



**L'expérience affective des psychothérapeutes en séance
Adaptation française et validation du *Feeling Word Checklist 58***

Mémoire doctoral

Thomas Lapointe

Doctorat en psychologie
Docteur en psychologie (D. Psy.)

Québec, Canada

© Thomas Lapointe, 2017

Résumé

L'étude consiste en la traduction française et la validation du *Feeling Word Checklist 58* (FWC-58; Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003), un court questionnaire permettant à un thérapeute d'évaluer les réactions affectives vécues au cours d'une séance de psychothérapie. Le FWC-58 a été traduit en français à l'aide de la méthode de traduction inversée, puis les données ont été amassées auprès d'un échantillon de 236 psychologues et doctorants en psychologie clinique pratiquant la psychothérapie. À des fins de validation, le *Countertransference Questionnaire* (CTQ; Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) et un questionnaire sociodémographique inspiré du *Clinical Data Form* (Westen & Shedler, 1999) évaluant différentes variables cliniques ont été utilisés. Une analyse factorielle exploratoire a permis de faire émerger une structure à six facteurs qui est satisfaisante au plan statistique et intéressante au plan clinique. La validité interne de cette version française, de même que la validité convergente et clinique de l'instrument sont discutées.

Table des matières

Résumé	iii
Liste des tableaux	v
Remerciements	vi
Introduction	1
<i>Expérience affective, réactions du thérapeute et relation thérapeutique</i>	<i>1</i>
Histoire et définitions du contre-transfert.....	2
Études empiriques sur les réactions des psychothérapeutes.....	4
<i>Synthèse</i>	<i>11</i>
Objectifs de l'étude	14
Méthode	15
<i>Adaptation canadienne-française</i>	<i>15</i>
<i>Procédure</i>	<i>15</i>
<i>Mesures</i>	<i>16</i>
Questionnaire sociodémographique.....	16
Feeling Word Checklist 58.....	17
Countertransference Questionnaire.....	17
<i>Participants</i>	<i>18</i>
Thérapeutes.....	18
Patients.....	18
<i>Analyses statistiques</i>	<i>19</i>
Résultats	21
<i>Structure factorielle</i>	<i>21</i>
<i>Corrélations entre les facteurs</i>	<i>25</i>
<i>Corrélations avec les autres structures</i>	<i>25</i>
<i>Validité convergente</i>	<i>26</i>
<i>Validité clinique</i>	<i>27</i>
Discussion	29
<i>La version française du FWC-58 et ses sous-échelles</i>	<i>29</i>
<i>Considérations méthodologiques à propos du FWC-58</i>	<i>33</i>
<i>Limites</i>	<i>36</i>
<i>Recherche future</i>	<i>37</i>
Conclusion	39
Bibliographie	40
Annexe A - Page d'information et de consentement	48
Annexe B - Page de consignes	51
Annexe C - Questionnaire sociodémographique	53
Annexe D - Feeling Word Checklist 58 (version française)	57
Annexe E - Feeling Word Checklist 58 (version originale anglaise)	59
Annexe F - Countertransference Questionnaire (version française)	61

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Moyenne et écart-type des items du FWC-58</i>	21
Tableau 2. <i>Structure factorielle représentant les relations entre les facteurs et les items du FWC-58</i>	24
Tableau 3. <i>Corrélations entre les facteurs du FWC-58</i>	25
Tableau 4. <i>Corrélations entre les facteurs et ceux de Dahl et al., 2012</i>	26
Tableau 5. <i>Corrélations entre les facteurs et ceux de Røssberg et al., 2003</i>	26
Tableau 6. <i>Corrélations entre les facteurs du FWC-58 et ceux du CTQ</i>	27
Tableau 7. <i>Corrélations entre les facteurs du FWC-58 et d'autres variables cliniques</i>	28

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais souligner la participation et l'aide que j'ai reçue de la part de mon directeur de recherche, Louis Diguier, ainsi que de Lina Normandin, membre de mon comité d'encadrement. Merci d'avoir été à mes côtés au cours des dernières années, pour votre regard critique et éclairant en recherche, mais également pour votre grande expertise et votre passion pour la pratique clinique.

Je tiens également à souligner l'importance qu'ont eue certaines rencontres faites durant mon baccalauréat à l'Université de Sherbrooke. Je pense entre autres à Jean Descôteaux, Olivier Laverdière et Alexandre Morin. Je pense aussi aux superviseurs et aux cliniciens que j'ai eu la chance de côtoyer au cours de mon année de stage au Centre de traitement Le Faubourg St-Jean de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec, principalement Sophie Lemelin, mais aussi Dominick, Laurence, Hélène, Christian, Rodrigo et Evens, pour n'en nommer que quelques-uns.

Ensuite, j'aimerais saluer et remercier mes collègues et amis, tant au doctorat à l'Université Laval (Louis-Alexandre, Valérie T, Valérie G, Thibaut, Michaël, Véronique, Flora, Amandine, Christine, Alexandra, et plusieurs autres) que ceux que j'ai connus durant mon baccalauréat à l'Université de Sherbrooke (Éric, Alex, Marko, Jeff, Camille, Sarel, Marie-France, Marie-Claude, Catherine, Annabelle, et plusieurs autres).

Évidemment, je veux aussi souligner l'importance du support que j'ai reçu de la part de mes parents, Dominique et Louis, m'ayant légué des valeurs et des principes qui m'ont grandement aidé à traverser ce long parcours académique et à devenir une personne respectueuse, travaillante et passionnée. Je pense également à mon frère Simon qui a été une grande source d'inspiration et de fierté de par ses ambitions et ses exploits académiques.

Finalement, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance, mon admiration et mon amour pour Assa, qui m'a accompagné, épaulé et « enduré » au cours des cinq dernières années, tout en se réalisant dans ses études et sa carrière de jeune avocate. Ce fût pour moi un bonheur et un honneur de passer ces dernières années à ses côtés.

Introduction

Expérience affective, réactions du thérapeute et relation thérapeutique

Dans le contexte d'une psychothérapie, il est reconnu que la relation qui se développe entre le patient et le thérapeute peut en soi constituer, selon l'usage qu'en fait le thérapeute, et sans doute aussi le patient, un outil permettant ultimement l'amélioration de la santé mentale du patient. La relation thérapeutique implique une activation émotionnelle chez le thérapeute comme chez le patient et, comme toute interaction humaine significative, un échange émotionnel entre ces deux individus. La réaction du thérapeute face à son patient, qu'elle soit affective, cognitive, verbale ou comportementale, est donc une composante inévitable de la relation et par le fait même de chacune des séances de psychothérapie. Cette réaction, comprenant aussi des aspects à la fois conscients et inconscients, renvoie au concept de contre-transfert (CT). Dépendamment de l'attention qu'on lui porte, le CT peut être considéré soit comme un obstacle au bon déroulement de la thérapie lorsqu'il active certains conflits non résolus du thérapeute, soit comme un outil de travail fournissant une source d'information privilégiée au clinicien sur la dynamique relationnelle du patient (Colli & Ferri, 2015; Dubé & Normandin, 2007; Gelso & Hayes, 2007). Malgré son importance au plan clinique, les études empiriques s'intéressant au CT demeurent, à ce jour, plutôt rares. Ceci pourrait entre autres être expliqué par les divergences entre les auteurs quant à sa conceptualisation et ses différentes dimensions (affective, cognitive, comportementale, consciente, inconsciente, etc.). En effet, les différentes définitions du CT ont fait couler beaucoup d'encre depuis l'apparition du concept dans la documentation psychanalytique, il y a un peu plus de 100 ans.

