 2003; Solomon, 1992; Streat, 1999; Summers & Barber, 2010; Tansey & Burke, 1989; Wilkinson & Gabbard, 1993). Tansey et Burke (1989) situent cette fonction à la phase de réception et au début de la phase de traitement du processus de régulation du contre-transfert. Les résultats qualitatifs suggèrent que les intervenants ont évolué par rapport à cet aspect de la régulation du contre-transfert.

Les intervenants ont plus conscience de leur contre-transfert qui pouvait être inconscient et ils focalisent davantage sur leur contre-transfert durant les rencontres avec leurs clients. Ils continuent de ressentir du contre-transfert négatif, mais ils l'analysent à l'aide du modèle clinique de Masterson et canalisent leur contre-transfert analysé dans l'intervention, par exemple pour choisir quel état ou enjeu affectif aborder dans une prochaine séance. Les participants semblent avoir intégré les idées, omniprésentes dans les écrits, que le contre-transfert peut être utile ou nuisible et ils utilisent le concept d'identification projective en considérant leur contre-transfert comme une fenêtre sur ce que l'on postule être la subjectivité interne et en partie inconsciente du client. Ils tolèrent mieux leur contre-transfert négatif qui les déstabilise moins dans leur intervention. En se centrant davantage sur leur contre-transfert et en l'analysant, les intervenants retrouvent une position empathique et persévérante. Les résultats quantitatifs suggèrent aussi que les intervenants du groupe de supervision tolèrent mieux le contre-transfert ressenti et y réagissent mieux, puisqu'ils font moins de passage à l'acte de désengagement tel que mesuré par le CTQ.

Les intervenants associent le processus de régulation du contre-transfert à une intervention plus efficace car ils intègrent aux interventions leur compréhension empathique dérivée de leur contre-transfert analysé. Une circularité s'établit entre la position empathique de l'intervenant et la perception subjective qu'il a de l'efficacité de son intervention : la perception de progrès thérapeutiques facilite la position « empathique/persévérante » et cette position empathique favorise à son tour des interventions vécues comme plus efficaces car les intervenants trouvent qu'ils font de meilleures interventions en étant plus dégagés de leur contre-transfert. Ce témoignage de Jacques que nous reprenons est un bon exemple d'un changement qui se produit dans l'intervention et dans l'autorégulation du thérapeute même si le contre-transfert lui-même continue d'être ressenti. Jacques parle d'une cliente qui lui reprochait de ne pas être digne de confiance et de qui il se sentait attaqué. Il croit que sans la supervision, il aurait probablement réagi en contre-attaquant : « *Je l'aurais cadrée! (Rires), mais là, je ne l'ai pas fait. Je me suis dit, laissons cette dame réfléchir[...] En fait il y a eu un changement : même si elle m'a attaqué et que j'étais en contre-transfert, j'ai compris que c'était une démonstration de sa souffrance[...]* » On remarque que la nouvelle compréhension de Jacques est associée à l'inhibition d'un passage à l'acte contre-transférentiel de contre-attaque.

Le fait que nos instruments psychométriques, contrairement aux écrits scientifiques et cliniques, ne font presque pas de distinction entre contre-transfert ressenti et passage à l'acte contre-transférentiel, et ne pourraient pas mesurer d'éventuels

changements dans la régulation du contre-transfert ni une diminution de certains passages à l'acte contre-transférentiels pourrait aussi contribuer à expliquer les divergences entre les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs. Dans la documentation clinique et scientifique, les sentiments contre-transférentiels sont vus comme inévitables et potentiellement bénéfiques à la compréhension du client, alors que les passages à l'acte contre-transférentiels peuvent nuire au processus thérapeutique (Robbins & Jolkovski, 1987).

Les résultats qualitatifs qui soutiennent l'hypothèse que certains éléments de la supervision étudiée aideraient les intervenants à réguler leur contre-transfert convergent avec de nombreux écrits. Fournir un modèle explicatif pour comprendre la dynamique et la détresse de la clientèle et remettre en question les stéréotypes qui la stigmatisent pourrait favoriser le processus de régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité (Aviram, et al., 2006; Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Chatziandreou, et al., 2005; Forsyth, 2007; Gabbard, 2005; Gibbons, 2010; Kane, 2006; Reiser & Levenson, 1984; Sampson, 2006). C'est aussi le cas si l'on focalise explicitement sur le contre-transfert négatif dans le cadre de la supervision et que l'on offre aux supervisés un soutien émotionnel et un espace de réflexion sur leur pratique (Bland & Rossen, 2005; Book, 1997; Brody & Farber, 1996; Chatziandreou, et al., 2005; Davies, et al., 2004; Holmqvist & Armelius, 2006; Ioannovits, 2007; Kane, 2006; McTighe, 2010; Reiser & Levenson, 1984; C. J. Robins & Koons, 2000; Sampson, 2006; Streaan, 2001a; Weatherford, et al., 2008).

Les résultats qualitatifs de la présente étude confirment les idées de Bland et Rossen (2005) sur la supervision de groupe ciblant le travail avec la clientèle porteuse d'un diagnostic de trouble de la personnalité. Ces chercheurs croient que même si le contre-transfert est souvent inconscient, la supervision clinique peut rendre les participants plus conscients de leurs propres sentiments et comportements envers le client, remplir la fonction de valider les sentiments et les perceptions des participants, les aider à tolérer l'intensité de l'affect et à donner un sens aux comportements destructeurs du client, les aider à engendrer un sentiment de confiance et des attentes plus réalistes, et les aider à réduire les comportements défensifs et les passages à l'acte contre-transférentiels.

La combinaison du cadre théorique et du travail sur le contre-transfert qui caractérise la supervision centrée sur le modèle de Masterson et sur la ventilation, la normalisation et l'utilisation thérapeutique du contre-transfert est à considérer à la lumière des résultats de l'étude de Robbins et Jolkowski (1987) voulant mettre à l'épreuve leur modèle théorique de la régulation du contre-transfert. Rappelons qu'en opérationnalisant le comportement contre-transférentiel comme le retrait de l'engagement du thérapeute, ces auteurs suggèrent que la conscience que le thérapeute a de son contre-transfert et la solidité du cadre théorique qu'il utilise se combinent pour influencer le niveau de passage à l'acte contre-transférentiel. L'interaction de ces deux variables dépasse la somme de leurs effets respectifs car ils ont trouvé qu'une conscience plus élevée des sentiments contre-transférentiels est associée à un retrait moindre de

l'engagement du thérapeute, et que c'est la combinaison d'une forte conscience émotionnelle et d'un fort cadre théorique qui prédit le plus faible retrait de l'engagement. La conscience de son contre-transfert prise isolément aide le thérapeute à rester engagé de manière productive dans l'interaction thérapeutique. Par contre, le cadre théorique (ou le processus intellectuel) utilisé seul n'a pas d'effet sur le niveau d'engagement dans la relation thérapeutique. En effet, les résultats montrent que dans des conditions de faible conscience du contre-transfert l'utilisation de la théorie diminue l'engagement émotionnel du thérapeute, mais la théorie augmente l'engagement lorsque le thérapeute est modérément ou fortement conscient de ses sentiments contre-transférentiels. Sur la base de cette étude (Robbins & Jolkovski, 1987), on peut penser qu'une supervision qui focaliserait uniquement sur le contre-transfert serait moins efficace que la supervision qui combine modèle théorique et travail sur le contre-transfert. Une supervision qui focaliserait uniquement sur la compréhension théorique à partir d'un modèle pourrait même être nuisible en diminuant l'engagement des thérapeutes qui ont tendance à être peu conscients de leur contre-transfert.

Le passage à l'acte contre-transférentiel de désengagement

Les résultats quantitatifs et qualitatifs convergent vers la conclusion que la supervision favorise la persévérance de l'intervenant à maintenir son engagement affectif dans la relation thérapeutique. Ce résultat est intéressant car les écrits abordent le passage à l'acte de désengagement dans divers contextes, en lui accordant parfois une grande importance. Le but même de la régulation du contre-transfert serait que le

thérapeute regagne une perspective sur ses réactions et soit capable de rétablir l'alliance thérapeutique en se réengageant affectivement dans la dyade (Plakun, 1994). Le retrait émotionnel est souvent vu comme un passage à l'acte contre-transférentiel (Aviram, et al., 2006; Gutheil, 2005; Kernberg, 2003; Kulick, 1985; Reiser & Levenson, 1984). Ainsi, certaines études ont opérationnalisé le contre-transfert par le comportement d'évitement ou de retrait de l'engagement de la part du thérapeute, et on a démontré empiriquement que la gestion du contre-transfert est inversement corrélée au comportement d'évitement du thérapeute (Friedman & Gelso, 2000). Le rejet intérieur du client, le nihilisme thérapeutique ou le désengagement affectif constituent des passages à l'acte contre-transférentiels particulièrement dangereux pour le traitement (Calvert, 1997; Campbell, 2010; Kernberg, 1995, 2003; Kulick, 1985; Salz, 1998; Searles, 1994)¹ et peuvent avoir des effets iatrogènes car le désengagement du thérapeute peut renforcer le sentiment du client d'être sans valeur (Rossberg, et al., 2007).

Les résultats qualitatifs nous permettent d'étoffer notre compréhension de la différence mesurée par le facteur « Désengagé » du CTQ. Certains changements vécus par les intervenants contribuent à ce qu'ils maintiennent leur engagement dans la relation thérapeutique. Le fait de se percevoir mieux outillé, de percevoir de manière plus positive la clientèle et les possibilités de travail avec elle, de récupérer une distance émotionnelle en régulant son contre-transfert, de même que la validation de la superviseure et des pairs, tous ces éléments ont été associés par les intervenants à une

¹ Voir la section « Passages à l'acte contre-transférentiels de l'ordre du retrait et du désengagement affectif » à la page 78.

attitude persévérante de leur part à s'investir dans le suivi et à tenter des interventions pour dénouer les impasses. Les intervenants sont plus engagés au sens d'être plus capables de soutenir l'interaction lorsque le climat est chargé d'émotions négatives et ils osent plus aborder dans leurs interventions ces mêmes émotions qui sont en suspens.

Reprenons le témoignage de Ginette afin d'illustrer le passage à l'acte de désengagement affectif et le changement apporté par la régulation du contre-transfert en supervision, régulation qui permet au thérapeute de se réengager dans la relation thérapeutique et d'utiliser le contre-transfert pour intervenir de façon plus productive: « *[la cliente] cognait dans les murs, elle pleurait, elle criait pendant les entrevues. Je l'ai présentée assez rapidement. Pour m'apercevoir de ce qu'elle me faisait vivre. Je me dissociais. Je m'éloignais d'elle. Il fallait que je change cette attitude. La superviseure m'a aidé à comprendre mon contre-transfert et pourquoi j'étais prise là-dedans. Et quand j'ai été capable d'amener ça à la cliente, la dissociation, j'ai vu son attitude changer.* »

Ce changement relatif au passage à l'acte de désengagement est d'autant plus intéressant que la grande majorité des clients dont les cas ont été travaillés dans le groupe de supervision souffraient d'une pathologie narcissique. Or, il est difficile pour les thérapeutes de maintenir leur empathie devant la grossière insensibilité, la grandiosité, la prétention et la constante dévaluation, ouverte ou subtile, du client narcissique. Les thérapeutes tendent à se sentir blessés et ignorés avec ces clients et ils

finissent par se retirer émotionnellement et par se désengager (Alonso, 1992; Ivey, 1995; Kernberg, 1986; Kulick, 1985; Schumacher Finell, 1985). Les résultats qualitatifs montrent que les participants ont plutôt réussi à ne pas tomber dans ce piège.

L'empathie et l'alliance thérapeutique

L'empathie est un construit complexe dont le rôle central pour l'efficacité de la psychothérapie a été maintes fois affirmé (Tansey & Burke, 1989). Dans le contexte de la psychothérapie, l'empathie est définie comme l'expérience intérieure de comprendre avec précision et de partager l'état psychologique momentané du client. L'empathie inclut la capacité de rester focalisé sur les besoins du client malgré la motivation pressante de gratifier ses propres besoins (Davidtz, 2008; Gibbons, 2010; Tansey & Burke, 1989). L'engagement fait aussi partie des qualités relationnelles qui définissent le construit moderne d'empathie (Gibbons, 2010). On relie accordage empathique et engagement avec le client dans les écrits (Coburn, 1998; Gibbons, 2010), ce qui converge avec le fait que les intervenants sont à la fois plus empathiques (résultats qualitatifs) et plus engagés (résultats qualitatifs et quantitatifs) après la supervision. L'empathie est elle-même une dimension du construit d'alliance thérapeutique (Galloway & Brodsky, 2003).

On a vu dans la discussion des résultats quantitatifs que les deux seules variables qui sont statistiquement significatives ne mesurent pas tant des sentiments ou des attitudes contre-transférentiels, mais correspondent plutôt aux concepts d'alliance

thérapeutique et de passage à l'acte de désengagement affectif. Contrairement aux intervenants du groupe témoin pour qui l'on ne mesure aucun changement significatif, les intervenants du groupe de supervision ont davantage le sentiment d'une alliance thérapeutique positive et ils se sentent plus proches du client. Leur engagement affectif dans la relation thérapeutique est également plus fort. Enfin, nous avons établi dans la section quantitative que les instruments que nous avons utilisés ne mesurent pas l'empathie.

Lors des entretiens qualitatifs, les participants ont exprimé spontanément qu'ils avaient développé plus d'empathie pour la clientèle 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. Leur position jugeante et rejetante a évolué vers une position empathique et persévérante. En théorie, l'empathie du thérapeute peut coexister avec des affects contre-transférentiels négatifs. Avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité, l'empathie n'est pas équivalente au fait d'éprouver des sentiments positifs, de la compassion, du respect ou d'avoir une attitude chaleureuse envers le client, mais elle est associée à la contention d'états affectifs et mentaux intensément négatifs (Epstein, 1977; Frederickson, 1990; Kernberg, 1986; Tansey & Burke, 1989).

L'établissement de l'alliance avec les clients qui souffrent de troubles de la personnalité se fait très lentement et graduellement, exige de la persévérance, de l'engagement et certaines interventions particulières, et constitue la première phase d'un traitement réussi. Cette étape est prérequis à la poursuite d'un travail pouvant mener à des changements durables (Bender, 2005; Campling, 1996; Masterson, 1990; Oldham, 2009; Spinhoven, et al., 2007). L'attention portée à la construction de l'alliance est encore plus importante avec les clients qui ont des troubles de la personnalité. Établir une alliance thérapeutique avec eux, peu importe le paradigme de traitement, requiert une grande quantité d'empathie et d'accordage avec la vision du monde du client. La gestion du contre-transfert fait également partie des stratégies mises de l'avant pour créer l'alliance, de même que l'adaptation des interventions au style du client (Bender, 2005; Masterson, 1990).

La confrontation des résultats avec la documentation disponible nous amène à poser l'hypothèse que les progrès constatés sur les plans de l'alliance, de l'engagement, de l'empathie et de l'autorégulation du contre-transfert sont inter reliés, et que l'apprentissage d'un style d'intervention adapté aux structures narcissiques a pu y contribuer. En effet, la plupart des cas discutés en supervision impliquaient une structure narcissique et les intervenants ont appris à tenir davantage compte de la sensibilité et de la subjectivité de ces clients pour ajuster leur intervention. Ils ont intégré un style de communication plus empathique avec eux et trouvé que la relation thérapeutique était moins conflictuelle et l'intervention plus efficace.

Le modèle théorique et la normalisation du contre-transfert

Dans le volet qualitatif, les participants ont souligné de différentes façons l'apport d'un modèle théorique et clinique spécialisée pour la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité à la régulation du contre-transfert et à l'efficacité thérapeutique. Les intervenants ont fait ressortir que la ventilation du contre-transfert, les échanges chaleureux et le soutien du groupe dans un climat de respect leur avaient aussi été profitables. La normalisation du contre-transfert est évoquée par plusieurs comme un aspect important de leur expérience de supervision. Les deux dimensions principales de la supervision, soit les concepts de base du modèle théorique de Masterson et la ventilation/normalisation du contre-transfert, ressortent comme des conditions favorables à l'évolution vers une position plus empathique et plus engagée.

Ce résultat concorde avec les observations cliniques et les connaissances empiriques disponibles. Lorsqu'il contribue à la compréhension des dynamiques affectives du client dans le contexte de la relation thérapeutique, des comportements autodestructeurs et du contre-transfert, et qu'il comporte une normalisation du contre-transfert, le cadre conceptuel du thérapeute fait partie des éléments cruciaux pour l'établissement de la distance psychologique durant le processus de régulation du contre-transfert (Book, 1997; Brody & Farber, 1996; Campling, 1996; Hansen, 1994; Shachner & Farber, 1997). Summers et Barber (2010) affirment que de *comprendre* la situation aide à composer avec les émotions contre-transférentielles intenses.