La présente étude s'intéresse spécifiquement aux réactions affectives vécues par les thérapeutes au cours des séances de psychothérapie. Par ailleurs, afin de situer sa pertinence et ses objectifs, il est important de la mettre en contexte par rapport aux autres études qui se sont intéressées aux réactions des thérapeutes, souvent sous l'appellation de CT. Cela dit, les principales conceptualisations du CT seront présentées brièvement. Ensuite, un survol des études empiriques qui se sont intéressées de différentes manières à ce phénomène et plus spécifiquement aux réactions affectives des psychothérapeutes sera présenté.

Finalement, l'introduction se terminera par une synthèse qui mettra en contexte l'étude, abordant sa pertinence au plan clinique ainsi que la position prise face au concept de CT.

Histoire et définitions du contre-transfert. Le terme « contre-transfert » est pratiquement aussi vieux que la psychothérapie elle-même. En effet, le terme a été évoqué pour la première fois par Freud en 1910. Celui-ci décrit alors le CT plutôt négativement, comme un élément problématique qui doit être éliminé, voire vaincu par un bon thérapeute. Cette sombre conception du CT et le tabou qu'elle a suscité peuvent en partie expliquer le fait que ce concept fut négligé durant les quelques décennies ayant suivi son apparition (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Au fil des années, le CT a été défini de plusieurs manières, mettant de l'avant différentes positions quant à son utilité, et ce, même s'il est considéré comme un construit « transthéorique » (Hayes, 2004), c'est-à-dire qu'il est présent chez tous les thérapeutes indépendamment de leur approche théorique ou de leur manière de le décrire. Globalement, le CT réfère aux émotions, cognitions et comportements du thérapeute qui surviennent en réaction aux éléments dynamiques de la relation thérapeutique, pouvant provenir tant des conflits non résolus du thérapeute que de ce que le patient présente en thérapie (Gelso & Hayes, 2007). Il est généralement reconnu que les thérapeutes ont des réactions face à leurs patients; l'absence de consensus au sujet du CT se situe davantage au plan de son étiologie, plus précisément quant au rôle respectif des conflits non résolus du thérapeute et de ce que le patient génère par sa manière d'être en thérapie comme sources du CT (Gelso & Hayes, 2007). Les principales définitions du CT sont brièvement présentées dans les sections suivantes.

Classique. Comme mentionné plus haut, Freud est le premier à introduire le concept de CT en 1910. Il soutient alors que l'influence du transfert du patient sur les émotions inconscientes et sur les conflits non résolus du thérapeute peut interférer avec la démarche thérapeutique. En réponse aux manifestations transférentielles du patient, le thérapeute est porté à reproduire certains patrons relationnels personnels conflictuels ou non résolus dans le cadre de la relation thérapeutique (Freud, 1912, 1917). Freud perçoit donc ces réactions névrotiques du thérapeute comme une entrave au progrès de la thérapie et un obstacle que le thérapeute doit surmonter par sa propre psychanalyse (Freud, 1910). Cette conception du CT est couramment qualifiée de *classique* (Kernberg, 1965).

Totalistique. En réaction sans doute à l'étroitesse de la définition *classique*, d'autres auteurs développent une définition *totalistique* du CT (Heimann, 1950; Racker, 1957). Cette vision du CT inclut alors l'ensemble des réactions conscientes et inconscientes du thérapeute, non seulement face au transfert, mais également à tout élément relatif au patient. En fait, cette nouvelle perspective met de l'avant le fait que toute réaction mérite d'être étudiée (Epstein & Feiner, 1988; Gelso & Hayes, 2007). De plus, Heimann et Racker soulignent l'importance des réactions contretransférentielles comme outils de compréhension des processus mentaux et du monde interne du patient. Plus inclusive et positive que la définition *classique*, la *totalistique* est désormais la plus répandue, surtout depuis l'apport important de cliniciens comme Otto Kernberg, qui a travaillé au développement d'une psychothérapie focalisée sur le transfert auprès de patients souffrant de troubles sévères de la personnalité, une population qui peut générer d'intenses réactions chez les thérapeutes (Gelso & Hayes, 2007). Toutefois, elle demeure contestée par plusieurs auteurs, dont Gelso et Hayes, qui considèrent qu'une perspective aussi inclusive porte à croire que tout peut être considéré du CT.

Complémentaire. Dans le cadre de cette définition, le CT est conceptualisé comme complémentaire à la manière qu'a le patient d'être en relation avec les autres, en quelque sorte comme la réponse du thérapeute au transfert du patient (voir Gelso & Hayes, 2007). Cette conception souligne le fait qu'au cours de leur interaction, le thérapeute et le patient « s'affectent » continuellement. Plus spécifiquement, le patient tend à amener le thérapeute à interagir avec lui comme les autres le font habituellement, ce à quoi le patient va ensuite répondre (Kiesler, 1996, 2001; Racker, 1957). Une des principales critiques de la définition complémentaire du CT est qu'elle ne porte pas suffisamment attention à la contribution personnelle du thérapeute à la relation (Gelso, 2004).

Relationnelle. Cette définition du CT, très similaire à la complémentaire, est née du mouvement psychanalytique de *two-person psychology* mettant l'accent sur la « coconstruction », c'est-à-dire que ce qui se passe en psychothérapie est construit conjointement par le thérapeute et le patient (voir Gelso & Hayes, 2007). Selon cette perspective, les dynamiques relationnelles (besoins, conflits non résolus, comportements) du thérapeute et de son patient déterminent la nature du transfert et du CT, qui est donc le

produit unique et inédit de cette rencontre (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Cette définition fondée sur les écrits d'auteurs influents de l'approche relationnelle (Aron, 1996; Mitchell, 1988, 1997), est plus tard critiquée au sujet du concept de coconstruction qui semble escamoter l'apport unique de chaque membre de la dyade, ceux-ci se comportant de manière similaire dans leurs relations interpersonnelles (Gelso & Hayes, 2007).

Intégrative. Une dernière définition du CT provient d'auteurs n'étant pas satisfaits des définitions antérieures du concept. La vision *intégrative* ou *modérée*, plus récente, aborde le CT comme un ensemble de réactions, à la fois internes (émotions, pensées, sensations corporelles, etc.) et externes (comportements verbaux et non verbaux), découlant des vulnérabilités propres au thérapeute (Gelso & Hayes, 2007). Gelso et ses collaborateurs précisent que le CT n'est pas forcément un obstacle, qu'il peut constituer un outil de compréhension et d'intervention si le thérapeute en prend conscience et arrive à comprendre ses réactions (Hayes et al., 2011).

Autres conceptualisations. En terminant, même si la majorité des théoriciens ayant participé à l'élaboration de ces différentes définitions du CT s'inscrivaient au sein du mouvement psychanalytique, des auteurs d'autres approches ont aussi fait l'effort de mieux comprendre ce construit. Différentes perspectives ont d'ailleurs été exposées dans une édition spéciale du *Journal of Clinical Psychology* dédiée au CT publiée en 2001 (*rational-emotive therapy, feminist social constructionism, constructive brief therapy, interpersonal therapy, couples and family therapy, experiential perspective, Kohut's self-psychology, et contemporary psychoanalysis*). Cette diversité s'ajoute à l'aspect « transthéorique » de ce construit, précédemment abordé.

Études empiriques sur les réactions des psychothérapeutes. Jusqu'à ce jour, les études empiriques sur le CT ou les réactions des thérapeutes demeurent plutôt rares, mais celles-ci ont tout de même éclairé ses relations avec différentes variables d'intérêt liées tant au patient, au thérapeute, qu'à la relation thérapeutique. Récemment, Kächele et ses collègues (2015) ont présenté une revue critique des études empiriques sur le CT et des méthodes utilisées pour le mesurer, mettant de l'avant le nombre limité d'études et l'hétérogénéité au plan de la méthodologie. Les prochaines sections présentent différents

angles d'étude des réactions des thérapeutes face à leurs patients ainsi que les principaux résultats qui en ressortent.

L'orientation théorique du thérapeute. Une équipe de recherche (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) a développé le *Countertransference Questionnaire* (aussi appelé *Therapist Response Questionnaire*), un questionnaire auto-rapporté visant à mesurer les réactions cognitives, affectives et comportementales des thérapeutes face à leurs patients. Voulant mesurer les réactions conscientes des thérapeutes, de même que l'intensité de ces réactions, leurs résultats démontrent que l'orientation théorique des thérapeutes n'a pas d'influence sur les réactions qu'ils ont face à leurs patients. Des chercheurs d'autres orientations théoriques que psychodynamique ont également montré de l'intérêt pour l'expérience affective des thérapeutes (Hoffart & Friis, 2000; Hoffart, Hedley, Thornes, Larsen, & Friis, 2006, Najavits et al., 1995). Par exemple, dans une étude sur la thérapie cognitive-comportementale, il a été trouvé que les émotions positives rapportées par les thérapeutes (p. ex., se sentir aimant, enjoué, attaché) étaient associées avec un plus bas niveau de résistance chez les patients, alors que les émotions négatives (p. ex., se sentir fatigué, impuissant, coupable, frustré) étaient associées avec un plus haut niveau de résistance chez les patients (Westra, Aviram, Connors, Kertes, & Ahmed, 2012).

La majorité de la recherche sur le CT provient d'auteurs d'orientation psychodynamique. Cependant, même à l'intérieur de cette orientation théorique, les différents groupes de recherche ne s'entendent pas sur la définition du CT et ne réfèrent pas toujours aux études des autres groupes. La plupart des études se sont intéressées au CT autorapporté par les thérapeutes. Un important groupe de chercheurs maintient toutefois que le CT provient des conflits non résolus des thérapeutes, donc majoritairement inconscients (Friedman & Gelso, 2000; Gelso & Hayes, 2007). Pour eux, les émotions, pensées et fantasmes accessibles à la conscience et pouvant être rapportés dans un questionnaire ne représentent pas du CT, la plupart étant des réactions émotionnelles et cognitives appropriées face aux patients. Il demeure toutefois difficile d'évaluer à quel point une réaction du thérapeute est « appropriée ».

Les réactions comportementales du thérapeute. Ces mêmes auteurs se sont surtout concentrés sur les comportements observables au cours des séances (p. ex., retrait, sous-investissement, surinvestissement, évitement, etc.). Ceux-ci sont conceptualisés comme inconscients, mais demeurent observables soit par l'entremise du jugement d'un superviseur clinique ou par la recherche analogique (Rosenberg & Hayes, 2002). Friedman et Gelso (2000) ont d'ailleurs développé l'*Inventory of Countertransference Behavior* (ICB), une grille de cotation des séances ayant pour objectif de mesurer les comportements contretransférentiels tant positifs que négatifs. Ces réactions comportementales auraient un effet négatif immédiat dans la séance (Nutt-Williams & Fauth, 2005; Rosenberger & Hayes, 2002, Ligiéro & Gelso, 2002) de même qu'un impact négatif sur l'efficacité de la thérapie au long cours (Hayes, Riker, & Ingram, 1997; Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson, & Rhodes, 1996). En effet, dans leur récente méta-analyse, Hayes et ses collègues (2011) rapportent une relation négative et modérée entre les réactions contretransférentielles et l'efficacité de la thérapie. Cela dit, une meilleure gestion du CT serait associée à une plus grande efficacité de la thérapie (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002; Hayes et al., 2011).

Récemment, l'ICB a été utilisé dans une étude analogique¹ (Goldfeld et al., 2008) de même que dans une étude clinique (Markin, McCarthy, & Barber, 2013). L'équipe de Goldfeld (2008) a étudié les états mentaux et les réactions contretransférentielles d'un groupe de thérapeutes face à des rapports écrits concernant des cas réels de patients ayant vécu soit un viol ou un deuil. Ces chercheurs observent trois résultats liés aux réponses à l'ICB : la vignette du cas de viol générerait davantage de réactions négatives, les thérapeutes masculins exprimaient plus de réactions négatives dans les deux scénarios, et les thérapeutes plus expérimentés démontraient davantage de réactions positives. Pour leur part, Markin et ses collègues (2013) ont analysé les enregistrements vidéo de séances de *Supportive Expressive Psychotherapy* pour la dépression. Ils ont trouvé que les réactions contretransférentielles positives, tant comportementales qu'affectives, semblaient prédire des séances calmes et fluides, mais plus superficielles.

¹ Type d'étude où les thérapeutes participants sont exposés à des cas cliniques fictifs ou réels, mais qui ne sont pas les leurs. Cela peut se faire par l'entremise de vignettes cliniques, de rapports écrits ou d'enregistrements audio ou vidéo provenant de séances d'évaluation ou de thérapie.