Les intervenants ont associé leur utilisation du modèle théorique de Masterson — plus précisément leur intégration des concepts de triade dynamique des troubles de Soi, de structures intrapsychiques et de contre-transfert par identification projective — aux changements positifs observés dans leurs perceptions de la clientèle et leur empathie, dans la régulation de leur contre-transfert et dans leur façon d'intervenir avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité.

L'analyse clinique selon la triade dynamique, les structures intrapsychiques de Masterson et la compréhension intellectuelle du concept de contre-transfert par identification projective aide les intervenants à comprendre le contre-transfert et à le réguler. Ils se sentent moins atteints personnellement par les réactions du client et par le contre-transfert qu'elles suscitent. L'utilisation de ces notions théoriques aide à diminuer l'intensité du contre-transfert négatif ressenti et facilite la distanciation psychologique et l'empathie envers le client. Enfin, grâce aux outils de compréhension et d'intervention qu'il fournit, le modèle clinique de Masterson est directement associé par les intervenants à leur perception d'une intervention plus efficace et à leur sentiment de confiance en leur compétence. Les intervenants perçoivent que leur manière d'aborder le client a changé avec la nouvelle compréhension qu'ils ont de son monde interne.

Il semble que le thérapeute qui intervient avec des clients très perturbés jouit d'un grand avantage s'il peut s'appuyer sur un modèle clinique capable de l'aider à se repérer dans le chaos affectif et cognitif dans lequel ce travail l'entraîne. Qu'il s'agisse du modèle

de Masterson ou d'un autre, une « bonne théorie », c'est-à-dire une théorie utile sur le plan pratique, devrait en l'occurrence permettre au thérapeute de rationaliser son expérience du processus avec le client, lui fournir des indications pour l'intervention, et donner un sens à la poursuite de son travail et à son investissement dans le suivi. Avoir des repères pour expliquer ce qui se passe et pour guider l'intervention pourrait déjà être rassurant et participe ainsi directement à la régulation du contre-transfert.

Un des apports du modèle théorique que les participants ont fait ressortir consiste en une meilleure compréhension de la nature et des origines de la détresse du client. Par exemple, l'explication étiologique que donne le modèle de Masterson du trouble de la personnalité pourrait contribuer à modifier les perceptions stéréotypées de la clientèle parce qu'elle est principalement développementale et liée à des traumatismes dans la relation d'attachement. Si l'on se réfère à ce qui s'est produit dans l'histoire du dévoilement du diagnostic de trouble de la personnalité en psychiatrie, l'appréciation croissante de l'importante interaction entre les traumatismes de l'enfance et le développement du trouble de la personnalité limite ont contribué pour plusieurs cliniciens à atténuer la stigmatisation rattachée au diagnostic (Lequesne & Hersh, 2004). En thérapie dialectique comportementale, on tente également d'instiller chez le thérapeute une attitude de compassion efficace qui l'aidera dans les moments difficiles (C. J. Robins & Koons, 2000). Campling (1996) souligne qu'à l'inverse, l'incompréhension de la détresse sous-jacente aux comportements mésadaptés à travers lesquels les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité demandent de l'aide

pousse le personnel soignant à répondre à la crise par une crise. Elle suggère aux intervenants de se mettre à la place de ces clients dont les figures parentales ont été souvent négligentes, abusives et non empathiques afin de comprendre leur méfiance à l'endroit du personnel.

Une autre hypothèse que nous suggère la confrontation des écrits et des résultats concernant la compréhension de la détresse vécue par les clients est le rôle que pourrait jouer l'utilisation des concepts de dépression d'abandon et de triade dynamique des troubles du Soi dans ce changement. Le modèle théorique de Masterson pourrait modifier la compréhension de la détresse vécue par la clientèle grâce au postulat du caractère subjectivement intolérable de la dérégulation des affects primitifs et l'explication des fluctuations de leurs états mentaux que fournissent les concepts de dépression d'abandon et de triade dynamique, si l'on s'inspire de l'étude de Forsyth (Forsyth, 2007). Ce chercheur a montré que lorsque les infirmières psychiatriques voient que les symptômes fluctuent et croient qu'ils sont, par conséquent, à la portée du contrôle du client, ces attributions sont associées à des réactions de colère et de retrait de l'aide. Elles font preuve de plus de sympathie, d'optimisme et de comportements d'aide envers les patients dont elles croient qu'ils ne peuvent contrôler une symptomatologie stable et donc biologiquement déterminée. Le concept de la triade dynamique apporte une explication des fluctuations des symptômes qui réfute l'attribution de manipulation. L'application du concept de triade dynamique restaure l'empathie pour le vécu intérieur du client en postulant que l'émergence de dépression d'abandon et de comportements

inadaptés fluctue avec le niveau d'activation autonome exigé par le contexte interpersonnel dans lequel le client se trouve placé, ce dernier pouvant manifester un comportement normal dans un contexte moins exigeant.

La supervision a permis aux intervenants de mieux reconnaître les narcissiques à grandiosité inhibée (*closet narcissist*) (Masterson, 1993) et à intervenir différemment avec eux. En s'appropriant les notions de structures intrapsychiques de Masterson, les intervenants ont appris à tenir davantage compte de la sensibilité et de la subjectivité de ces clients pour ajuster leur intervention. La relation thérapeutique est alors vécue comme moins conflictuelle et l'intervention comme plus efficace. Les témoignages en ce sens concernent surtout les clients qui présentent une structure narcissique, ce qui n'est pas surprenant puisque les clients présentés en supervision avaient majoritairement un diagnostic de structure intrapsychique narcissique dans la classification de Masterson.

Le concept original de structure narcissique à grandiosité inhibée a été introduit par Masterson (1993). On parle aussi, en psychodynamique, de narcissisme hypervigilant (*hypervigilant narcissism*) (Bender, 2005) ou de « narcissique à peau fragile » (*thin-skinned narcissist*) (Bateman, 1998) pour qualifier l'hypersensibilité interpersonnelle, l'orientation vers autrui et la tendance aux réactions de honte. Ces aspects du narcissisme pathologique échappent à la classification du DSM-IV. De ne pas reconnaître un narcissisme sous-jacent, par exemple chez une personnalité évitante du DSM-IV, a des implications cliniques significatives, car des interventions particulières

sont indiquées pour créer l'alliance thérapeutique quand la structure profonde est narcissique (Bender, 2005; Masterson, 1990). L'élargissement de la compréhension du narcissisme pathologique au-delà des limites de la conceptualisation du DSM-IV et le fait de pouvoir retrouver les formes plus subtiles de grandiosité par opposition à la grandiosité manifeste du narcissique du DSM-IV semblent donc être un apport intéressant de la supervision étudiée.

Enfin, des participants ont trouvé que cette supervision les a davantage outillés pour la clientèle souffrant de troubles de la personnalité que les supervisions suivies antérieurement dans des approches qui ne ciblent pas particulièrement cette clientèle. Ce résultat est à rapprocher de la réflexion de Sampson (2006) sur l'organisation des services de santé mentale de première ligne. Non seulement cet auteur accorde-t-il une place de premier plan à la supervision clinique, mais il affirme que la supervision ordinaire n'est pas nécessairement efficace pour aider les intervenants à travailler avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité. Il préconise que la supervision soit en mesure de composer avec les défis uniques présentés par le travail avec cette clientèle.

Conclusion

Les objectifs de la présente recherche ont été atteints. Il s'agissait d'étudier, auprès d'intervenants de première ligne qui travaillent avec une clientèle souffrant de troubles de la personnalité, les changements vécus après une supervision clinique de groupe, supervision centrée sur le contre-transfert et sur les concepts de base de l'approche de Masterson. On s'intéressait plus particulièrement à l'expérience contre-transférentielle. Celle-ci inclut les attitudes et les sentiments ressentis, ainsi que les perceptions que le thérapeute a de lui-même, du client et du travail thérapeutique.

Si l'on s'en tient à la convergence des résultats de nos deux méthodes, qualitative et quantitative, la conclusion la plus sûre est la suivante : que les intervenants continuent ou non à ressentir les affects contre-transférentiels aussi fréquemment, aussi longtemps ou avec autant d'intensité, la supervision de groupe centrée sur les concepts de base de l'approche Masterson et sur le contre-transfert les aide à établir une meilleure alliance thérapeutique et elle améliore le sentiment de proximité et l'engagement affectif de l'intervenant dans la relation thérapeutique avec le client dont ils travaillent le cas en supervision.

Le niveau de contre-transfert ressenti par le thérapeute et le passage à l'acte contre-transférentiels de désengagement semblent passablement indépendants l'un de l'autre. On peut tout de même conclure que les participants au groupe de supervision tolèrent mieux

le contre-transfert qu'ils ressentent consciemment et y réagissent mieux puisqu'ils font moins de passages à l'acte de désengagement. Enfin, il est possible qu'une diminution significative, pour l'ensemble du groupe, des émotions contre-transférentielles ressenties puisse être mesurée en augmentant la durée du processus de supervision de groupe. En effet, plusieurs différences statistiquement non significatives entre le pré-test et le post-test sont tout de même plus accentuées dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. De plus, la grande majorité des participants ont exprimé qu'une prolongation de la supervision leur aurait permis de poursuivre l'intégration des apprentissages.

En aidant les intervenants à améliorer l'alliance thérapeutique, qui comprend l'engagement affectif et l'empathie du thérapeute, et la régulation de leur contre-transfert, la supervision a été bénéfique à deux dimensions très importantes pour l'efficacité thérapeutique avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. L'alliance thérapeutique est reconnue comme le meilleur prédicteur de l'efficacité du traitement (Bender, 2005; Bennett, et al., 2006; Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Forsyth, 2007; Galloway & Brodsky, 2003; Muran, et al., 2009; Spinhoven, et al., 2007). Dans le traitement des troubles de la personnalité, tant psychodynamique que cognitivo-comportemental, il est de la plus haute importance d'accorder une attention particulière à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique, car elle constitue à la fois un enjeu central du traitement et un défi de taille (Bender, 2005; Campling, 1996; Cheval, et al., 2009; Masterson, 1990; Plakun, 1994; C. J. Robins & Koons, 2000; Spinhoven, et al., 2007). De même, la prise de conscience, l'analyse et la régulation du contre-transfert

sont cruciales pour l'alliance et l'efficacité thérapeutiques dans le traitement des troubles de la personnalité (Davidtz, 2008; Fonagy, 1991; Friedman & Gelso, 2000; Gutheil, 2005; McIntyre & Schwartz, 1998).

Nous ne pouvons pas prétendre connaître clairement les éléments de la supervision qui ont favorisé les changements observés. À la lumière des connaissances actuelles nous retenons l'hypothèse que la supervision clinique centrée sur les concepts de base de l'approche Masterson et sur le contre-transfert par identification projective favorise l'alliance thérapeutique, l'empathie et la régulation du contre-transfert parce qu'elle encourage à la fois la conscience du contre-transfert et l'intégration d'un cadre théorique qui soit capable d'organiser avec cohérence le matériel clinique et qui puisse promouvoir une compréhension empathique du client.

Les trajectoires et les processus qui sont synthétisés par les résultats qualitatifs n'ont pas été vécus de la même manière par tous les participants. De même, l'intégration partielle du modèle clinique de Masterson a été différente pour chacun. Il serait normal que des facteurs individuels aient joué puisque les participants ont entrepris la supervision avec des caractéristiques différentes tant sur le plan de la personnalité que de l'expérience clinique.

Que la supervision étudiée ne permette pas d'atteindre un niveau de maîtrise complète de l'approche Masterson n'est nullement surprenant compte tenu de la durée et

de l'intensité de ce processus de supervision de groupe. Nous visions en effet une initiation à quelques outils de base de l'approche dans un temps relativement bref¹, et souhaitions connaître les résultats d'une telle démarche d'introduction. Cette démarche de supervision de groupe d'intensité modérée, relativement courte et peu coûteuse apporte tout de même des bienfaits subjectifs intéressants aux équipes de santé mentale sans nécessiter des intervenants qu'ils maîtrisent dans sa totalité une approche de psychothérapie spécialisée. Nos résultats soutiennent l'idée qu'une approche psychothérapique développée pour des experts puisse être vulgarisée et utilisée partiellement en supervision de groupe, avec une certaine efficacité, par des professionnels qui ne sont ni psychologues ni psychiatres et qui ne sont pas nécessairement formés en profondeur à la psychothérapie. L'approche de Masterson comporte donc des applications fort intéressantes. Nous croyons toutefois que peu importe l'approche, ce sont l'attention portée au contre-transfert et un cadre théorique, quel qu'il soit du moment qu'il est véritablement adapté à la clientèle, qui sont les éléments qu'il importe d'intégrer dans la supervision clinique des cas de troubles de la personnalité.

La supervision étudiée semble d'autant plus prometteuse compte tenu de ce qui se dégage de la recension des écrits cliniques. Le cumul des connaissances sur le contre-transfert avec les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité nous fait réaliser l'ampleur du défi d'autorégulation qui se pose même aux professionnels qui ont une

¹ La durée moyenne du processus de supervision était de 12 mois.

formation approfondie de psychothérapeute et qui se consacrent principalement à la psychothérapie long terme, ce qui n'est pas le cas des intervenants de notre étude. Les résultats obtenus au cours de la période durant laquelle s'est déroulée la recherche demeurent modestes, mais sont tout de même éloquentes. Il faut considérer également le long processus de formation technique et personnelle que nécessite un travail efficace auprès de la clientèle visée. Tout ceci sans compter que les thérapeutes, peu importe leur formation préalable, n'ont pas tous les capacités psychologiques requises pour apprendre à bien effectuer ce travail (Guy, 1987; Kane, 2006; Sussman, 1992).

L'intérêt de combiner les approches quantitative et qualitative apparaît confirmé en rétrospective. L'entrevue qualitative a pu enrichir certains résultats quantitatifs, par exemple en permettant de mieux documenter la nature de l'anxiété situationnelle mesurée par le questionnaire IASTA-Y1. Lorsque les participants ont pu nous parler spontanément de cette anxiété, ce sont les thèmes de la peur de l'échec thérapeutique et de la peur du sentiment d'incompétence qui ont émergé. Le volet qualitatif de notre étude a ouvert sur des résultats que nous n'aurions pas pu prévoir à partir des questionnaires ni des études empiriques disponibles. D'autre part, le volet quantitatif possède aussi des avantages que la méthode qualitative ne peut offrir en nous permettant de mesurer des tendances de groupe et d'établir un lien de causalité entre la supervision et les changements mesurés. Par exemple, en révélant que certains effets sont suffisamment puissants ou trop faibles pour qu'une tendance de groupe devienne

significative, la méthode quantitative fournit des informations utiles pour décider de la pertinence d'investir dans un processus de supervision de ce type et de cette durée.

Il semble avantageux de combiner les caractéristiques distinctes et complémentaires des deux approches méthodologiques. Ainsi, cette combinaison nous a permis d'appuyer plus solidement notre interprétation de l'absence de différence statistiquement significative pour plusieurs de nos variables quantitatives. Les changements positifs concernant ces mêmes variables avaient émergé dans le volet qualitatif. Ils allaient dans le sens de notre interprétation que la supervision a eu un impact significatif, mais pas sur tous les participants et/ou que l'effet aurait été plus significatif si la supervision avait duré plus longtemps. La combinaison des deux approches peut compenser jusqu'à un certain point leurs faiblesses respectives. En s'appuyant sur le discours des participants, l'approche qualitative donne accès à une partie très intéressante, bien que partielle, de leur vécu mais les phénomènes qu'elle étudie ne sont ni mesurés ni généralisables. De leur côté, les instruments quantitatifs permettent la mesure et la généralisation tout en étant plus limités quant à la profondeur et l'ampleur de ce qu'ils peuvent appréhender du phénomène à l'étude.

L'originalité de cette recherche est d'étudier des phénomènes cliniques qui sont très courants et qui affectent de manière importante la qualité des soins à la clientèle, tels qu'ils se produisent naturellement en milieu clinique. Les phénomènes contre-transférentiels sont en effet abondamment documentés sous forme anecdotique, mais ont

été peu étudiés empiriquement (Brody & Farber, 1996; Calvert, 1997; Forsyth, 2007; Korobkin, 2000; McIntyre & Schwartz, 1998; Whitney, 1998). Cette recherche se distingue également en étant la première à se pencher sur la supervision clinique spécifiquement adaptée à la problématique du trouble de la personnalité en contexte d'intervention psychosociale.