L'expérience affective du thérapeute. Les réactions affectives du thérapeute en séance sont parfois conceptualisées comme synonyme de CT ou, du moins, comme une des principales manières de comprendre le CT (Holmqvist & Armelius, 1996, Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003). Le *Feeling Word Checklist 58* (FWC-58; Røssberg et al., 2003), un questionnaire autorapporté visant à mesurer les émotions des thérapeutes, est le fruit de plusieurs décennies de recherche sur le sujet (Colson, Allen, Coyne, & Dexter, 1986; Holmqvist & Armelius, 1994; Hoffart & Friis, 2000; Holmqvist, 2001; Mitchell & Hastings, 1998; Thylstrup & Hesse, 2008; Whyte, Constantopoulos, & Bevans, 1982). Inspiré du *Positive Affect and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson & Clark, 1999), le FWC-58 a subi plusieurs modifications au fil des années, d'abord pour ce qui est des mots inclus, et puis en passant d'un format de réponse dichotomique à une échelle de type Likert. Cet instrument a été utilisé auprès de divers intervenants du domaine de la santé, dont des psychothérapeutes individuels (p. ex. Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, & Høglend, 2012; Holmqvist, 2001; Holmqvist, Hansjons-Gustafsson, & Gustafsson, 2002). Cela dit, l'étude de l'impact des émotions des thérapeutes sur l'efficacité de la thérapie demeure embryonnaire. Il a tout de même été observé que certaines émotions (se sentir « important » ou « confiant ») sont associées à une meilleure efficacité thérapeutique, tandis que d'autres émotions (se sentir « désengagé » ou « submergé ») sont reliées à une moindre efficacité thérapeutique (Røssberg, Karterud, Pedersen & Friis, 2007, 2010). Plus récemment, Dahl et ses collègues (2014) ont utilisé le FWC-58 afin d'étudier l'impact de réactions affectives spécifiques des thérapeutes sur le cours et l'efficacité d'une thérapie analytique. Ils ont remarqué que les réactions affectives de nature parentale des thérapeutes (p. ex., se sentir maternant, affectueux, important aux yeux du patient) ont un impact sur l'efficacité du traitement, et que la nature positive ou négative de cet impact dépend du type de traitement ainsi que du niveau de sévérité de la pathologie de la personnalité du patient.

Les caractéristiques du thérapeute. Plusieurs dispositions relationnelles du thérapeute semblent avoir un effet sur sa manière de réagir face au patient. En effet, un style d'attachement évitant du thérapeute a été mis en lien avec des comportements contretransférentiels hostiles et distaux (Mohr, Gelso, & Hill, 2005). L'interaction entre le style d'attachement du thérapeute et celui de son patient influencerait par ailleurs le CT et possiblement le déroulement ainsi que l'issue de la thérapie (Clarkin & Levy, 2004; Meyer

& Pilkonis, 2001; Mikulincer & Shaver, 2007). De plus, les aptitudes empathiques du thérapeute, soit sa disposition à être réceptif et sensible aux autres, semblent également liées à ses réactions contretransférentielles et à l'issue de la thérapie (Peabody & Gelso, 1982). Spécifiquement, Peabody et Gelso (1982) ont observé que l'empathie des thérapeutes en formation était reliée négativement aux comportements contretransférentiels, et positivement liée à l'ouverture aux affects contretransférentiels. Par ailleurs, Hayes et Gelso (1991) ont observé une relation positive entre l'anxiété chez les thérapeutes en formation et leurs comportements contretransférentiels, mais n'ont pas démontré l'effet modérateur attendu de l'empathie sur cette relation. Hayes et Gelso (1993) ont également démontré que l'homophobie des thérapeutes masculins prédisait leur inconfort auprès de patients homosexuels de sexe masculin. En somme, quelques études se sont intéressées à l'impact potentiel de dispositions relationnelles du thérapeute sur ses réactions contretransférentielles, mais ce champ de recherche doit être davantage investigué.

Les caractéristiques du patient. Récemment, Colli et Ferri (2015) ont présenté une revue des études empiriques sur la relation entre la personnalité du patient et les réactions des thérapeutes. Ils en dégagent quelques observations intéressantes : 1) les réactions du thérapeute à la personnalité du patient peuvent jouer un rôle crucial en thérapie, spécialement avec les patients souffrant de troubles de la personnalité, 2) les réactions affectives du thérapeute peuvent l'informer à propos de la personnalité du patient, 3) ces réactions ont une influence sur des variables importantes du processus thérapeutique telles que les résistances, la capacité d'élaboration, l'alliance thérapeutique, l'efficacité des interventions, etc., 4) ces réactions surviennent peu importe le type de thérapie et indépendamment de l'orientation théorique, 5) le clinicien peut faire un usage diagnostique et thérapeutique de ses réactions face au patient.

De plus, plusieurs études empiriques ont été menées entre autres avec l'aide du FWC-58 afin d'explorer les différentes associations entre les réactions affectives des thérapeutes et les caractéristiques des patients. Dans un programme de traitement de jour destiné aux patients souffrants de troubles de la personnalité, plusieurs corrélations entre les réactions affectives des thérapeutes et les symptômes rapportés par les patients ont été observées (Røssberg, Karterud, Pedersen, & Friss, 2010). Par exemple, ces derniers auteurs

ont relevé des corrélations négatives entre le niveau de sévérité des symptômes des patients et certaines réactions affectives des thérapeutes comme se sentir important ou confiant. Ils ont par ailleurs constaté des corrélations positives entre le niveau de sévérité des symptômes des patients et les réactions affectives telles que se sentir ennuyé, sur ses gardes, submergé ou inadéquat. De leur côté, Røssberg, Hoffart et Friis (2003) ajoutent que les patients ayant des comportements agressifs et suicidaires expliqueraient davantage la variance des réactions affectives négatives que celle des réactions positives. Dans le même ordre d'idées, Hill et ses collègues (2003) ont remarqué que les patients ouvertement hostiles entraînaient des réactions négatives chez les thérapeutes, telles que se sentir anxieux, incompetent ou irrité.

Au plan de la personnalité des patients, il a été remarqué que les patients limites suscitaient plus de réactions agressives chez les membres du personnel clinique que les patients psychotiques (Holmqvist, 2001). Bourke et Grenyer (2010) ont également observé que les thérapeutes travaillant auprès de patients limites rapportaient davantage de réactions affectives négatives que ceux traitant des patients atteints de dépression majeure. Dans ce même ordre d'idées, les réactions affectives des thérapeutes face aux patients souffrant des différents troubles de la personnalité (TP) ont été étudiées (Røssberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007; Thylstrup & Hesse, 2008). Leurs réactions différeraient selon le type ou « *cluster* » de TP (le *cluster* A comprenant les TP paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; le *cluster* B les TP antisociale, limite, histrionique et narcissique ; le *cluster* C les TP évitante, dépendante et obsessive-compulsive). En fait, les TP des *clusters* A et B susciteraient plus de réactions négatives et moins de réactions positives que ceux du *cluster* C. De plus, les réactions rapportées par les thérapeutes face aux TP des *clusters* A et B seraient plus variées et changeantes. D'autres études récentes viennent appuyer et préciser l'hypothèse que des troubles spécifiques de la personnalité sont associés à des réactions affectives spécifiques (Betan & Westen, 2009; Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingardi, 2014). Pour ce qui est de la sévérité de la pathologie de la personnalité, habituellement quantifiée par la somme des critères diagnostiques de TP, elle serait associée à des réactions comme de l'insécurité chez les thérapeutes, mais ne serait pas reliée à du désintérêt ou à de la colère (Hoffart, Hedley, Thornes, Larsen, & Friis, 2006). Dahl et ses collègues (2012) avancent également que la sévérité de la pathologie de la personnalité

aurait un impact sur les réactions affectives des thérapeutes, étant corrélée négativement avec le sentiment de confiance et de désengagement.

Des études récentes se sont penchées sur les réactions affectives des thérapeutes face aux patients souffrant de troubles alimentaires (Colli, Speranza, Lingiardi, Gentile, Nassisi, & Hilsenroth, 2015; Daniel, Lunn, & Poulsen, 2015). L'étude de Colli et ses collègues (2015) montre que différentes variables liées aux patients semblent avoir un impact sur la nature des réactions affectives des thérapeutes (p. ex., diagnostic de trouble alimentaire, abus sexuel, symptômes dissociatifs, comportements autodestructeurs). Par ailleurs, leurs résultats suggèrent que les réactions affectives des thérapeutes sont davantage associées à la personnalité des patients qu'aux symptômes de leurs troubles alimentaires. Pour leur part, Daniel et ses collègues (2015) se sont intéressés à la boulimie, observant que les progrès des patients au plan de la fréquence des épisodes boulimiques et de leur niveau de détresse psychologique étaient associés à des réactions d'enthousiasme et de joie chez les thérapeutes. Ces auteurs ont également remarqué que le style d'attachement des patients pouvait avoir un impact sur les réactions affectives des thérapeutes.

Le processus psychothérapeutique. L'efficacité des interventions et des techniques utilisées par les thérapeutes ne dépendrait pas seulement des caractéristiques des patients, mais également du « contexte émotionnel » dans lequel elles sont délivrées (Høglend & Gabbard, 2012). En ce sens, plusieurs auteurs se sont intéressés à l'impact que les réactions affectives des thérapeutes pouvaient avoir sur le processus thérapeutique ainsi que sur l'efficacité des interventions. Tant au niveau du processus thérapeutique que de l'efficacité de la psychothérapie, les réactions affectives des thérapeutes peuvent s'avérer d'une importance particulière. D'une part, ces réactions peuvent fournir de l'information sur les conflits et les difficultés des patients (Betan et al., 2005; Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingiardi, 2014). Elles peuvent également avoir des effets sur le bien-être, l'estime de soi ainsi que la confiance du patient envers le thérapeute (Gabbard, 2001; Gelso & Hayes, 2007; Hoffart & Friis, 2000; Høglend & Gabbard, 2012; Holmqvist, 2001). De plus, les réactions affectives des thérapeutes peuvent influencer leur capacité ou le degré d'aisance avec laquelle ils interviennent au cours des séances. Plusieurs études se sont effectivement intéressées à l'impact du contexte émotionnel au sein duquel les thérapeutes interviennent

sur l'alliance thérapeutique et l'efficacité de thérapie (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011; Henry, Schacht, & Strupp, 1990; Ligiéro & Gelso, 2002; Muran, 2002; Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010). Tout récemment, des chercheurs se sont intéressés plus spécifiquement à l'interaction entre les affects du thérapeute et de son patient (Chui, Hill, Kline, Kuo, & Mohr, 2016). En effet, ils ont observé que plus les affects des patients étaient positifs avant ou durant la séance, plus les thérapeutes rapportaient des affects positifs eux aussi. Inversement, plus les affects des patients étaient négatifs avant et au cours de la séance, plus les thérapeutes rapportaient eux aussi des affects négatifs. Parallèlement, ils ont observé que lorsque les thérapeutes rapportaient des affects positifs avant et au cours de la séance, les patients rapportaient une qualité de séance plus élevée, mais lorsque les affects des thérapeutes étaient négatifs, les patients rapportaient une qualité de séance ainsi qu'une alliance thérapeutique plus faibles. Chui et ses collègues (2016) ont également observé que les thérapeutes de leur échantillon rapportaient des changements d'état affectif dans près de deux tiers de leurs séances. Les changements vers des affects plus positifs seraient attribuables à l'impression de collaborer avec le patient, de travailler avec un patient engagé dans le processus ou d'être un bon thérapeute, alors que les changements vers des affects plus négatifs seraient attribuables à l'impression d'avoir un patient difficile, en détresse, ou d'être un mauvais thérapeute. Cela dit, ces processus complexes sont probablement aussi influencés par des variables liées aux thérapeutes telles que leur style interpersonnel, leur personnalité, de même que leur perception des patients (p. ex., Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009).

Synthèse

Pour conclure, les écrits théoriques, les observations particulières, les études de cas et quelques études empiriques composent la majeure partie de la documentation disponible sur le CT. La recherche empirique est certes encore peu abondante, mais plusieurs avenues ont déjà été explorées par différentes équipes de recherche au cours des dernières années. Les réactions et les émotions du thérapeute sont au cœur de la pensée psychanalytique et psychodynamique, mais sont aussi des phénomènes d'intérêt en dehors de ce champ conceptuel. La relation thérapeutique est aussi généralement reconnue comme essentielle au changement, et il semble bien que toute interaction humaine soit génératrice d'émotions. De plus, l'importance accordée à la relation qui se développe entre le thérapeute et son

patient est maintenant mise de l'avant dans la plupart des approches thérapeutiques (Hill & Knox, 2009; Safran & Muran, 2000). Considérant que les affects et les réactions des thérapeutes ont un impact sur le développement de la relation thérapeutique ainsi que sur l'efficacité thérapeutique, il paraît pertinent, voire nécessaire de les étudier davantage, par l'utilisation de différentes méthodes, dans le but de développer une meilleure compréhension de ce phénomène et de ses implications.