Les écrits font état du contre-transfert de honte, de haine de soi et de dissociation secondaire au contre-transfert négatif, et certains recommandent que la supervision inclue la normalisation du contre-transfert négatif. À notre connaissance, la présente étude est la première à montrer que la supervision diminue les sentiments négatifs que le thérapeute éprouve à propos de son contre-transfert négatif. De plus, elle apporte une validation empirique à plusieurs croyances relatives à la supervision clinique de cas de troubles de la personnalité qui jusqu'ici n'étaient fondées que sur l'expérience clinique. Parmi celles-ci, il y a la possibilité qu'une supervision adaptée contribue au processus de régulation du contre-transfert (Plakun, 1994; Rossberg, et al., 2007), qu'elle augmente la qualité des services et la confiance que les cliniciens ressentent dans leur travail avec cette clientèle et qu'elle diminue leur anxiété (Gabbard, 2005; Kane, 2006; Sampson, 2006). Notre étude appuie l'idée que la formation offrant un cadre explicatif et une compréhension empathique de la souffrance subjective de la clientèle, des causes et des conséquences de ces troubles complexes, de même que des comportements et des attitudes négatives et aliénantes que ces clients peuvent présenter aide les supervisés à mieux tolérer leur contre-transfert (Gabbard, 2005; Kane, 2006; Sampson, 2006). Elle

soutient aussi l'idée que l'attention portée à la compréhension des dynamiques sous-jacentes aux passages à l'acte peut restaurer l'empathie du thérapeute et améliorer l'aide qu'il apporte au client pour travailler sur ses enjeux (Gibbons, 2010; Reiser & Levenson, 1984). Enfin, elle valide la croyance que les relations thérapeutiques avec la clientèle qui souffre de troubles de la personnalité sont exigeantes et que les intervenants en santé mentale ont besoin de soutien pour être capable de les maintenir et de tolérer la frustration et l'anxiété (Kane, 2006).

En conclusion, il est permis de croire que la supervision clinique focalisant sur le contre-transfert et sur un modèle clinique adapté aux troubles de la personnalité contribue à l'efficacité des soins et ultimement à diminuer la détresse, la mésadaptation et l'exclusion vécue par cette clientèle. Il est souhaitable que la recherche focalisant sur le thérapeute, son contre-transfert et ses besoins d'un soutien émotionnel et d'une meilleure préparation à la problématique du trouble de la personnalité se poursuive. En effet, les professions associées à la santé mentale continuent de focaliser leur attention sur le client et sur le transfert, mais les expériences négatives, les impasses et les échecs qui sont associés à l'intervention non adaptée auprès des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité et au contre-transfert peuvent être dommageables sur le plan psychologique autant pour le thérapeute que pour le client.

Références

- Adel, A., Grimm, G., Mogge, N. L., & Sharp, T. (2006). Prevalence of personality disorders at a rural state hospital. *Journal of rural community psychology, E9*(1). Repéré à [http:// www.marshall.edu/jrcp/9_1_Adel_Grimm_Mogge.htm](http://www.marshall.edu/jrcp/9_1_Adel_Grimm_Mogge.htm)
- Adler, G. (2000). The alliance and the more disturbed patient. Dans S. T. Levy (Éd.), *The therapeutic alliance* (pp. 75-91). Madison, CT: International Universities Press.
- Alonso, A. (1992). The shattered mirror: Treatment of a group of narcissistic patients. *Group, 16*(4), 210-219.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2002). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders : Compendium 2002*. Washington, DC: Auteur.
- Ames, D. R., & Kammrath, L. K. (2004). Mind-reading and metacognition: Narcissism, not actual competence, predicts self-estimated ability. *Journal of Nonverbal Behavior, 28*(3), 187-209. doi: 10.1023/B:JONB.0000039649.20015.0e
- Ames, D. R., Rose, P., & Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality, 40*(4), 440-450. doi: 10.1016/j.jrp.2005.03.002
- Aronson, M. J. (1986). Transference and countertransference in the treatment of difficult character disorders. Dans H. C. Meyers (Éd.), *Between analyst and patient: New dimensions in countertransference and transference* (pp. 13-31). Hillsdale, NJ, England: Analytic Press.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry, 14*(5), 249-256.
- Baker, E. L. (1982). The management of transference phenomena in the treatment of primitive states. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*(2), 194-197.

- Baker, J. A., Bowers, L., & Owiti, J. A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: A large multi-centred survey. *General Hospital Psychiatry, 31*(1), 80-89. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.09.005
- Banerjee, P., Duggan, C., Huband, N., & Watson, N. (2006). Brief psychoeducation for people with personality disorder: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(3), 385-394.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham, England: Open University Press.
- Bateman, A. (1995). The treatment of borderline patients in a day hospital setting. *Psychoanalytic Psychotherapy, 9*(1), 3-16. doi: 10.1080/02668739500700021
- Bateman, A. (1998). Thick- and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psycho Analysis, 79*(1), 13-25.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder : mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1355-1364. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris, France: 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. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité: Quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé Mentale au Québec*, 35(2), 87-114.
- 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: 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.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2007). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods* (5^e éd.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- 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 I. D. Yalom & M. Rosenbluth (Éds.), *Treating difficult personality disorders* (pp. 173-203). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Bowers, L. (2009). Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services*, 60(2), 231-239. doi: 10.1176/appi.ps.60.2.231
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 349-356. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.03.002
- Bowers, L., & Allan, T. (2006). The attitude to personality disorder questionnaire: Psychometric properties and results. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 281-293. doi: 10.1521/pedi.2006.20.3.281

- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M., & Jeffery, D. (2009). Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(4), 260-271. doi: 10.1080/01612840802710829
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(2), 165-172. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00931.x
- Bowers, L., Van Der Merwe, M., Nijman, H., Hamilton, B., Noorthorn, E., Stewart, D., & Muir-Cochrane, E. (2010). The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: The City-128 study. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(4), 275-286. doi: 10.1016/j.apnu.2009.09.003
- 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*. U Florida, US.
- Campbell, D. (2010). Pre-suicide states of mind. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbances* (pp. 171-183). London, England: Karnac.
- Campling, P. (1996). Maintaining the therapeutic alliance with personality-disordered patients. *Journal of Forensic Psychiatry, 7*(3), 535-550.
- Carr-Walker, P., Bowers, L., Callaghan, P., Nijman, H., & Paton, J. (2004). Attitudes towards personality disorders: Comparison between prison officers and psychiatric nurses. *Legal and Criminological Psychology, 9*(2), 265-277. doi: 10.1348/1355325041719347

- Cassorla, R. M. S. (2008). The analyst's implicit alpha-function, trauma and enactment in the analysis of borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(1), 161-180.
- Charmaz, K. (1983). The grounded theory method: An explication and interpretation. Dans R. M. Emerson (Éd.), *Contemporary field research* (pp. 109-126). Boston, MA: Little Brown.
- Charmaz, K. (2004). Grounded theory. Dans S. N. Hesse-Biber & P. Leavy (Éds.), *Approaches to qualitative research* (pp. 496-521). New-York, NY: Oxford University Press.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: Applications for advancing social justice studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3^e éd., pp. 507-535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chatziandreou, M., Tsani, H., Lamnidis, N., Synodinou, C., & Vaslamatzis, G. (2005). Psychoanalytic psychotherapy for severely disturbed borderline patients: Observations on the supervision group of psychotherapists. *American Journal of Psychoanalysis*, 65(2), 135-147.
- 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.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Coburn, W. J. (1998). Patient unconscious communication and analyst narcissistic vulnerability in the countertransference experience. Dans A. Goldberg (Éd.), *The world of self psychology: Progress in self psychology, Vol 14* (pp. 17-31). Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69-77.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.

- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Daunais, J.-P. (1992). L'entretien non directif. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale* (2^{ième} éd., pp. 273-293). Québec, QC: Presse de l'Université du Québec.
- Davidtz, J. (2008). *Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference*. U Massachusetts Amherst, US. Repéré à <http://search.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-99020-141&site=ehost-live>
- Davies, E., Tennant, A., Ferguson, E., & Jones, L. F. (2004). Developing models and a framework for multiprofessional clinical supervision. *British Journal of Forensic Practice*, 6(3), 36-42.
- del Rosario, P. M., & White, R. M. (2005). The narcissistic personality inventory: Test-retest stability and internal consistency. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1075-1081. doi: 10.1016/j.paid.2005.08.001
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Epstein, L. (1977). The therapeutic function of hate in the countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 13(4), 442-461.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Target, M., & Bateman, A. (2010). The mentalization based approach to psychotherapy for borderline personality disorder. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance* (pp. 35-80). London, England: Karnac.
- 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.

- Frederickson, J. (1990). Hate in the countertransference as an empathic position. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(3), 479-496.
- Fremont, S. K., & Anderson, W. (1988). Investigation of factors involved in therapists' annoyance with clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(3), 330-335.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221-1235.
- Gabbard, G. O. (2005). Personality disorders come of age. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 833-835.
- Gabbard, G. O. (2010). The therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance*. London, England: Karnac.
- Galloway, V. A., & Brodsky, S. L. (2003). Caring less, doing more: The role of therapeutic detachment with volatile and unmotivated clients. *American Journal of Psychotherapy*, 57(1), 32-38.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578. doi: 10.1037/h0078881
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 861-867.
- Gibbons, S. B. (2010). Understanding empathy as a complex construct: A Review of the literature. *Clinical Social Work Journal*, 1-10. doi: 10.1007/s10615-010-0305-2
- Gibbs, G. R. (2002). *Qualitative data analysis: Exploration with NVivo*. Buckingham, England: Open University Press.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649

- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Giorgi, A. (1975). Convergence and divergence of qualitative and quantitative methods in psychology. Dans A. Giorgi, C. T. Fischer & E. L. Murray (Éds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology* (Vol. 2, pp. 72-79). Pittsburg, PA: Duquesne University Press.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1995). A look at grounded theory: 1984 to 1994. Dans B. G. Glaser (Éd.), *Grounded theory : 1984-1994* (pp. 3-17). Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1998). *Doing grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2001). *The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2003). *The grounded theory perspective II: Description's remodeling of grounded theory methodology*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2003). Pretest-posttest comparison group designs: Analysis and interpretation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 500-503.
- Goubert, L., Craig, K., & Buysse, A. (2009). Perceiving others in pain: Experimental and clinical evidence on the role of empathy. Dans J. D. W. Ickes (Éd.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 153-165). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London, England: Sage.
- Green, S. B., & Salkind, N. J. (2008). *Using SPSS for Windows and Macintosh : Analyzing and understanding data* (5^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Grinberg, L. (1995). Nonverbal communication in the clinic with borderline patients. *Contemporary Psychoanalysis*, 31(1), 92-105.
- Guillemette, F. (2006). *L'engagement des enseignants du primaire et du secondaire dans leur développement personnel*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Trois-Rivières en association avec l'Université du Québec à Montréal, QC.
- Gutheil, T. G. (2005). Boundary issues and personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 88-96.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: Do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 31-40.
- Haigh, R. (2006). People's experiences of having a diagnosis of personality disorder. Dans M. Sampson, R. McCubbin & P. Tyrer (Éds.), *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide* (pp. 161-177). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Hakim, C. (1987). *Research design: Strategies and choices in the design of social research*. London, England: Allen & Unwin.
- Hansen, K. (1994). On leaving the scene: Processing projective identification and the schizoid experience. *Clinical Social Work Journal*, 22(3), 277-289.
- Hatch, A. J. (2002). *Doing qualitative research in education settings*. New York, NY: State University of New York Press.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 284-290.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports*, 69(1), 139-148.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hess, A. K. (2008). Psychotherapy supervision: A conceptual review. Dans A. K. Hess, K. D. Hess & T. H. Hess (Éds.), *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice* (2^e éd., pp. 3-22). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Higgins O'Connell, G. (1994). *Resilient adults : Overcoming a cruel past*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Holmqvist, R. (2001). Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(2), 104-116.
- Holmqvist, R., & Armelius, 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 staff's self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 475-490.
- Hopwood, C. J. (2006). Brief Treatments for Borderline Personality. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(4), 269-283.
- Ioannovits, I., Karamanolaki, H., Vaslamatzis, G. (2007). Towards integration: Encountering differences among therapists involved with severe borderline patients. *Therapeutic communities*, 28(4), 407-415.
- Ivey, G. (1995). Interactional obstacles to empathic relating in the psychotherapy of narcissistic disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 49(3), 350-370.
- Kane, E. (2006). Personality disorder: New initiatives in staff training. Dans M. Sampson, R. McCubbin & P. Tyrer (Éds.), *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide* (pp. 3-20). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kernberg, O. F. (1986). Countertransference, transference regression, and the incapacity to depend. Dans H. C. Meyers (Éd.), *Between analyst and patient: New dimensions in countertransference and transference* (pp. 49-61). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kernberg, O. F. (1994). Acute and chronic countertransference reactions / Réactions contre-transférentielles aiguës 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: 10.1177/00030651030510021101
- Kernberg, O. F. (2010). Transference focused psychotherapy. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbances* (pp. 21-34). London, England: Karnac.
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 166*(5), 505-508.
- Kohut, H. (1990). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach. Dans A. H. Esman (Éd.), *Essential papers on transference* (pp. 455-479). New York, NY: New York University Press.
- 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.
- Korobkin, S. B. (2000). *Therapist experience and patient diagnosis as predictors of therapist perception of countertransference*. St. John's University, New York, US. Repéré à <http://search.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2000-95022-279&site=ehost-live>
- Kubarych, T. S., Deary, I. J., & Austin, E. J. (2004). The Narcissistic Personality Inventory: Factor structure in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences, 36*(4), 857-872. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00158-2
- 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.
- Lane, F. M. (1986). Transference and countertransference: Definition of terms. Dans H. C. Meyers (Éd.), *Between analyst and patient: New dimensions in countertransference and transference* (pp. 237-256). Hillsdale, NJ: Analytic Press Inc.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Éds.), *La*

recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 309-340). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.

Lenzenweger, M. F. (2009). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 395-403.

Lequesne, E. R., & Hersh, R. G. (2004). Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(3), 170-176.

Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Lingiardi, V., Croce, D., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). The evaluation of therapeutic alliance in psychotherapy for patients with personality disorders / La valutazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia dei pazienti con disturbo di personalità. *Ricerca in Psicoterapia*, 2(1-3), 63-80.

Lyons, M., & Jerskey, B. (2002). Personality disorders : Epidemiological findings, methods and concepts. Dans M. T. Tsuang & M. Tohen (Éds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (2ème éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

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.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York, NY: Basic Books.

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, US: 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. (Éds.). (1989). *Psychotherapy of the disorders of the self: The Masterson approach*. New York, NY: Brunner / Mazel.
- Masterson, J. F., & Klein, R. (Éds.). (1995). *Disorders of the self: New therapeutic horizons: The Masterson Approach*. New York, NY: Brunner / Mazel.
- Masterson, J. F., & Lu Costello, J. (1980). *From borderline adolescent to functioning adult: The test of time. A follow-up report of psychoanalytical psychotherapy of the borderline adolescent and family*. New York, NY: Brunner / Mazel.
- Mayer, R., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Éds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115-121). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- 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)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f
- McTighe, J. (2010). Teaching the use of self through the process of clinical supervision. *Clinical Social Work Journal*, 1-7. doi: 10.1007/s10615-010-0304-3
- Merikangas, K. R., & Weissman, M. M. (1986). Epidemiology of DSM-III Axis II personality disorders. Dans A. J. Frances & R. E. Hales (Éds.), *Psychiatry update : The American Psychiatric Association annual review* (Vol. 5). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Meyers, H. C. (Éd.). (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.
- Oiler Boyd, C. (2001). Philosophical foundations of qualitative research. Dans P. L. Munhall (Éd.), *Nursing research: A qualitative perspective* (3^e éd., pp. 65-89). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Oldham, J. M. (2009). Borderline personality disorder comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 509-511.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Paris, J. (1998). *Working with traits: Psychotherapy of personality disorders*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Plakun, E. M. (1994). Principles in the psychotherapy of self-destructive borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3(2), 138-148.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Éds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-203). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Prodgers, A. (1991). On hating the patient. *British Journal of Psychotherapy*, 8(2), 144-154. doi: 10.1111/j.1752-0118.1991.tb01171.x
- Purves, D., & Sands, N. (2009). Crisis and triage clinicians' attitudes toward working with people with personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 208-215. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00223.x
- Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 890-902. doi: 10.1037/0022-3514.54.5.890
- Reich, J., & Nduaguba, M. (2005). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(1), 12-16.