Une courte revue de la littérature théorique et empirique sur le CT permet par ailleurs d'observer la multitude de points de vue et l'absence de consensus général sur une manière de définir et donc de mesurer ce construit. En effet, les différents chercheurs du domaine privilégient des conceptualisations variées du CT : un résultat des conflits et des vulnérabilités inconscientes du thérapeute (p. ex., Friedman & Gelso, 2000; Hayes, Gelso, & Hummel, 2011), les affects et réactions « objectives » (p. ex., Hafkenscheid & Kiesler, 2007), les réactions affectives exceptionnelles ou déviantes (p. ex., Holmqvist, 2001), un prototype basé sur un consensus de cliniciens (Hofsess & Tracey, 2010), ou l'ensemble des réactions face à son patient que le thérapeute peut rapporter (p. ex., Betan et al, 2005; Røssberg et al., 2003). Mais somme toute, les études empiriques sur le sujet suggèrent que les affects et les réactions des thérapeutes sont le résultat d'interactions complexes entre le thérapeute, le patient et la relation unique qu'ils entretiennent.

Dans le cadre de la présente étude, compte tenu de l'absence à la fois de consensus sur la manière de conceptualiser le CT et de frontières claires sur ce qui est et n'est pas du CT, c'est spécifiquement l'expérience affective subjective du thérapeute qui sera étudiée. Cela représente un des aspects fondamentaux de ce qui est communément appelé CT et le fait de l'étudier de manière structurée comme une variable en soi permettra d'ajouter à la compréhension actuelle du concept plus global et relativement flou de CT. De plus, il est possible de considérer que même si certains aspects du CT peuvent ne pas être accessibles à la conscience du thérapeute initialement, ceux-ci peuvent graduellement le devenir au fil du traitement et de l'évolution de la relation thérapeutique. Cela dit, il est également à considérer que l'utilisation d'une méthode autorapportée des émotions ressenties au cours d'une séance de thérapie limite la mesure de l'expérience affective des thérapeutes aux aspects les plus conscients, accessibles et forcément teintés de subjectivité.

En définitive, par l'étude empirique de la psychothérapie, la présente étude se veut une tentative de jeter un éclairage à la fois nouveau et cliniquement instructif sur une réalité dynamique et très complexe, souvent désignée par les notions de transfert, de CT et de relation thérapeutique. Une compréhension plus riche et plus nuancée de ce qui se passe dans le monde interne du thérapeute et du patient, mais aussi au sein de la dynamique relationnelle qui s'installe entre eux, revêt une importance capitale dans l'évolution de la pratique clinique en psychologie.

Objectifs de l'étude

L'étude vise à traduire en français ainsi qu'à étudier la validité de cette version française du *Feeling Word Checklist 58* (FWC-58; Røssberg et al., 2003), un instrument mesurant les réactions affectives vécues par un thérapeute durant une séance de psychothérapie. Ce court questionnaire représente un apport intéressant à l'étude de la psychothérapie, car il permet une auto-évaluation concise, flexible et peu intrusive de l'expérience affective des thérapeutes.

La première étape de l'étude consiste à traduire et adapter le FWC-58 par une méthode de traduction inversée en comité; celle-ci sera décrite dans la section « Méthode ». La seconde étape consiste à étudier les qualités métrologiques de la version française. Le premier test est une étude de la structure factorielle de l'instrument, qui sera comparée à celles de quatre (*Confident, Inadequate, Disengaged, Parental*) et de sept facteurs (*Important, Confident, Rejected, Bored, On guard, Overwhelmed, Inadequate*) obtenues par d'autres équipes de recherche (Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, & Høglend, 2012; Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003). Ensuite, des analyses corrélationnelles entre les facteurs obtenus et des variables d'intérêt telles que les réactions contretransférentielles et la pathologie de la personnalité du patient seront présentées et discutées. Une bonne validité devrait être indiquée par des matrices de corrélations similaires ou cohérentes avec celles obtenues par les autres équipes de recherche et conformes aux attentes pour les mesures additionnelles apparentées.

Méthode

Adaptation canadienne-française

Le *Feeling Word Checklist 58* (FWC-58; Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003) a été traduit en français à l'aide de la méthode de traduction inversée en comité (Vallerand, 1989). Comme la tâche de traduction d'un questionnaire visant à décrire des états émotionnels avec concision représentait un défi considérable, une linguiste spécialisée en traduction a été invitée à rejoindre le comité. Une équipe de travail de quatre personnes bilingues a été formée par l'étudiant en charge du projet². Cette équipe a été divisée en deux groupes de deux individus. Un premier groupe a effectué la traduction française de la version originale anglaise du questionnaire. À cette étape, l'équipe norvégienne ayant conçu la version originale a été contactée afin de vérifier le sens de certains items qui pouvaient porter à confusion (p. ex., *exalted*, *prejudiced*, *naughty*, *engulfed*, *overview*). Ensuite, le second groupe a effectué la traduction en anglais cette version française. Finalement, l'équipe de travail s'est réunie afin d'évaluer la qualité de l'ensemble du processus en comparant, item par item, les deux versions anglaises ainsi qu'en corrigeant les éléments qui peuvent porter à confusion dans la version française. À cette étape, 10 des 58 items français ont nécessité une révision et des modifications afin de les rendre plus clairs et fidèles à la version originale. Le processus a permis d'arriver à une version française consensuelle (voir Annexe D) et considérée aussi équivalente que possible à la version originale anglaise (voir Annexe E).

Procédure

Les données utilisées pour cette étude de validation ont été obtenues par l'entremise d'une collecte web³. En effet, un assemblage de questionnaires, comprenant un questionnaire sociodémographique, le FWC-58 et le CTQ, a été mis en ligne sur *SimpleSondage*, une plate-forme web sécurisée dont les serveurs de données sont situés au

² L'équipe de traduction est formée de : Thomas Lapointe (étudiant au doctorat en psychologie clinique, bilingue, ayant comme langue maternelle le français), Danielle Tessier (étudiante au doctorat en psychologie clinique, bilingue, ayant comme langue maternelle l'anglais), Dr Louis Diguier (professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval), Doris Cunningham (étudiante à la maîtrise en traduction, mandatée par Dre Aline Francoeur, professeure agrégée au Département de langues, linguistique et traduction de l'Université Laval).

³ La procédure a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (2014-119 A-1 / 10-09-2014).

Québec⁴. Une invitation à participer à l'étude a été transmise par la liste de diffusion de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie et envoyée par courriel aux adresses de messagerie professionnelle rendues disponibles par l'Ordre des Psychologues du Québec, ce qui représente près de 2400 psychologues cliniciens et psychothérapeutes accrédités. L'invitation a également été partagée sur les pages Facebook des différents groupes d'étudiants au doctorat en psychologie clinique des universités du Québec. En plus d'expliquer l'étude, le courriel comprenait un lien vers l'assemblage de questionnaires électroniques.

Une fois sur la page web de l'étude, les participants étaient invités à prendre connaissance d'une page d'information sur le projet et les aspects usuels du consentement (voir Annexe A), suivie d'une page de consignes (voir Annexe B). Avant de répondre aux questionnaires, les participants ont été invités à se remémorer un de leurs patients actuels ayant au moins 18 ans, ayant été en traitement depuis au moins huit séances et n'ayant pas de troubles ni de symptômes psychotiques⁵. Ensuite, en se remémorant plus précisément leur dernière séance avec ce patient, ils ont eu à répondre à trois questionnaires, présentés dans la prochaine section. Suivant la procédure d'utilisation habituelle du FWC-58, les thérapeutes devaient répondre aux questions selon la manière dont ils se sont sentis dans le cadre de leur plus récente séance avec le patient. Toutefois, comparativement aux études menées directement dans les milieux cliniques, l'administration électronique des questionnaires ne permet pas de connaître le temps écoulé entre la séance et la complétion du questionnaire. L'ensemble du processus était d'une durée approximative de 30 minutes.

Mesures

Questionnaire sociodémographique. Un court questionnaire sociodémographique inspiré du *Clinical Data Form* de Westen et Shedler (1999) a été utilisé (voir Annexe C). Cet instrument évalue diverses variables d'intérêt chez le thérapeute (p. ex., titre, sexe, orientation théorique principale, années d'expérience, contexte de pratique, etc.) et chez son patient (p. ex., sexe, âge, ethnie, scolarité, statut conjugal). D'autres variables liées à la psychopathologie du patient sont évaluées (évaluation globale du fonctionnement (ÉGF),

⁴ Les Solutions OutSideSoft inc. (<http://www.simplesondage.com/>).

⁵ S'il n'était pas possible pour eux de respecter un ou plusieurs de ses critères, ils étaient invités à ne pas participer à la recherche en quittant la page web.

troubles de l'axe I, niveau de fonctionnement de la personnalité, traits et troubles de la personnalité). Cet instrument présente une bonne validité auprès des deux membres de la dyade thérapeutique (DeFife, Drill, Nakash, & Westen, 2010).

Feeling Word Checklist 58. Le *Feeling Word Checklist 58* (FWC-58; Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003; voir Annexe D) est un questionnaire autorapporté de 58 items qui permet aux thérapeutes, ou autres intervenants du domaine de la santé, d'évaluer leurs réactions affectives à l'égard d'un patient sur une échelle de type Likert allant de 0 (« Pas du tout ») à 4 (« Beaucoup »). Le FWC-58 a été utilisé auprès d'échantillons de patients hospitalisés (Røssberg et al., 2003, 2007, 2010), ainsi que dans un contexte de thérapie individuelle (Dahl et al., 2012), et ses qualités psychométriques sont satisfaisantes. Deux structures factorielles ont été développées pour cet instrument au cours des dernières années ; une formée de quatre facteurs : *Confident* ($\alpha = 0,85$), *Inadequate* ($\alpha = 0,78$), *Disengaged* ($\alpha = 0,64$) et *Parental* ($\alpha = 0,73$; Dahl et al., 2012) ; et une formée de sept facteurs : *Important*, *Confident*, *Rejected*, *Bored*, *On guard*, *Overwhelmed*, *Inadequate* (α de 0,76 à 0,91 ; Røssberg et al., 2003). Elles serviront de points de comparaison pour la structure factorielle générée dans le cadre de l'étude actuelle.

Countertransference Questionnaire. Le *Countertransference Questionnaire*, aussi appelé *Therapist Response Questionnaire* dans certaines études (CTQ; Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005), vise à mesurer les réactions contretransférentielles cognitives, affectives et comportementales que les thérapeutes peuvent avoir face à un patient. Le CTQ est un questionnaire autorapporté composé de 79 affirmations auxquelles le thérapeute doit répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (« Aucunement vrai ») à 5 (« Tout à fait vrai »). Cet instrument organise le CT vécu en huit facteurs : *Overwhelmed/Disorganized* ($\alpha = 0,90$), *Helpless/Inadequate* ($\alpha = 0,88$), *Positive* ($\alpha = 0,86$), *Special/Overinvolved* ($\alpha = 0,75$), *Sexualized* ($\alpha = 0,77$), *Disengaged* ($\alpha = 0,83$), *Parental/Protective* ($\alpha = 0,80$) et *Criticized/Mistreated* ($\alpha = 0,83$; Betan et al., 2005). Betan et Westen (2009) avancent que le CTQ, en plus d'avoir une fidélité satisfaisante, est le seul à mesurer le CT avec une validité écologique suffisante. Une étude récente vient également souligner les qualités métrologiques robustes de cet instrument (Tanzilli, Colli, Del Corno, & Lingardi, 2016). L'adaptation française utilisée (voir Annexe F) a été développée à

partir d'une méthode de traduction inversée par comité (Jeanrie & Bertrand, 1999; Vallerand, 1989), par une équipe de recherche du département de psychologie de l'Université de Sherbrooke (Lapointe et al., 2011).

Participants

Thérapeutes. L'échantillon de thérapeutes ($N = 236$) est composé de 152 psychologues cliniciens membres de l'Ordre des psychologues du Québec (64,4 %), de 60 étudiants au doctorat en psychologie clinique (25,4 %) et de 24 autres intervenants certifiés pratiquant la psychothérapie (10,1 %). Cet échantillon est formé de 79,7 % de femmes ($N = 188$) et de 20,3 % d'hommes ($N = 48$), d'orientations théoriques diverses : cognitivo-comportementale (35,6 %), psychodynamique (33,9 %), humaniste (22 %) et autres (8,5 %). Leur nombre d'années d'expérience en pratique clinique varie de un an (dans le cas des étudiants au doctorat) à 50 ans, avec une moyenne de près de 15 ans ($M = 14,91$; $ÉT = 11,38$).

Patients. L'âge des patients varie entre 16 et 73 ans⁶ ($M = 39$; $ÉT = 13$). La durée de leur traitement varie entre un et 120 mois ($M = 13,73$; $ÉT = 15,45$). L'échantillon est composé de 72 % de femmes et de 28 % d'hommes traités dans différents contextes : pratique privée (83,9 %), contexte hospitalier (15,3 %), contexte scolaire (0,8 %). L'origine ethnique des patients se répartit entre Blancs (94,5 %), Hispaniques (2,1 %), Afro-américains (1,3 %), et autres (2,1 %). L'Évaluation Globale du Fonctionnement (ÉGF) de l'ensemble des patients varie entre 30 et 95 ($M = 63,99$; $ÉT = 12,36$). Pour ce qui est des psychopathologies des patients selon l'Axe I du DSM-IV, les troubles les plus fréquents sont les suivants : trouble dépressif majeur (24,6 %), trouble de l'adaptation (16,9 %), trouble d'anxiété généralisée (16,5 %), état de stress post-traumatique (13,6 %), trouble anxieux non-spécifique (13,1 %), trouble lié à une substance (8,1 %). Quant au niveau de fonctionnement global de leur personnalité, les patients se répartissent entre un fonctionnement de haut niveau (19,9 %), des difficultés de fonctionnement dans différentes sphères de vie (63,1 %) et un trouble sévère de la personnalité (16,9 %). Au-delà de la

⁶ Certains psychologues qui ont participé à l'étude pratiquaient auprès d'adolescents et de jeunes adultes. Nous avons donc jugé bon de réduire l'âge minimal des patients inclus dans les analyses à 16 ans afin d'élargir l'échantillon en y acceptant une clientèle de jeunes adultes.

présence répandue de traits de personnalité pathologiques, les troubles spécifiques les plus présents sont : limite (8,1 %), narcissique (3,4 %), dépendant (3,4 %), et évitant (2,5 %).