- Reid, W. H. (2009). Borderline personality disorder and related traits in forensic psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice, 15*(3), 216-220.
- Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities. *The American Journal of Psychiatry, 141*(12), 1528-1532.
- Rhodewalt, F., & Morf, C. C. (1995). Self and interpersonal correlates of the Narcissistic Personality Inventory: A review and new findings. *Journal of Research in Personality, 29*(1), 1-23. doi: 10.1006/jrpe.1995.1001
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology, 34*(3), 276-282.
- Robins, C. J., & Koons, C. R. (2000). The therapeutic relationship in dialectical behavior therapy. Dans L. Havens & A. N. Sabo (Éds.), *The real world guide to psychotherapy practice* (pp. 237-266). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(2), 151-161. doi: 10.1177/0146167201272002
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosowsky, E., & Dougherty, L. M. (1998). Personality disorders and clinician responses. *Clinical Gerontologist, 18*(4), 31-42.
- Rosberg, 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.
- Rossmann, G. B., & Rallis, S. F. (1998). *Learning in the field: An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Salz, T. F. (1998). *Countertransference and its relationship to patients' personality styles*. The Wright Institute, US. 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 (Éds.), *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide* (pp. 221-240). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sampson, M. J., McCubbin, R., & Tyrer, P. (Éds.). (2006). *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 511-521. doi: 10.1002/eat.20650
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données* (5^e éd., pp. 337-360). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Schamess, G. (1981). Boundary issues in countertransference: A developmental perspective. *Clinical Social Work Journal*, 9(4), 244-257.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: Norton & Company.
- Schreiber, R. S. (2001). The "how to" of grounded theory: Avoiding the pitfalls. Dans R. S. Schreiber & P. N. Stern (Éds.), *Using grounded theory in nursing* (pp. 55-83). New York, NY: Springer.
- Schumacher Finell, J. (1985). Narcissistic problems in analysts. *International Journal of Psycho Analysis*, 66(4), 433-445.
- Searles, H. F. (1979). *Countertransference and related subjects: Selected papers*. Madison, CT: International Universities Press.
- Searles, H. F. (1994). *My work with borderline patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- 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.
- Shachner, S. E., & Farber, B. A. (1997). Effect of diagnosis on countertransference responses to child psychotherapy patients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 377-384. doi: 10.1207/s15374424jccp2604_6

- Sherby, L. B. (1989). Love and hate in the treatment of borderline patients. *Contemporary Psychoanalysis*, 25(4), 574-591.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: The Guilford Press.
- Skorupa, J., & Agresti, A. A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 281-285. doi: 10.1037/0735-7028.24.3.281
- Snowden, P., & Eddie, K. (2003). Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion. *Psychiatric Bulletin*, 27(11), 401-403.
- Solomon, I. (1992). *The encyclopedia of evolving techniques in psychodynamic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1984). Psychometric properties of the STAI: A reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of Personality Assessment*, 48(1), 95-97. doi: 10.1207/s15327752jpa4801_16
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strean, H. S. (1999). Resolving some therapeutic impasses by disclosing countertransference. *Clinical Social Work Journal*, 27(2), 123-140.

- Strean, H. S. (2001a). Countertransference: An introduction. Dans H. S. Strean (Éd.), *Controversies on countertransference* (pp. 1-24). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Strean, H. S. (2001b). Resolving some therapeutic impasses by disclosing countertransference. Dans H. S. Strean (Éd.), *Controversies on countertransference* (pp. 109-132). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy* (2^e éd.). Lanham: Jason Aronson.
- 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.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(3), 305-316. doi: 10.1080/00207599008247865
- Van der Maren, J.-M. (2006). Les recherches qualitatives: des critères variés de qualité en fonction des types de recherche. Dans L. Paquay, M. Crahay & J.-M. Ketele (Éds.), *L'analyse qualitative en éducation: des pratiques de recherche aux critères de qualité* (pp. 65-80). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 411-421.
- Waska, R. T. (1999). Projective identification, countertransference, and the struggle for understanding over acting out. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 8(2), 155-161.
- Waska, R. T. (2000). Hate, projective identification, and the psychotherapist's struggle. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9(1), 33-38.
- Watson, P. J., & Morris, R. J. (1991). Narcissism, empathy and social desirability. *Personality and Individual Differences*, 12(6), 575-579. doi: 10.1016/0191-8869(91)90253-8

- Weatherford, R., O'Shaughnessy, T., Mori, Y., & Kaduvettoor, A. (2008). The new supervisee: Order from chaos. Dans A. K. Hess, K. D. Hess & T. H. Hess (Éds.), *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice* (2^e éd., pp. 40-54). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Webb, D., & McMurrin, M. (2007). Nursing staff attitudes towards patients with personality disorder. *Personality and Mental Health, 1*(2), 154-160. doi: 10.1002/pmh.15
- Wheelis, J., & Gunderson, J. G. (1998). A little cream and sugar: Psychotherapy with a borderline patient. *The American Journal of Psychiatry, 155*(1), 114-122.
- Whitney, H. J. (1998). *A comparative study of the emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients*. New York U, US. Repéré à <http://search.ebscohost.com.biblioproxy.uqtr.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1998-95005-145&site=ehost-live>
- Wilkinson, S. M., & Gabbard, G. O. (1993). Therapeutic self-disclosure with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 2*(4), 282-295.
- Williams, P. (2004). Incorporation of an invasive object. *International Journal of Psychoanalysis, 85*(6), 1333-1348.
- Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York, NY: International Universities Press.
- Yeglich, T. (1998). Paradox as symptom in the borderline patient's struggle for self-differentiation. *Perspectives in Psychiatric Care, 34*(1), 15-27.
- 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.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(3), 405-420.
- Zittel, C., & Westen, D. (2003). The Countertransference Questionnaire Page consultée le 25 décembre, 2006, à <http://www.psychsystems.net/lab>

Appendice A
Guide de présentation de cas

SUPERVISION APPROCHE MASTERSON GUIDE DE PRÉSENTATION DE CAS

- Type d'intervention

Exemple: psychothérapie, éducation en diététique pour une personne atteinte de diabète, counseling psychosocial, entraînement aux habiletés parentales, suivi en protection de la jeunesse, etc.

- Référence

Comment la personne s'est-elle rendue à vous?

Qui a fait la demande (*Exemple*: médecin du CLSC, accueil, protection de la jeunesse, membre de la famille, groupe communautaire, hôpital)

- Contexte de l'intervention

Y a-t-il un format précis ou un nombre limité de rencontres ?

Fréquences des rencontres.

À domicile ou au CLSC ou autre?

Y a-t-il d'autres ressources et/ou intervenants impliqués ?

- Objectifs de l'intervention

Quel est le motif de consultation de la personne elle-même?

Parmi les problèmes que la personne désire améliorer ou changer, quels sont les objectifs réalistes qui ont été retenus?

Le plan d'intervention a-t-il fait l'objet d'un consensus entre le client et l'intervenant?

- Difficultés et résistances dans le travail thérapeutique

Exemples: manquer rendez-vous, téléphones fréquents, demandes répétées de changer les rendez-vous, émotions négatives du thérapeute, attitude passive et impuissante du client, attitude d'opposition, dévaluation de l'intervenant, demandes incessantes de réassurance, crises de colère, menaces ou gestes suicidaires, parler continuellement de sujets anodins ou de plaintes somatiques, initier des conflits entre les différents intervenants au dossier, suivi qui "tourne en rond", changements fréquents de sphère d'intervention au hasard des crises successives, absence générale de progrès.

-Résumé du travail thérapeutique ou des interventions à ce jour

- Points-clés de l'évaluation sommaire des troubles de la personnalité

Il s'agit en fait de rechercher:

1. Des indices de la **triade** des troubles de la personnalité (*activation autonome* → *anxiété et dépression* → *passages à l'acte et comportements inadaptés*) dans la vie présente et dans l'histoire de vie de la personne.
2. Des indices de **représentations de soi et de l'autre qui sont immatures et partielles** (tout bon ou tout mauvais), projections qui sont reproduites dans la plupart des relations passées et présentes. On cherche aussi des manifestations marquées de défenses primitives: acting out, clivage, projection, abus de substance, déni, évitement, etc. Les **sphères principales** où rechercher ces indices sont les suivantes:

Le motif de consultation et l'histoire des traitements

Les clients se présentent souvent en crise ou consultent pour une gamme variée de problèmes à l'axe I, ce qui ne les distingue pas immédiatement de la clientèle générale. L'histoire des consultations ou traitements antérieurs révèle souvent leurs attentes irréalistes, une attitude passive face à l'intervention, et leur difficulté à s'engager dans le traitement (histoire de consultations antérieures "avortées").

L'humeur

Anxiété et dépression récurrentes ou chroniques, en lien avec un stress de séparation ou une demande accrue d'activation autonome (triade). Se plaignent souvent d'une difficulté chronique à contenir leurs émotions et à les gérer. Estime de soi déficiente ou précaire depuis l'enfance ou au contraire façade grandiose et quasi-euphorique.

L'histoire familiale et la socialisation

Stress de séparation; violence verbale, physique ou sexuelle; réponse insuffisante aux besoins développementaux de l'enfant; description stéréotypée des parents et de la fratrie; relations conflictuelles chroniques; attachements immatures ou distanciation extrême avec la famille d'origine. Problèmes au niveau de la socialisation avec les pairs dans l'enfance et l'adolescence.

L'histoire personnelle

Altération du fonctionnement dans les sphères du travail, du parentage, des loisirs. Difficultés répétées avec l'autonomie et les responsabilités. Histoire de travail montrant soit un parcours chaotique (*ex.* : suite de congédiements ou de démissions en lien avec des conflits interpersonnels ou de l'anxiété), soit une stabilité dans un fonctionnement clairement en deçà du potentiel, soit une absence de fonctionnement au plan travail pendant une longue période.

Les relations intimes et amicales

Succession de relations conflictuelles et chaotiques, ou évitement des relations. Les descriptions des partenaires, de même que l'évolution de ces relations, sont stéréotypées. Réseau social instable ou superficiel.

Les passages de la vie requérant une autonomie accrue et impliquant des stress de séparation sont plus difficiles que ce qui est normalement attendu et donnent lieu à l'irruption d'anxiété et de dépression relativement incapacitantes. *Exemples*: passage du secondaire aux études supérieures ou au marché du travail; départ du foyer parental; établissement d'un couple; déménagements; débiter un nouvel emploi; naissance d'un enfant; adolescence des enfants; retraite; décès des parents.

- Hypothèse quant à la présence et type d'un trouble de la personnalité

Faire une hypothèse quant à la présence ou non d'un trouble de la personnalité, sur la base des points-clefs de l'évaluation sommaire. Faire une hypothèse quant au type particulier de trouble de la personnalité en se basant sur les schémas des structures intrapsychiques (systèmes clivés de représentations de soi et de l'objet et affects associés).

Appendice B

Caractéristiques des participants du groupe expérimental

Tableau 7

Diplôme principal des professionnels participants

Diplôme principal	Nombre de participants
Études collégiales en techniques d'éducation spécialisée	1
Baccalauréat en travail social	7
Baccalauréat en psychoéducation	2
Baccalauréat en criminologie	1
Baccalauréat en sciences infirmières	1
Maitrise en psychologie	2
Doctorat en médecine	1
Doctorat en médecine et doctorat en psychologie	1

Tableau 8

Type d'établissement employant les professionnels participants

Type d'établissement	Nombre de participants
Centre local de services communautaires (CLSC)	11
Centre jeunesse (unités de réadaptation)	3
Centre d'intervention de crise	1
Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)	1

Tableau 9

Clientèles desservies par les professionnels participants

Clientèle	Nombre de participants
Adultes souffrant de problèmes de santé mentale	6
Adolescentes et leur famille	3
Adultes vivants avec le VIH et leurs proches	3
Enfants 0-12 ans et leur famille	2
Adultes vivant une crise psychosociale	1
Adultes en grande perte d'autonomie et leurs proches	1

Tableau 10

Type d'interventions pratiquées par les professionnels participants

Intervention	Nombre de participants
Suivi psychosocial individuel	7
Psychothérapie individuelle	6
Psychothérapie de groupe	4
Évaluation diagnostique	3
Thérapie familiale	3
Intervention et suivi de crise	3
Suivi à domicile	3
Psychothérapie de couple	2
Groupe psychoéducatif	2
Gestion et supervision d'une équipe d'intervenants en Centre jeunesse et soutien aux familles	2
Intervention téléphonique en situation de crise	1
Traitement pharmacologique	1
Supervision clinique	1

Appendice C

Caractéristiques des participants du groupe témoin

Tableau 11

Diplôme principal des professionnels du groupe témoin

Diplôme principal	Nombre de participants
Diplôme d'études collégiales en assistance sociale	1
Baccalauréat en sexologie	1
Baccalauréat en criminologie	3
Baccalauréat en travail social	2
Maitrise en travail social	1

Tableau 12

Type d'interventions pratiquées par les professionnels du groupe témoin

Intervention	Nombre de participants
Évaluation	1
Psychothérapie individuelle en externe	1
Suivi psychosocial individuel en externe	6
Thérapie de groupe	1
Intervention ponctuelle auprès de l'entourage	1
Liaison avec l'urgence hospitalière	1

Appendice D

Traduction française du questionnaire APDQ

QUESTIONNAIRE D'ATTITUDE ENVERS LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Code de jumelage _____ Date : _____

(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Maintenant, veuillez s'il-vous-plaît prendre un moment pour réfléchir à votre expérience de travail avec les personnes qui ont un trouble de la personnalité (TP).

Par TP, nous entendons un trouble de personnalité selon n'importe quel système diagnostique communément utilisé, incluant les TP combinés à d'autres conditions, par exemple un trouble d'apprentissage, la schizophrénie, etc. Nous reconnaissons que les clients qui ont un TP varient beaucoup, mais ces personnes difficiles existent et nous devons les gérer et les traiter. Les comportements typiques des personnes qui ont un TP sont impulsifs, histrioniques, antisociaux, immatures et paranoïdes.

Pour les objectifs de ce questionnaire, nous aimerions que vous pensiez à vos sentiments envers les clients TP en général. Nous sommes conscients que vous puissiez avoir différents mélanges de sentiments envers différents clients TP que vous avez pu connaître dans le passé. Pour ce questionnaire, nous aimerions que vous essayiez d'en faire une moyenne et de nous dire quelles sont vos réponses ,en général, envers les personnes qui ont un TP prises comme un tout.

Pour chacune des réponses listées ci-dessous, veuillez s'il-vous-plaît indiquer la fréquence de vos sentiments envers les clients qui ont un TP. S'il-vous-plaît, encerclez votre réponse rapidement, plutôt que de la considérer longtemps. Nous voulons connaître vos sentiments authentiques et viscéraux.

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent	Toujours
1	J'aime les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
2	Je ressens de la frustration avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
3	Je me sens vidé(e) par les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
4	Je respecte les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6

5	Je ressens de la tendresse et de l'affection pour les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
6	Je me sens vulnérable en présence de clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
7	J'ai un sentiment de proximité avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
8	Je me sens manipulé(e) ou utilisé(e) par les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
9	Je me sens inconfortable ou mal à l'aise avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
10	Je sens que je perds mon temps avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6

11	Je suis excité(e) de travailler avec des clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
12	Je me sens pessimiste à propos des clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
13	Je me sens résigné(e) à propos des clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
14	J'admire les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
15	Je me sens impuissant(e) en relation avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
16	J'ai peur des clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
17	Je ressens de la colère envers les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
18	Je me sens provoqué(e) par les comportements des clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6

19	J'aime passer du temps avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
20	Interagir avec des clients qui ont un trouble de la personnalité me fait frissonner.	1	2	3	4	5	6
21	Les clients qui ont un trouble de la personnalité m'irritent.	1	2	3	4	5	6
22	Je me sens chaleureux(se) et bienveillant(e) envers les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
23	Je me sens protecteur(trice) envers les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
24	Je me sens opprimé(e) ou dominé(e) par les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
25	J'ai l'impression que les clients qui ont un trouble de la personnalité sont extraterrestres, étrangers, étranges.	1	2	3	4	5	6
26	Je me sens compréhensif(ve) envers les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
27	Je me sens dépourvu en présence de clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
28	Je me sens heureux(se) et satisfait(e) en présence de clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
29	Je me sens sur mes gardes et prudent(e) en présence de clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
30	Je sens que les clients qui ont un trouble de la personnalité ont le dessus sur moi.	1	2	3	4	5	6
31	Prendre soin de clients qui ont un trouble de la personnalité me fait me sentir satisfait(e) et comblé(e).	1	2	3	4	5	6
32	Je me sens exploité(e) par les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
33	Je me sens patient(e) quand je prends soin de clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
34	Je me sens capable d'aider les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6

35	Je me sens intéressé(e) aux clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
36	Je me sens incapable d'arriver à contrôler la situation avec les clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6
37	Je me sens intolérant(e). J'ai de la difficulté à tolérer les comportements des clients qui ont un trouble de la personnalité.	1	2	3	4	5	6

Merci d'avoir pris le temps de compléter notre questionnaire.

Appendice E
Traduction française du questionnaire CTQ

Questionnaire sur le contre-transfert (groupe expérimental)

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

Code de jumelage _____ Date : _____

(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Veillez compléter ce questionnaire une première fois dans la prochaine semaine, pour le client que vous avez sélectionné, et en compléter un autre une deuxième fois vers la date suivante _____ ou aussitôt que le suivi avec ce client se termine (peu importe la raison de la fin du suivi).

Veillez s'il vous plaît retourner les deux questionnaires au fur et à mesure dans les enveloppes adressées et affranchies à l'agente de liaison, [Nom de l'agente de liaison], qui en assurera le traitement confidentiel. N'hésitez pas à communiquer avec [Nom et numéro de téléphone de l'agente de liaison] si vous avez besoin de questionnaires et d'enveloppes supplémentaires, ou pour toute question.

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 senti 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'attirance 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 incompetent(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

Questionnaire sur le contre-transfert Consigne pour le pré-test du groupe témoin

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

Code de jumelage _____ **Date :** _____
(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Veillez compléter ce questionnaire une première fois dans la prochaine semaine, pour le client que vous avez sélectionné, et en compléter un autre une deuxième fois vers la date suivante _____ ou aussitôt que le suivi avec ce client se termine (peu importe la raison de la fin du suivi).

Pour choisir le client à qui vous penserez en remplissant les deux questionnaires, veuillez vous référer aux critères diagnostiques généraux d'un trouble de la personnalité du DSM-IV que nous vous avons distribués. Veuillez ne pas choisir un client qui aurait en même temps un syndrome de stress post-traumatique ou un trouble psychotique. Choisissez un client avec qui vous éprouvez des difficultés dans le travail et pour qui vous n'avez pas reçu de supervision à ce jour.

Veillez s'il vous plaît retourner les deux questionnaires (pré-test et post-test) dans les enveloppes adressées affranchies à [*Nom de la personne responsable*] qui en assurera le traitement confidentiel. N'hésitez pas à communiquer avec [*Nom et numéro de téléphone de la personne responsable*] si vous avez besoin de questionnaires et d'enveloppes supplémentaires, ou pour toute question.

Les énoncés ci-dessous décrivent divers sentiments ou réactions que les cliniciens éprouvent envers leurs clients. Veuillez, s'il vous plait, coter jusqu'à quel point les énoncés suivants s'appliquent à vous dans votre travail avec votre client, 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 senti avec votre client 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 client.

Questionnaire sur le contre-transfert Consigne pour le post-test du groupe témoin

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

Code de jumelage _____ **Date :** _____
(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Veillez compléter ce deuxième questionnaire pour le même client que vous avez sélectionné en remplissant le premier questionnaire, à la date qui vous a été communiquée par l'équipe de recherche ou plus tôt aussitôt que le suivi avec ce client se termine (peu importe la raison de la fin du suivi).

Veillez s'il vous plaît retourner ce deuxième questionnaire dans l'enveloppe adressée et affranchie à [Nom de la personne responsable] qui en assurera le traitement confidentiel. N'hésitez pas à communiquer avec avec [Nom et numéro de téléphone de la personne responsable] si vous avez besoin de questionnaires et d'enveloppes supplémentaires, ou pour toute question. Pour que nous puissions utiliser vos données, il est important pour nous que vous remplissiez et nous fassiez parvenir les deux questionnaires.

Les énoncés ci-dessous décrivent divers sentiments ou réactions que les cliniciens éprouvent envers leurs clients. Veuillez, s'il vous plaît, coter jusqu'à quel point les énoncés suivants s'appliquent à vous dans votre travail avec votre client, 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 senti avec votre client 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 client.

Au cours de la période de votre participation à la recherche, avez-vous reçu de la supervision pour votre travail avec ce client auquel vous avez pensé en remplissant le questionnaire?

Oui _____ Non _____

Si oui, veuillez préciser le type de supervision (individuelle, groupe, administrative) et la durée (exemple : deux rencontres d'une heure de supervision individuelle)

Appendice F
Inventaire d'anxiété situationnelle IASTA-Y1

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

Développé par Charles D. Spielberger
En collaboration avec
R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg, et G.A. Jacobs
Traduit et adapté par Janel G. Gauthier
en collaboration avec Stéphane Bouchard

IASTA (Forme Y-1)

Code de jumelage _____ Date : _____

(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

CONSIGNES : Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, dans votre travail avec vos clients qui ont un trouble de la personnalité. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez dans votre travail avec vos clients qui ont un trouble de la personnalité.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
3. Je suis tendu (e)	1	2	3	4
4. Je me sens surmené (e)	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé (e)	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé (e) actuellement par des malheurs possibles	1	2	3	4
8. Je me sens comblé (e)	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé (e)	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4

11. Je me sens sûr (e) de moi.....	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux (e).....	1	2	3	4
13. Je suis affolé (e).....	1	2	3	4
14. Je me sens indécis (e)	1	2	3	4
15. Je suis détendu (e)	1	2	3	4
16. Je me sens satisfait (e)	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé (e)	1	2	3	4
18. Je me sens tout mêlé (e)	1	2	3	4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides	1	2	3	4
20. Je me sens bien	1	2	3	4

Appendice G
Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique
Projet de recherche sur la supervision clinique de groupe avec
la clientèle présentant un trouble de la personnalité.

Code de jumelage _____ **Date :** _____

(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Veillez compléter ce questionnaire à la maison et le retourner dans l'enveloppe adressée et affranchie à l'agente de liaison, [*Nom de la personne*], qui en assurera le traitement confidentiel. Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec [*Nom de la personne*], agent de liaison, au [*Numéro de téléphone*].

Il est important de retourner ce questionnaire, au plus tard dans les deux semaines suivantes.

1. Âge : _____

2. Sexe : _____

3. Contexte actuel de travail

3a. Dans quel type d'institution et de service travaillez-vous (Exemple : CLSC Des Marais, Équipe du maintien à domicile)?

3b. Quel type de clientèle spécifique desservez-vous dans le cadre de votre travail (Exemple : adolescents et familles; adultes atteints du VIH et leurs proches...)?

3c. Quel type d'intervention faites-vous principalement dans le cadre de votre travail (Exemples : psychothérapie individuelle; groupe psycho éducatif; groupe de thérapie; suivi de crise à domicile; suivi psychosocial individuel; thérapie familiale...)?

4. Formation académique

S'il vous plaît, veuillez faire la liste de tous les diplômes de niveau universitaire ou collégial que vous avez complétés.

5. Appartenance à un ordre professionnel

Êtes-vous membre d'un ordre professionnel? _____

Si oui, lequel? _____

Êtes-vous éligible à être membre d'un ordre professionnel? _____

Si oui, lequel? _____

6. Combien comptez-vous d'années et de mois d'expérience en clinique ou en relation d'aide, en dehors des stages reliés à vos études? S'il vous plaît, précisez s'il s'agit d'une expérience à temps plein (4 à 5 jours/semaine) ou à temps partiel (1 à 3 jours/semaine) :

7. Histoire d'expérience en intervention

S'il vous plaît, veuillez faire la liste de toutes vos expériences à titre de psychothérapeute ou d'intervenant, en dehors des stages reliés à vos études. Veuillez les décrire brièvement et en indiquer l'ampleur et la durée (Exemples : animation d'ateliers de stimulation mère-nourrisson, 3 heures par semaine pendant 30 semaines; psychothérapie individuelle 3 jours/semaine en pratique privée pendant 4 ans).

8. Histoire de formation continue et de supervision clinique

S'il vous plaît, veuillez faire la liste de toutes les formations cliniques, supervisions cliniques et activités de supervision entre pairs que vous avez suivies après vos études. Veuillez les décrire brièvement et en indiquer la fréquence et la durée (exemple : supervision de groupe en santé mentale, 3 heures par mois pendant dix-huit mois).

9. Histoire des relations intimes

S'il vous plaît, veuillez faire la liste de toutes les relations amoureuses et /ou conjugales que vous avez vécues et/ou vivez dans votre vie personnelle, en indiquant simplement leur durée (en années et en mois) et leur statut (avec ou sans cohabitation).

10. Expérience de psychothérapie personnelle

S'il vous plaît, veuillez faire la liste de toutes les tranches de psychothérapie personnelle dans lesquelles vous vous êtes, ou êtes encore, engagé(e). Veuillez simplement indiquer la modalité (exemples : groupe, couple, individuel), la fréquence (exemple : hebdomadaire), et la durée (en années et en mois).

Appendice H

Traduction française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg

Échelle de l'estime de soi de Rosenberg

Traduction française de Vallières et Valleyrand (1990).

Code de jumelage _____ Date : _____

(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égal(e) à n'importe qui d'autre	1	2	3	4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités	1	2	3	4
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)	1	2	3	4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	1	2	3	4
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi	1	2	3	4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi	1	2	3	4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1	2	3	4
9. Parfois je me sens vraiment inutile	1	2	3	4
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien	1	2	3	4

Appendice I
Traduction française du NPI-16

Questionnaire d'estime de soi dans les relations interpersonnelles

Code de jumelage _____ Date : _____

(Code de jumelage = deux premières lettres du nom de jeune fille de la mère et deux derniers chiffres du numéro de téléphone de la résidence).

Lisez chacune des paires d'énoncés ci-dessous et placez un "X" à côté de celui qui décrit le mieux vos sentiments et de vos croyances à propos de vous-même. Vous pouvez avoir l'impression qu'aucun des deux ne vous décrit bien, mais choisissez celui qui s'en rapproche le plus. **S'il vous plait, complétez toutes les paires.**

1. ___ J'aime vraiment être le centre d'attention
 ___ Être le centre d'attention me rend mal à l'aise
2. ___ Je ne suis ni mieux ni pire que la plupart des gens
 ___ Je pense que je suis une personne spéciale
3. ___ Tout le monde aime entendre mes histoires
 ___ Je raconte parfois de bonnes histoires
4. ___ J'obtiens habituellement le respect que je mérite
 ___ J'insiste pour obtenir le respect qui m'est dû
5. ___ Suivre des ordres ne m'ennuie pas
 ___ J'aime avoir de l'autorité sur les gens
6. ___ Je vais être une personne formidable
 ___ J'espère que j'aurai du succès
7. ___ Parfois les gens croient ce que je leur dis
 ___ Je peux faire croire tout ce que je veux à n'importe qui
8. ___ J'attends beaucoup des autres
 ___ J'aime faire des choses pour les autres
9. ___ J'aime être le centre d'attention
 ___ Je préfère me fondre dans la foule
10. ___ Je suis passablement comme tout le monde
 ___ Je suis une personne extraordinaire

11. Je sais toujours ce que je fais
 Parfois je ne suis pas certain(e) de ce que je suis en train de faire
12. Je n'aime pas me rendre compte que je manipule les gens
 Je trouve facile de manipuler les gens
13. Être une figure d'autorité ne signifie pas grand'chose pour moi
 Les gens semblent toujours reconnaître mon autorité
14. Je sais que je suis bon(ne) parce que tout le monde ne cesse de me le dire
 Quand les gens me complimentent, je deviens parfois gêné(e)
15. J'essaie de ne pas me donner en spectacle
 Je suis capable de me donner en spectacle si l'occasion se présente
16. J'ai plus de capacités que les autres
 Il y a un tas de choses que je peux apprendre des autres

Appendice J

Feuillet d'information et formulaire de consentement (groupe expérimental)

FEUILLET D'INFORMATION

L'impact de la supervision clinique de groupe sur la régulation du contre-transfert avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité

Ce feuillet d'information résume la recherche et votre implication en tant que participant (e). Il se veut un outil vous permettant de prendre une décision éclairée. Prenez le temps de le lire et d'en comprendre le contenu. À tout moment, demandez des clarifications ou des approfondissements si vous le jugez nécessaire.

But

Cette recherche doctorale en psychologie, entreprise par Monique Bessette, psychologue, sous la direction du professeur Emmanuel Habimana de l'Université du Québec à Trois-Rivières, poursuit deux objectifs :

- (1) Explorer l'impact de la supervision clinique centrée sur la régulation du contre-transfert et sur les concepts centraux et les techniques de l'approche Masterson du traitement des troubles de la personnalité. Plus particulièrement, cette étude s'intéresse aux impacts de la supervision sur la capacité du thérapeute à gérer ses émotions et ses attitudes envers ses clients souffrant d'un trouble de la personnalité, et à les utiliser de manière thérapeutique. On s'intéresse aussi aux impacts de ce type de supervision sur le sentiment d'efficacité thérapeutique et de confort général que vivent les intervenants dans leur travail avec cette clientèle.
- (2) Étudier le processus que vivent, de l'intérieur, les intervenants de divers contextes de pratique et niveaux d'expérience dans ce type de supervision de groupe. On vise à mieux identifier leurs besoins de soutien clinique, et à dégager des pistes qui permettraient aux institutions de mieux y répondre.

Votre participation à cette recherche

En tant que professionnel impliqué dans le groupe de supervision clinique d'approche Masterson mis sur pied au [*Nom de l'organisme participant*], vous êtes invité à participer bénévolement à cette recherche. L'animation du groupe de supervision sera assurée par Monique Bessette, et se centrera sur le contre-transfert des participants et sur les concepts de base de l'approche Masterson du traitement des troubles de la personnalité.

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demandons d'être disponible le plus possible pour assister à l'ensemble des rencontres de supervision [*liste des dates de toutes les rencontres de supervision, lieu et adresse*] qui s'étalent sur une durée d'un an du [*date de la première rencontre*] au [*date de la dernière rencontre*].

Un enregistrement audio sera pris de toutes les rencontres de supervision de groupe, mais ces enregistrements ne serviront aucunement à vous observer. Elles serviront à l'équipe de recherche uniquement pour coter les interventions de la superviseuse afin de vérifier que la supervision se centre réellement sur le contre-transfert des supervisés, et sur l'enseignement des techniques de base de l'approche Masterson du traitement des troubles de la personnalité.

Nous vous demanderons aussi de remplir différents questionnaires au début, pendant, et à la fin du processus de supervision de groupe, de participer à une entrevue semi-dirigée, ainsi qu'à une rencontre de présentation et de validation des résultats de la recherche. Aucune mesure ni observation ne sera prise directement auprès de vos clients. Afin de valider que les clients que vous présenterez correspondent bien aux critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité, la superviseuse évaluera avec le supervisé, à chaque présentation d'un nouveau cas, si le client répond ou non aux critères diagnostiques généraux d'un trouble de la personnalité selon le DSM-IV (classification diagnostique officielle en Amérique du Nord).

Avant la première rencontre de supervision, une séance de psychométrie d'une heure sera organisée pour les participants de votre groupe. Au cours de cette séance, [*Nom de la personne*] procédera à la passation de cinq questionnaires portant sur l'anxiété, l'estime de soi et le narcissisme, et sur les attitudes envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité. Les cinq questionnaires totalisent 95 énoncés à coter, la cotation d'un énoncé ne prenant habituellement que quelques secondes. Un questionnaire sociodémographique et un questionnaire sur le contre-transfert, à apporter à la maison et à envoyer par la poste à l'agente de liaison deux à trois semaines plus tard, vous seront également remis lors de cette session. Le questionnaire sociodémographique prend environ une heure et demie à remplir, et porte sur les sujets suivants : contexte actuel de travail et expérience professionnelle; formation académique et histoire de formation continue et de supervision clinique; histoire des relations intimes. Le questionnaire sur le contre-transfert comporte 79 énoncés à coter (environ 40 minutes), et doit être rempli à propos du client que vous choisirez de présenter et de suivre dans le groupe de supervision.

En cours d'année, on vous demandera de remplir à nouveau le même questionnaire sur le contre-transfert si vous présentez un nouveau client au groupe de supervision : un questionnaire à propos de l'ancien client, et un questionnaire à propos du nouveau client que vous commencez à présenter au groupe. Les questionnaires remplis seront acheminés à l'agente de liaison dans les enveloppes adressées et affranchies qu'on vous aura fournies.

À la fin du processus de supervision de groupe, une séance de psychométrie identique à la première sera organisée pour une deuxième passation des mêmes cinq questionnaires portant sur l'anxiété, l'estime de soi et le narcissisme, et sur les attitudes envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité.

À la fin du processus de supervision de groupe, nous vous demanderons de participer à une entrevue individuelle en face à face d'une durée approximative d'une heure et demie, qui se tiendrait à votre lieu habituel de travail, ou tout autre lieu à votre convenance, au plus tard trois mois suivant la dernière rencontre de supervision. Cette entrevue semi-dirigée permettra de répondre au second objectif de cette recherche, qui est d'explorer votre expérience personnelle du groupe de supervision, et vos besoins en matière de supervision clinique. L'entrevue permettra aussi de documenter l'évaluation subjective que vous faites de l'impact de la supervision sur la régulation de votre contre-transfert, et de votre capacité à aider vos clients souffrant d'un trouble de la personnalité. Enfin, elle aborde les changements éventuels survenus dans votre perception subjective à propos de cette clientèle en général. L'entrevue sera enregistrée (audio) pour pouvoir être transcrite verbatim.

En dernier lieu, après que l'équipe de recherche aura terminé d'analyser et d'interpréter les résultats, vous serez invité à participer à une rencontre réunissant tous les participants de tous les milieux cliniques impliqués dans l'étude. Durant cette rencontre, les membres de l'équipe de recherche soumettrons les divers résultats et interprétations aux participants aux fins de validation. Il s'agit de recueillir les perspectives des participants sur les interprétations des résultats et de vérifier en quoi elles concordent ou divergent d'avec celles de l'équipe de recherche. Cette rencontre devrait durer environ deux heures et fera l'objet d'un enregistrement audio.

Engagement de l'équipe de recherche

L'agente de liaison du groupe de recherche, qui sera le lien entre les participants et l'équipe de recherche sera mise à contribution pendant toute la durée du projet de recherche, et s'occupera de recevoir les questionnaires sur le contre-transfert que vous remplirez en cours d'année. De plus, elle sera votre personne ressource pour tout questionnement que vous pourriez avoir au cours de votre participation à ce projet. N'hésitez pas à communiquer avec elle au [Numéro de téléphone avec boîte vocale confidentielle]. Pour les questions d'éthique de la recherche et de logistique, vous pouvez communiquer avec [Nom et numéro de téléphone de la personne responsable de l'éthique pour l'organisme participant].

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient associé à cette recherche est le temps que vous devrez y consacrer au cours des prochains mois. Cette étude ne comporte aucun risque connu pouvant être directement associé à votre participation. Dans le cas où votre participation à cette recherche vous préoccuperait ou vous bouleverserait, vous n'aurez qu'à contacter, à votre choix, l'agente de liaison [Nom de l'agente de liaison] sur sa boîte vocale confidentielle [Numéro de téléphone]. Pour les questions d'éthique de la recherche et de logistique, vous pouvez également communiquer avec [Nom et numéro de téléphone de la personne responsable de l'éthique pour l'organisme participant].

Avantages et bénéfices

Les avantages et bénéfices associés à votre participation sont de contribuer à la promotion et à l'amélioration de la formation clinique, et ultimement à l'amélioration des services cliniques dispensés à la clientèle présentant un trouble de la personnalité dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. L'entrevue semi-dirigée peut également être une occasion de vous exprimer sur ces thèmes, et de faire le point sur vos accomplissements et vos besoins personnels en matière de formation continue.

Afin de remercier les organismes du réseau de la santé et des services sociaux qui accueilleront cette recherche, et en considération de l'importante somme de temps que plusieurs personnes y consacreront, Madame Bessette s'engage à redonner bénévolement à chacun de ces milieux deux jours de formation clinique sur mesure dans son domaine d'expertise, le traitement des troubles de la personnalité, s'adressant à l'ensemble des intervenants psychosociaux y compris vous.

Droits individuels

Votre participation à cette étude est complètement volontaire et indépendante de votre participation au groupe de supervision clinique. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. En tout temps, vous aurez le droit de vous retirer de l'étude, sans préavis, sans que cela nuise à vos relations avec la superviseuse, avec l'équipe de recherche ou avec vos supérieurs hiérarchiques ayant donné leur aval au groupe de supervision et au projet de recherche, ni sans préjudice d'aucune sorte. De plus, indépendamment du projet de recherche, et comme il est d'usage dans les activités de formation et de supervision organisées par l'Institut Victoria, vous êtes libre de vous engager ou non dans le groupe de supervision, et vous êtes libre de vous en retirer en tout temps, sans préavis, sans encourir aucun préjudice administratif dans votre milieu de travail. Nous vous rappelons qu'en aucun cas, dans le contexte de la supervision comme dans celui de la recherche, vous n'aurez à dévoiler quoi que ce soit si vous ne le désirez pas.

Modalités prévues en matière de confidentialité

En ce qui concerne le processus de supervision de groupe, il est clair pour toutes les parties que la superviseuse ne fournit à votre administration aucune évaluation de performance ou de tout autre type à votre sujet. La seule évaluation sera celle que votre administration pourrait vous demander de remplir à propos de votre appréciation de la supervision.

Pour les activités reliées à la recherche, de manière à respecter la confidentialité des informations recueillies, vous composerez à l'aide de consignes préétablies un code de confidentialité qui sera inscrit sur tous les questionnaires que vous remplirez, et sur la transcription de l'entrevue à laquelle vous participerez. Le même code sera utilisé pour tous ces outils, de manière à ce qu'on regroupe les données émanant de vous sans toutefois avoir accès à votre nom. Nous vous rappelons que tous les renseignements obtenus sur vous seront traités de manière confidentielle. De la même façon, vous vous engagez à respecter la confidentialité relativement à tout propos échangé ou geste posé dans le cadre de votre participation au groupe de supervision, comme le veulent les règles déontologiques de votre établissement de santé et des ordres professionnels accréditant la psychothérapie. L'équipe de recherche réalisant cette étude ne publiera aucune information vous concernant de façon individuelle et ne mettra, sous aucune considération, cette information à la disposition de personnes ne faisant pas partie de l'équipe de recherche de cette étude. De plus, parce qu'un numéro de code vous est attribué, votre nom ne figurera jamais dans une banque de données.

Étant donné que Monique Bessette, la chercheuse principale, se trouve aussi être la superviseuse clinique du groupe, elle ne réalisera pas elle-même les entrevues semi-dirigées avec les participants. Les interviewers seront des cliniciens expérimentés dans l'approche Masterson. Le but de cette procédure est de maximiser les chances que vous vous sentiez à l'aise de vous exprimer pleinement et librement lors de ces entretiens, au sujet de votre expérience dans le groupe et de votre expérience avec la superviseuse. De plus, Monique Bessette n'aura pas accès à la transcription du verbatim de votre entrevue avant que vous ne l'ayez d'abord lue vous-même et que vous n'ayez eu l'occasion d'en censurer ou d'en modifier des passages si vous le désirez. Nous devons reconnaître que même si la transcription qui se rendra à Madame Bessette pour qu'elle procède à l'analyse de contenu ne portera pas votre nom mais votre code d'identification confidentiel, il est logique de penser qu'elle pourra deviner votre identité d'après le contenu de l'entrevue, puisqu'elle aura été témoin et impliquée dans votre processus avec le groupe. Le fait que l'entrevue pouvant vous identifier se déroule après la fin du processus de supervision, cependant, assure que l'étude n'interférera pas avec votre relation supervisé-superviseuse. La possibilité que Madame Bessette puisse vous identifier par le contenu des entrevues, entraîne par le fait même la possibilité qu'elle puisse, lors de l'analyse des résultats, relier votre identité à vos résultats psychométriques et à vos réponses au questionnaire sociodémographique, car tous portent le même code d'identification confidentielle. Ce problème sera évité grâce à une procédure de traitement des données qui assurera que ni la superviseuse, ni aucun membre du groupe de recherche ne pourra relier votre identité à vos résultats psychométriques. En conclusion, les seules données qui risquent de ne pas demeurer confidentielles, et ce uniquement par devers Madame Bessette, sont celles de votre transcription autorisée de votre entrevue semi-dirigée.

Les enregistrements audio des entrevues, de même que les transcriptions originales d'entrevues qualitatives qui auraient été censurées ou modifiées, seront immédiatement détruites dès la production des transcriptions autorisées utilisées pour l'étude. Les transcriptions autorisées et les autres données recueillies au cours de l'étude seront conservées sous clef pendant une période de cinq ans, puis détruites.

Nous tenons à souligner que tous les membres du groupe de recherche adhèrent pleinement aux règles de confidentialité de l'Ordre des Psychologues du Québec.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront publiés dans des revues scientifiques et professionnelles, et sont susceptibles d'être présentés dans des colloques destinés aux intervenants ou dans des congrès scientifiques, sans qu'aucune information ne permette jamais de vous identifier ni d'identifier précisément votre milieu de travail (on dira, par exemple, « un CLSC de la région montréalaise »). On s'assurera de diffuser les résultats d'une manière respectueuse pour la réputation des milieux cliniques participants.

Éthique

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-06-113-06.13 a été émis le 29 août 2006. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec [*Nom de la personne responsable de l'éthique pour l'organisme participant*], du [*Nom de l'organisme participant*] au [*numéro de téléphone de la personne responsable de l'éthique pour l'organisme participant*], ou avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, [*Nom, numéro de téléphone et adresse électronique de la secrétaire*].

Personnes ressources

En cas d'inquiétudes, questions ou mécontentements soulevés par votre participation à l'étude, vous pouvez vous adresser directement à la chercheuse principale (à moins que le fait qu'elle soit également superviseuse clinique du groupe ne vous mette mal à l'aise) ou à l'agente de liaison dont les coordonnées sont inscrites ci-dessous. En cas de besoin, vous pouvez aussi avoir accès à du soutien psychosocial via l'agente de liaison. Enfin, si vous voulez nous aviser d'un incident relatif à cette recherche, ou nous aviser du retrait de votre participation, vous pouvez également communiquer avec l'une des personnes mentionnées dans cette rubrique.

Chercheuse principale

[*Nom; numéro de téléphone et adresse électronique confidentielle*]

Agente de liaison

[*Nom; numéro de téléphone et adresse électronique confidentiels*]

Directeur de thèse

[*Nom et numéro de téléphone*]

Coordonnatrice des Services Professionnels

[*Nom; adresse postale; numéro de téléphone et adresse électronique de la personne responsable de l'éthique pour l'organisme participant*]

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'impact de la supervision clinique de groupe sur la régulation du contre-transfert avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité

1. J'ai en ma possession une copie du feuillet d'information dont j'ai pris connaissance préalablement.
2. On m'a expliqué verbalement la nature, le but et les procédures de cette étude.
3. On m'a informé des avantages et du fait qu'il n'y avait pas de risque connu associé à ma participation.
4. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
5. Je comprends que je dois garder confidentielles toute information ou situation observée lors de ma participation au groupe de supervision.
6. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Je comprends que mon nom ne sera jamais diffusé.
7. J'ai pu poser toutes mes questions concernant cette étude pour lesquelles j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
8. On m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Formule de participation à l'étude et signatures

Je, soussigné(e), accepte de participer à cette étude :

Nom du (de la) participant(e) _____

Signature _____ Date _____

Nom du témoin _____

Signature _____ Date _____

Formule d'engagement du chercheur et signature

Je certifie :

1. avoir expliqué au (à la) signataire les termes du présent formulaire de consentement
2. lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.

Nom de la chercheuse ou du représentant autorisé _____

Fonction _____

Signature _____ Date _____

Appendice K

Feuillet d'information et formulaire de consentement (groupe témoin)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(11 septembre 2009)

Étude sur le contre-transfert avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité

Emmanuel Habimana, PhD, psychologue et professeur au département de psychologie de l'UQTR

Monique Bessette, M.Ps, psychologue et doctorante au département de psychologie de l'UQTR

Ce formulaire d'information et de consentement résume la recherche et votre implication en tant que participant (e). Il se veut un outil vous permettant de prendre une décision éclairée. Prenez le temps de le lire et d'en comprendre le contenu. À tout moment, demandez des clarifications ou des approfondissements si vous le jugez nécessaire.

But

Cette recherche doctorale en psychologie, entreprise par Monique Bessette, psychologue, sous la direction du professeur Emmanuel Habimana de l'Université du Québec à Trois-Rivières, poursuit deux objectifs :

- (3) Explorer le sentiment d'efficacité thérapeutique et de confort général que vivent les intervenants dans leur travail avec la clientèle qui présente un trouble de la personnalité.
- (4) Mieux identifier les besoins de soutien ou de supervision clinique qu'ont les intervenants, et dégager des pistes qui permettraient aux institutions de mieux y répondre.

Votre participation à cette recherche

En tant que professionnel du [*Nom de l'organisme participant*] impliqué dans le suivi de certains clients pouvant présenter un trouble de la personnalité, vous êtes invité à participer bénévolement à cette recherche.

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demandons d'être disponible pour collaborer à l'ensemble des étapes de la collecte de données qui s'étalent sur une durée de dix mois [*préciser les dates de début et de fin*].

Nous vous demanderons aussi de remplir différents questionnaires au début, pendant, et à la fin du processus de collecte de données. Aucune mesure ni observation ne sera prise directement auprès de vos clients.

Au début du processus de collecte de données, une séance de psychométrie d'une heure sera organisée pour vous et les autres participants de votre institution sur vos lieux habituels de travail ou tout autre lieu vous convenant davantage. Au cours de cette séance, Monique Bessette procédera à la passation de cinq questionnaires portant sur l'anxiété, l'estime de soi et le narcissisme, et sur les attitudes envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité. Les cinq questionnaires totalisent 95 énoncés à coter, la cotation d'un énoncé ne prenant habituellement que quelques secondes. Un questionnaire sociodémographique et un questionnaire sur le contre-transfert vous seront également remis lors de cette session pour être remplis à la maison et renvoyés à Madame Bessette dans les dix jours suivants avec une enveloppe adressée et affranchie. Le questionnaire sociodémographique à remplir à la maison dans les jours qui suivent prend environ une heure à compléter, et porte sur les sujets suivants : contexte actuel de travail et expérience professionnelle; formation académique et histoire de formation continue et de supervision clinique; histoire des relations intimes. Le questionnaire sur le contre-transfert à remplir à la maison dans les jours qui suivent comporte 79 énoncés à coter (maximum 30 minutes); il doit être complété en ayant en tête un de vos clients que vous choisirez pour la collecte de données. Pour sélectionner un client, pensez à un client qui présente un trouble de la personnalité selon les critères généraux du DSM-IV et avec lequel vous avez l'impression que le suivi est particulièrement difficile ou compliqué. Le trouble de la personnalité du client choisi peut être associé ou non à d'autres troubles mentaux, à l'exception du syndrome de stress post-traumatique ou d'un trouble psychotique.

Afin que vous puissiez valider que le client que vous choisirez correspond bien aux critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité, nous vous fournirons la liste des critères diagnostiques généraux d'un trouble de la personnalité selon le DSM-IV (classification diagnostique officielle en Amérique du Nord).

Lors de la première séance de psychométrie, on vous aura remis un deuxième exemplaire du questionnaire sur le contre-transfert dans une deuxième enveloppe pré-adressée et affranchie, toujours à l'attention de Madame Bessette. Dix mois après avoir rempli le questionnaire sur le contre-transfert, on vous demandera de remplir à nouveau le même questionnaire sur le contre-transfert à propos du même client que vous avez sélectionné. Toutefois, si le suivi avec ce client cessait pour un quelconque motif, vous devrez compléter et nous renvoyer le deuxième questionnaire sur le contre-transfert à propos de ce même client dans les jours qui suivent la fin du suivi. Dans le cas où votre travail avec le client que vous avez sélectionné se termine avant l'échéance de dix mois, cela n'affecte en rien votre participation ni la validité de vos données. De même, si votre travail avec ce client se poursuit au-delà de l'échéance de dix mois, vous remplissez quand même le deuxième questionnaire sur le contre-transfert. Tous les participants recevront une lettre cinq mois après avoir rempli le premier questionnaire leur rappelant de remplir le deuxième questionnaire si leur client a cessé son suivi et que ce n'est pas déjà fait, et les informant que nous les contacterons pour la deuxième séance de psychométrie cinq mois plus tard. Vous pourrez à tout moment communiquer avec Madame Bessette pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce questionnaire ou des enveloppes supplémentaires.

À la fin du processus de collecte de données, environ dix mois plus tard, une séance de psychométrie identique à la première sera organisée pour une deuxième passation des mêmes cinq questionnaires portant sur l'anxiété, l'estime de soi et le narcissisme, et sur les attitudes envers la clientèle qui présente un trouble de la personnalité. Le questionnaire sociodémographique n'est pas complété une deuxième fois. Les participants qui sont toujours en suivi avec leur client sélectionné remplissent une deuxième fois le questionnaire sur le contre-transfert à propos de ce même client.

Engagement de l'équipe de recherche

La chercheuse principale, sera le lien entre les participants et l'équipe de recherche pendant toute la durée du projet de recherche. Madame Bessette organisera et sera présente aux séances de passation des questionnaires, et s'occupera de recevoir les questionnaires sur le contre-transfert que vous remplirez en cours d'année. De plus, elle sera votre personne ressource pour tout questionnement que vous pourriez avoir au cours de votre participation à ce projet. N'hésitez pas à communiquer avec elle au [Numéro de téléphone].

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient associé à cette recherche est le temps que vous devrez y consacrer au cours des prochains mois. Cette étude ne comporte aucun risque connu pouvant être directement associé à votre participation. Dans le cas où votre participation à cette recherche vous préoccuperait ou vous bouleverserait, vous n'aurez qu'à contacter, à votre choix, l'agente de liaison [Nom de la personne] sur sa boîte vocale confidentielle [Numéro de téléphone] ou la chercheuse principale, Madame Monique Bessette au [Numéro de téléphone].

Avantages et bénéfices

Les avantages et bénéfices associés à votre participation sont de contribuer à la promotion et à l'amélioration de la formation clinique, et ultimement à l'amélioration des services cliniques dispensés à la clientèle présentant un trouble de la personnalité dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Afin de remercier les organismes du réseau de la santé et des services sociaux qui accueilleront cette recherche, et en considération de la somme de temps que plusieurs personnes y consacreront, Madame Bessette s'engage à redonner bénévolement à chacun de ces milieux une journée de formation clinique sur mesure dans son domaine d'expertise, le traitement des troubles de la personnalité, s'adressant à l'ensemble des intervenants psychosociaux y compris vous-même.

Liberté de participation et droit de retrait

Votre participation à cette étude est complètement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. En tout temps, vous aurez le droit de vous retirer de l'étude, sans préavis, sans que cela nuise à vos relations avec l'équipe de recherche ou avec vos supérieurs hiérarchiques ayant donné leur aval au projet de recherche, ni sans préjudice d'aucune sorte. Nous vous rappelons qu'en aucun cas, dans le contexte de la recherche, vous n'aurez à dévoiler quoi que ce soit si vous ne le désirez pas. Dans le cas où vous vous retiriez de l'étude en cours de route, les données déjà recueillies seront conservées sous clef de manière confidentielle pendant une période de cinq ans, puis détruites.

Modalités prévues en matière de confidentialité

Pour respecter la confidentialité des informations recueillies, vous composerez à l'aide de consignes préétablies un code de confidentialité qui sera inscrit sur tous les questionnaires que vous remplirez. Le même code sera utilisé pour tous ces outils, de manière à ce qu'on regroupe les données émanant de vous sans toutefois avoir accès à votre nom. Nous vous rappelons que tous les renseignements obtenus sur vous seront traités de manière confidentielle. L'équipe de recherche réalisant cette étude ne publiera aucune information vous concernant de façon individuelle et ne mettra, sous aucune considération, cette information à la disposition de personnes ne faisant pas partie de l'équipe de recherche de cette étude. Il se peut, cependant, que l'équipe de recherche doive permettre l'accès aux dossiers de recherche au CÉRT à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Le CÉRT adhère à une politique de stricte confidentialité. De plus, parce qu'un numéro de code vous est attribué, votre nom ne figurera jamais dans une banque de données.

Les données recueillies au cours de l'étude seront conservées sous clef pendant une période de cinq ans, dans les locaux de [*Nom de l'organisme*] situés au [*Adresse postale de l'organisme*], puis détruites. Nous tenons à souligner que tous les membres du groupe de recherche adhèrent pleinement aux règles de confidentialité de l'Ordre des Psychologues du Québec.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront publiés dans des revues scientifiques et professionnelles, et sont susceptibles d'être présentés dans des colloques destinés aux intervenants ou dans des congrès scientifiques, sans qu'aucune information ne permette jamais de vous identifier ni d'identifier précisément votre milieu de travail (on dira, par exemple, « un CLSC de la région montréalaise »). On s'assurera de diffuser les résultats d'une manière respectueuse pour la réputation des milieux cliniques participants.

Éthique

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-06-113-06.13 a été émis le 29 août 2006. Un certificat portant le numéro CER-09-148-07.11 a été émis le 19 juin 2009 pour approuver la collecte de données du groupe témoin. Le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie a également approuvé la recherche pour le groupe témoin (CÉRT 2009-103). 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, [*Nom de la secrétaire du comité d'éthique*], par téléphone au [*Numéro de téléphone*] ou par télécopieur au [*Numéro de télécopieur*]. Vous pouvez également communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [*Nom de l'organisme participant*], [*Nom de la personne*], par téléphone au [*Numéro de téléphone*], par télécopieur au [*Numéro de télécopieur*], ou par courriel à [*Adresse électronique*].

Personnes ressource

En cas d'inquiétudes, questions ou mécontentements soulevés par votre participation à l'étude, vous pouvez vous adresser directement à la chercheuse principale ou à l'agente de liaison dont les coordonnées sont inscrites ci-dessous. En cas de besoin, vous pouvez aussi avoir accès à du soutien psychosocial. Enfin, si vous voulez nous aviser d'un incident relatif à cette recherche, ou nous aviser du retrait de votre participation, vous pouvez également communiquer avec l'une des personnes mentionnées dans cette rubrique.

Chercheuse principale

[*Nom; numéro de téléphone et adresse électronique confidentielle*]

Agente de liaison

[*Nom; numéro de téléphone et adresse électronique confidentiels*]

Directeur de thèse

[*Nom et numéro de téléphone*]

Consentement à la recherche

1. On m'a expliqué verbalement la nature, le but et les procédures de cette étude.
2. On m'a informé des avantages et du fait qu'il n'y avait pas de risque connu associé à ma participation.
3. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Je comprends que mon nom ne sera jamais diffusé.

5. J'ai pu poser toutes mes questions concernant cette étude pour lesquelles j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
6. On m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné(e), accepte de participer à cette étude :

Nom du (de la) participant(e) _____

Signature _____ Date _____

Formule d'engagement du chercheur et signature

Je certifie :

1. avoir expliqué au (à la) signataire les termes du présent formulaire de consentement
2. lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.

Nom de la chercheuse ou du représentant autorisé _____

Fonction _____

Signature _____ Date _____

Appendice L

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité du DSM-IV

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

Tiré du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 1995

- A. 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 :
1. la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des évènements)
 2. l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
 3. le fonctionnement interpersonnel
 4. le contrôle des impulsions
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental
- F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

Pour choisir le ou la client(e) à qui vous vous réfèrerez en remplissant le questionnaire sur le contre-transfert, vous devez considérer une personne qui correspond dans les grandes lignes à ces critères diagnostiques, mais qui ne souffre pas en même temps d'un syndrome de stress post-traumatique ni d'une maladie psychotique (par exemple la schizophrénie).

Appendice M

Évolution des moyennes obtenues par le groupe expérimental et le groupe témoin entre le pré-test et le post-test pour les variables dépendantes

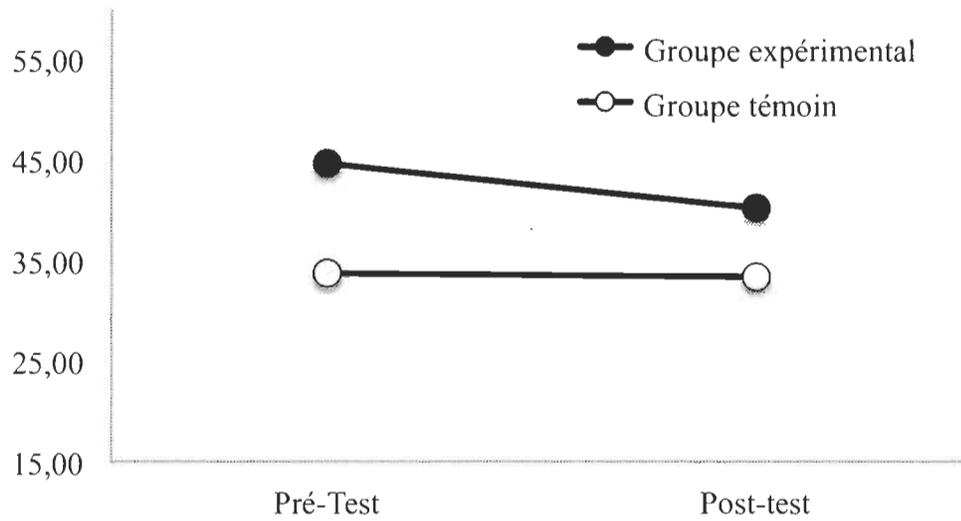


Figure 11. Moyennes obtenues pour le facteur "Critiqué / Maltraité" du CTQ

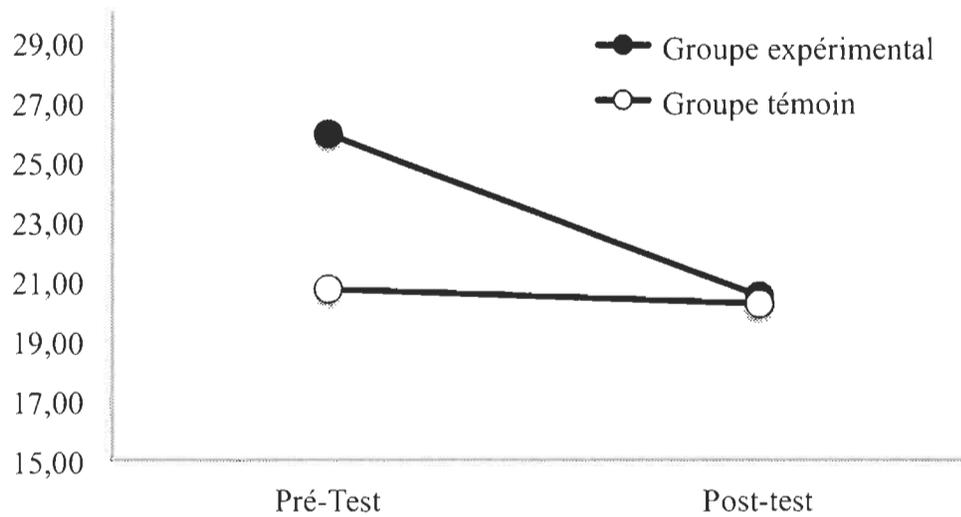


Figure 12. Moyennes obtenues pour le facteur "Impuissant / Inadéquat" du CTQ

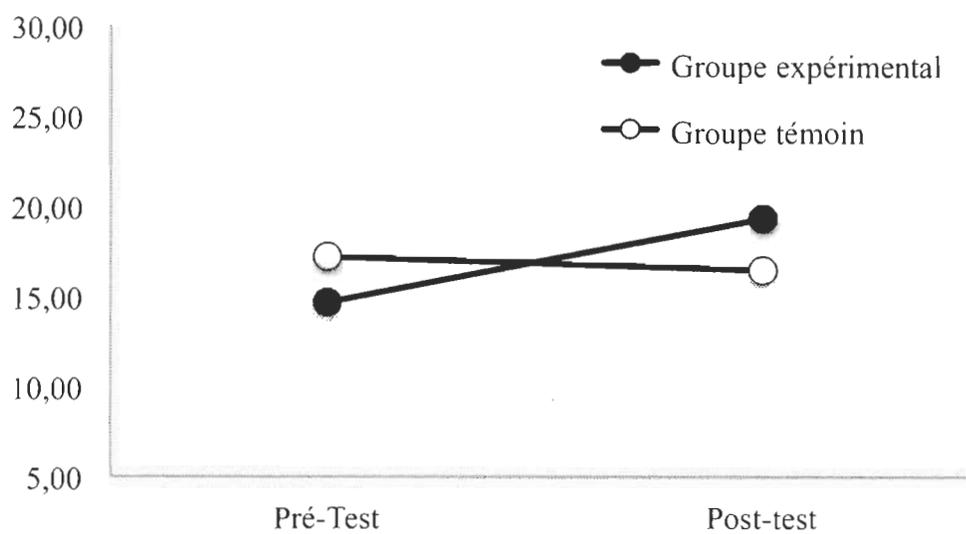


Figure 13. Moyennes obtenues pour le facteur "Positif / Satisfaisant" du CTQ

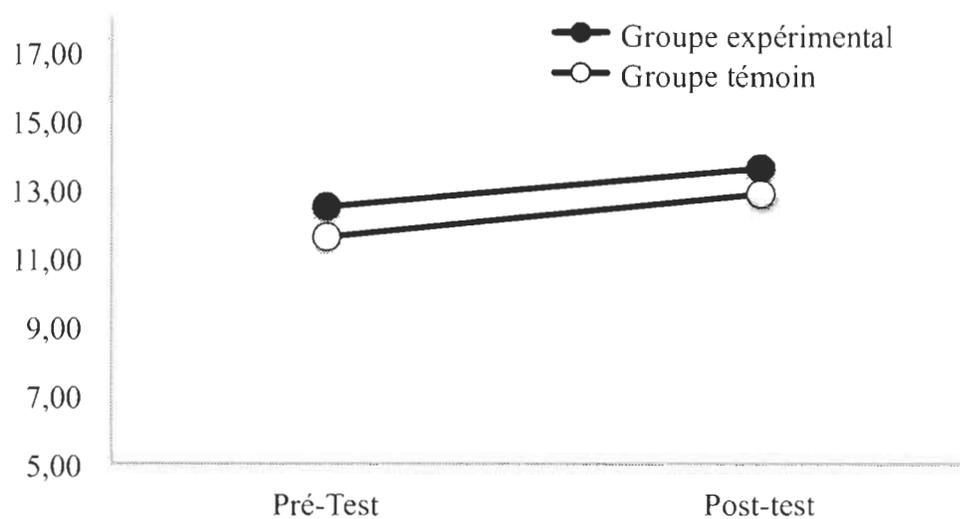


Figure 14. Moyennes obtenues pour le facteur "Submergé / Désorganisé" du CTQ

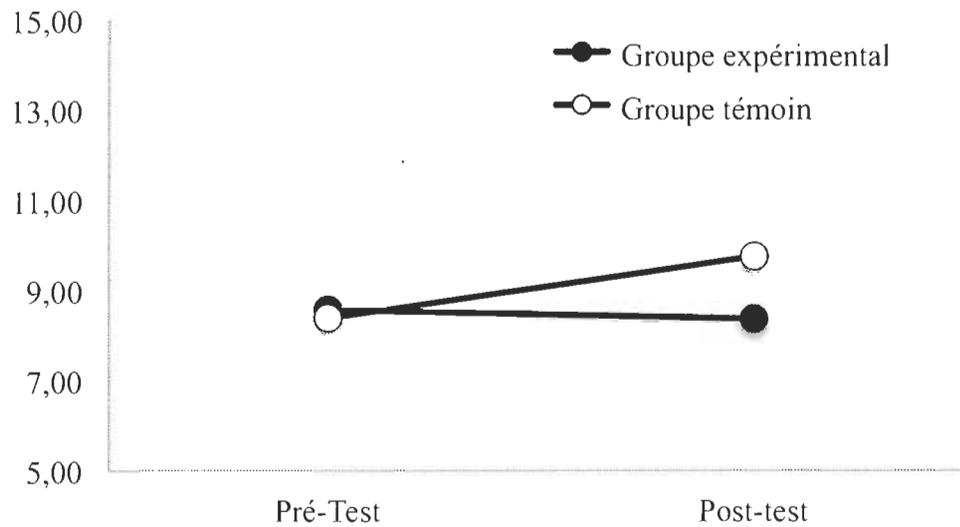


Figure 15. Moyennes obtenues pour le facteur "Exceptionnel/Enchevêtré" du CTQ

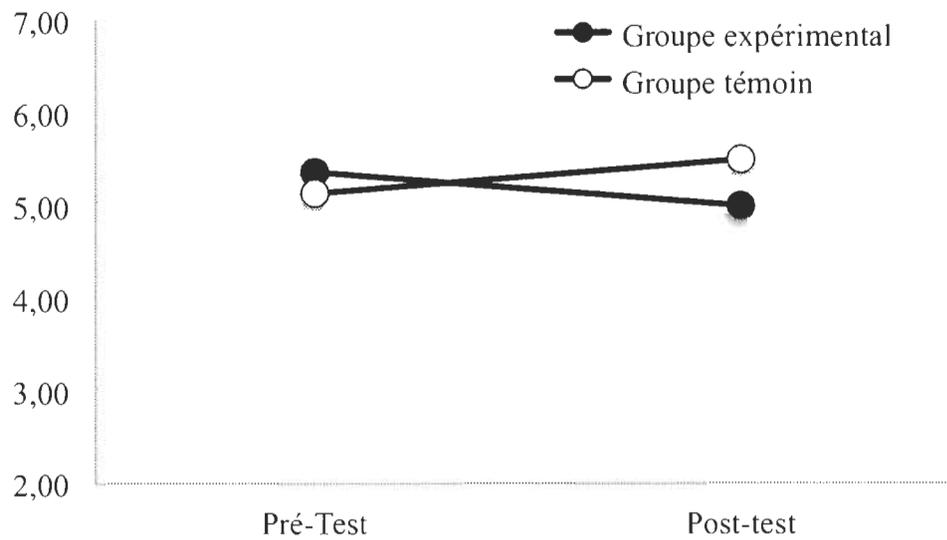


Figure 16. Moyennes obtenues pour le facteur "Sexualisé" du CTQ

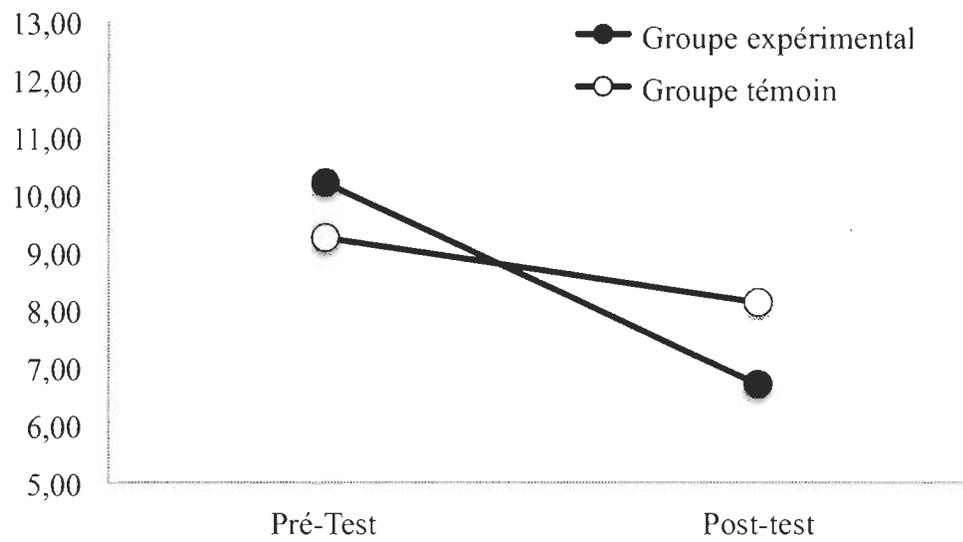


Figure 17. Moyennes obtenues pour le facteur "Désengagé" du CTQ

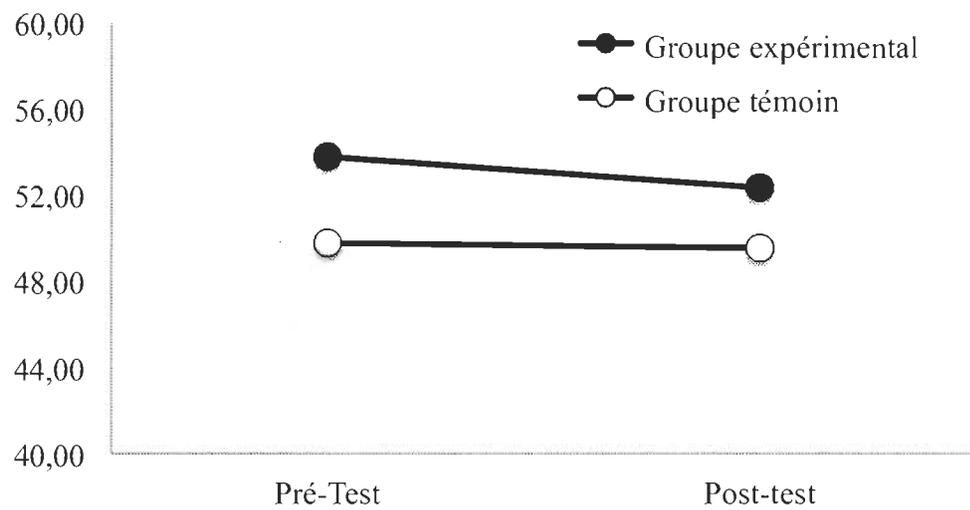


Figure 18. Moyennes obtenues pour le facteur "Plaisir versus Répugnance" de l'APDQ

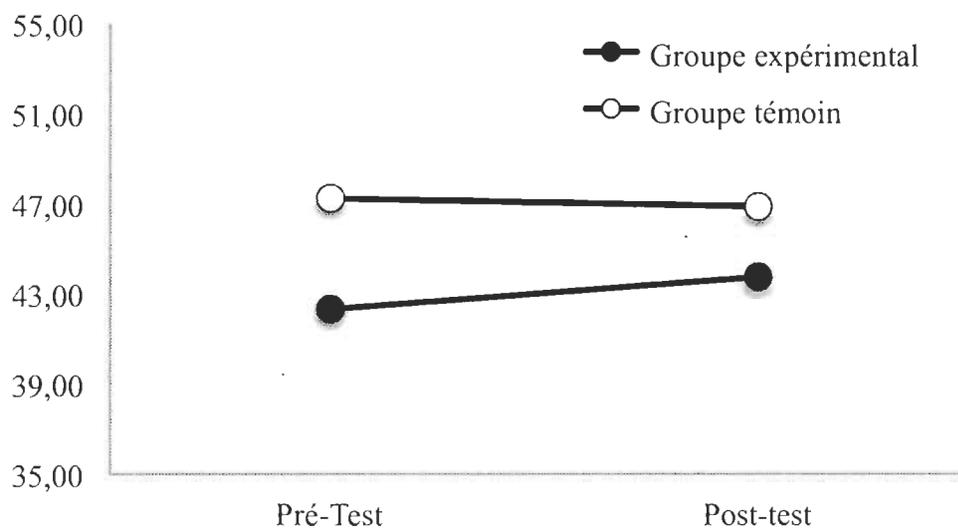


Figure 19. Moyennes obtenues pour le facteur "Sécurité versus Vulnérabilité" de l'APDQ

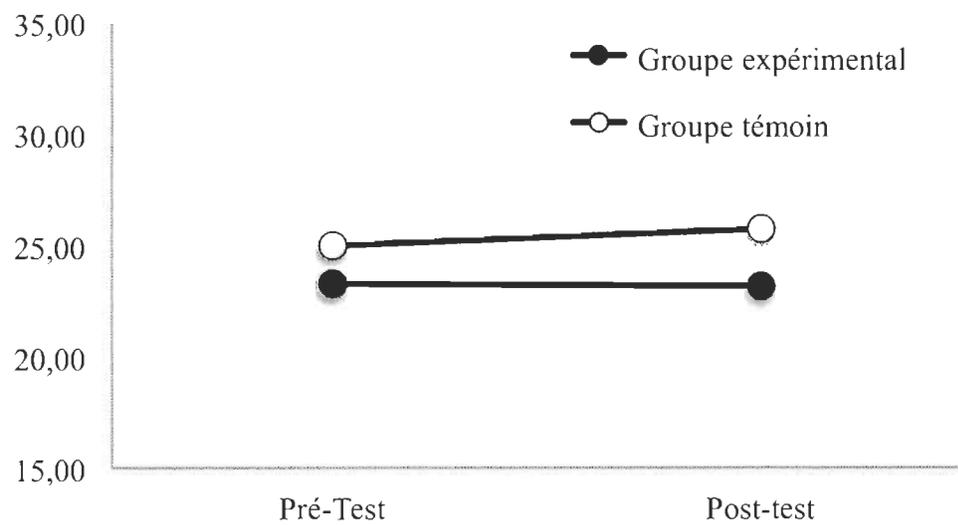


Figure 20. Moyennes obtenues pour le facteur "Acceptation versus Rejet" de l'APDQ

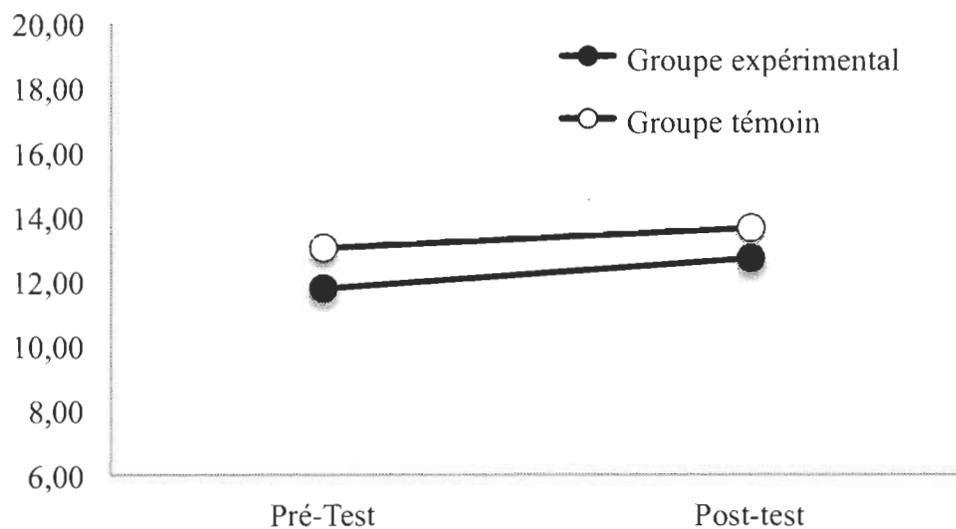


Figure 21. Moyennes obtenues pour le facteur "Motivation versus Futilité" de l'APDQ

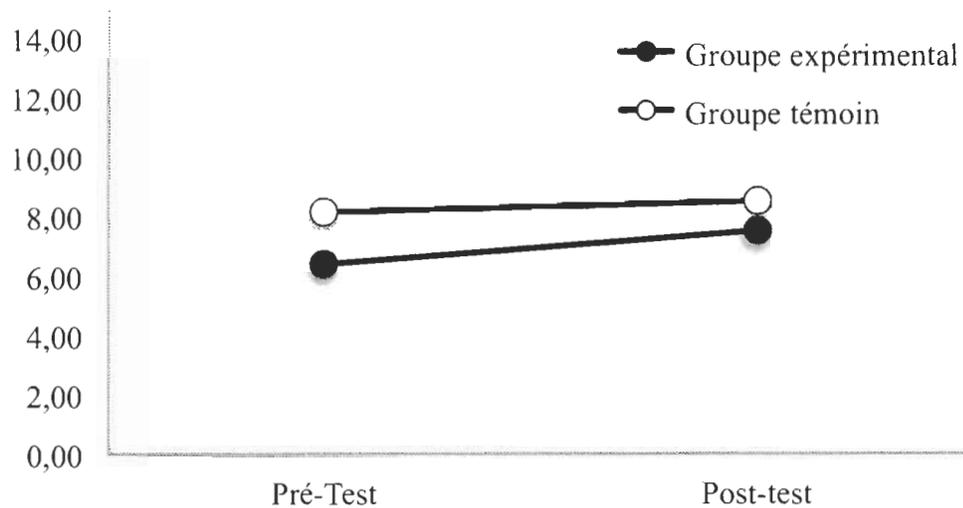


Figure 22. Moyennes obtenues pour le facteur "Épuisement versus Enthousiasme" de l'APDQ

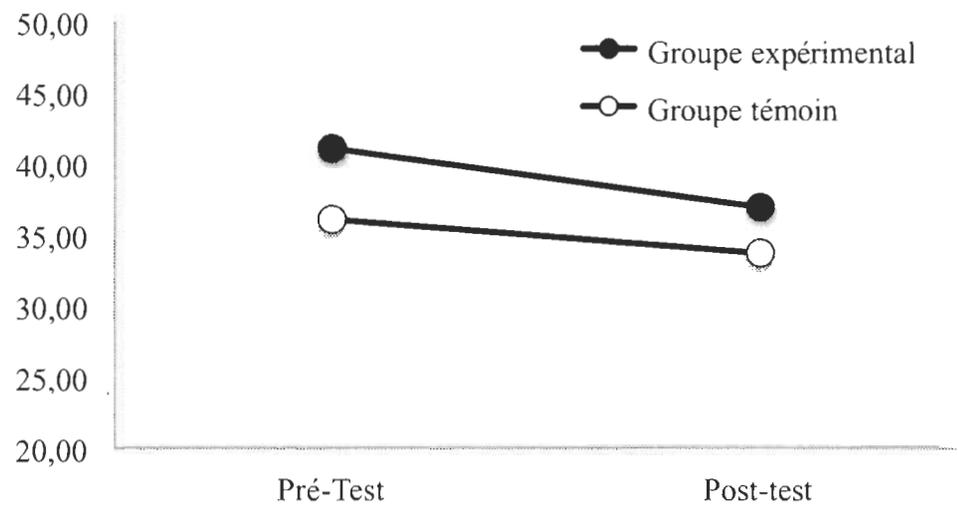


Figure 23. Moyennes obtenues au IASTA-Y1

Appendice N
Canevas de l'entretien semi-dirigé

Canevas de l'entretien semi-dirigé

Mentionner les objectifs de l'entretien : nous nous intéressons à la supervision clinique des intervenants qui travaillent avec des clients qui ont des troubles de la personnalité, et aux moyens d'améliorer cette supervision pour qu'elle réponde mieux aux besoins et aux préoccupations des intervenants. Nous nous intéressons aussi aux impact spécifiques de la supervision Masterson. Le but de l'entrevue est d'explorer comment vous avez vécu personnellement votre expérience de participer au groupe de supervision Masterson, et d'explorer quels en ont été les impacts, d'après vous, dans votre travail ou même dans votre vie personnelle.

Remerciements pour la participation.

Explications du déroulement de l'entretien; rappel de la confidentialité et de la liberté de répondre ou pas; expliquer les raisons de l'enregistrement audio.

Vérifier si le participant a des questions et obtenir son consentement verbal.

1. Qu'est-ce qui vous vient spontanément à l'esprit quand vous pensez au groupe de supervision?
2. Que croyez-vous que le groupe vous a apporté de positif?
Quels sont les aspects de la supervision que vous avez le plus appréciés? Qu'est-ce qui vous a le plus aidé?
3. Que croyez-vous que le groupe vous a apporté de négatif?
Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous?
4. Faites-vous un lien entre votre participation au groupe de supervision et votre façon actuelle de travailler avec vos clients qui ont un trouble de la personnalité?
5. Croyez-vous que votre participation au groupe de supervision a eu un impact sur la façon dont vous vous sentez généralement avec vos clients, souffrant ou non d'un trouble de la personnalité?
Pouvez-vous me donner des exemples?
6. Avez-vous vécu, au cours de la période où se déroulait la supervision, vécu des événements ou des situations dans votre vie personnelle ou professionnelle qui ont pu, d'après vous, affecter votre expérience du groupe de supervision?

7. Percevez-vous une évolution dans votre expérience émotionnelle dans la relation avec vos clients?

Croyez-vous que votre expérience émotionnelle sera différente dorénavant?

8. Si vous comparez vos expériences antérieures de supervision, de groupe ou individuelle, à l'expérience du groupe de supervision Masterson, que pouvez-vous en dire?

9. Incident critique : faire raconter une situation/le moment le plus marquant qui a consolidé le sentiment global d'expérience positive ou négative envers le processus de supervision.

10. Faites-vous un lien entre votre participation au groupe de supervision et des changements dans votre vie personnelle ou dans votre relation avec vous-même? En tant que personne? En tant que professionnel?

11. Quels étaient vos besoins et vos attentes avant de commencer le groupe de supervision?

Si c'était à recommencer, quels (autres) besoins voudriez-vous voir comblés par de la supervision clinique?

12. Quelle a été votre participation lors des supervisions? Quel travail avez-vous fourni en dehors des rencontres de groupe?

13. Décrivez-moi votre expérience personnelle en supervision en lien avec la superviseuse.

14. Décrivez-moi votre expérience personnelle en supervision en lien avec les membres du groupe.

15. Votre perception de la clientèle présentant un trouble de la personnalité a-t-elle changé avec votre participation au groupe de supervision?