Analyses statistiques

Vu la variabilité des méthodes d'analyse factorielle utilisées ainsi que des structures factorielles avancées par les autres équipes de recherche, une analyse factorielle exploratoire (AFE), plutôt que confirmatoire, a été réalisée sur les réponses des 236 thérapeutes de l'échantillon aux 58 items du questionnaire, ce qui représente des observations indépendantes de réactions de thérapeutes face à un de leurs patients durant une séance de psychothérapie. Une AFE avec la méthode d'extraction des axes principaux et la méthode de rotation promax (oblique) a été conduite. Comparativement à une rotation varimax, la promax permet aux sous-échelles de corrélérer entre elles plus librement. Dans le cadre de l'étude de construits psychologiques, et plus particulièrement des réactions émotionnelles, de telles corrélations semblent plausibles (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999). Toutefois, une structure factorielle très similaire était obtenue peu importe le type de rotation utilisée.

La sélection du nombre de facteurs a été effectuée en tenant compte des critères suivants : valeurs propres (*eigenvalues*) plus grandes que 1, analyse du diagramme de valeurs propres (*scree plot*), analyse parallèle (O'Connor, 2000; Schmitt, 2011), pourcentage de variance expliquée par chaque facteur, interprétabilité des facteurs. Des structures à quatre, cinq, six et sept facteurs ont été considérées et comparées au plan de leur interprétabilité ainsi que de leur utilité au plan clinique et théorique. Les items de la matrice factorielle initiale n'ayant pas un indice de saturation factorielle (*factor loading*) d'au moins 0.40 sur un facteur ont été exclus ($n = 12$) et ceux ayant un indice de saturation factorielle de 0.40 ou plus sur plus d'un facteur ont été vérifiés afin de décider s'il était pertinent de les maintenir ou non dans la structure finale. La consistance interne des facteurs a été mesurée par des alphas de Cronbach.

Les corrélations entre les facteurs, ainsi que celles entre les facteurs et les autres variables étudiées, ont été calculées par des coefficients de Pearson (r). Seuls les items ayant un indice de saturation factorielle supérieur à 0.4 ont été inclus dans les sous-échelles.

Cohen et Cohen (1983) suggèrent qu'un r de .10, .30 et .50 représentent une taille d'effet petite, moyenne et grande, respectivement.

Résultats

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique IBM SPSS 20.

Structure factorielle

L'AFE a été réalisée sur l'ensemble des données de l'échantillon, soit 236 questionnaires. L'examen descriptif des variables indique l'absence de données manquantes ou aberrantes. Le postulat de factoriabilité des matrices de corrélation est respecté selon le critère du KMO-MSA supérieur à 0,60 ($0,914 > 0,60$), et le test de sphéricité de Bartlett $\chi^2(1653) = 8100,932, p < 0,001$ indique que les corrélations entre les items sont suffisamment importantes pour l'analyse factorielle.

Aucun des items du FWC-58 n'a obtenu une variance de 0, les 58 items ont donc été inclus pour l'analyse. Les moyennes et les écart-types des réponses aux items des thérapeutes de l'échantillon de même que ceux de l'échantillon de Røssberg et ses collègues (2003) sont présentés au Tableau 1. Les statistiques descriptives des items des deux échantillons sont assez similaires quant aux items les plus et les moins rapportés par les thérapeutes. Par contre, les moyennes observées dans l'étude actuelle ($M = 1,15$; $ÉT = 0,82$) sont plus élevées que celles de l'échantillon de Røssberg ($M = 1,03$; $ÉT = 0,95$).

Tableau 1
Moyenne et écart-type des items du FWC-58

Items	Étude actuelle		Røssberg et al. (2003)	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
35. Empathique	3,00	0,83	1,62	1,06
54. Attentif	2,98	0,81	2,30	0,96
19. Réceptif	2,95	0,75	1,67	1,07
26. Intéressé	2,89	0,91	2,23	0,99
41. Attentionné	2,69	0,91	2,09	1,06
14. Compatissant	2,68	0,86	2,15	1,05
58. Vue d'ensemble	2,51	0,93	2,13	1,11
6. Solide	2,49	0,91	1,60	1,16
50. Calme	2,47	1,00	2,40	1,06
1. Utile	2,46	0,96	2,11	1,03
20. Objectif	2,43	0,73	1,88	1,01
40. Confiant	2,31	0,89	2,30	1,16
46. Vif d'esprit	2,13	0,97	1,42	1,07
8. Détendu	2,12	1,06	2,07	1,16
2. Content	2,06	0,94	1,56	1,05

33. Important	1,94	1,04	1,35	1,14
4. Enthousiaste	1,85	1,02	1,45	1,07
9. Prudent	1,81	0,98	1,33	1,04
43. En plein contrôle	1,80	0,95	2,02	1,09
12. Affectueux	1,48	1,01	1,86	1,14
23. Maternant	1,34	1,11	1,23	1,18
51. Impuissant	1,08	1,12	0,84	1,04
42. Admiré	1,05	1,02	0,73	0,97
5. Anxieux	0,88	0,92	0,45	0,82
29. Incompétent	0,79	0,95	1,21	1,18
30. Frustré	0,75	1,00	1,07	1,15
17. Fatigué	0,74	0,91	0,56	0,93
16. Surpris	0,73	0,87	0,60	0,90
44. Espiègle/coquin	0,65	0,87	0,29	0,65
49. Bouleversé	0,65	0,89	0,45	0,79
10. Déçu	0,64	0,81	0,49	0,84
3. Fâché	0,61	0,88	0,64	0,95
21. Submergé	0,61	0,82	0,64	0,93
24. Confus	0,61	0,92	0,57	0,88
32. Insécure	0,57	0,79	0,79	0,96
27. Distant	0,54	0,75	0,29	0,64
36. Sur mes gardes	0,53	0,86	1,06	1,17
22. Ennuyé	0,52	0,87	0,58	0,86
28. Triste	0,51	0,75	0,56	0,89
38. Biaisé	0,51	0,69	0,62	0,90
7. Manipulé	0,50	0,84	0,70	1,05
31. Tanné	0,47	0,76	0,67	0,99
57. Contrôlé	0,44	0,89	0,59	0,95
13. Méfiant	0,39	0,75	0,60	0,97
45. Envahi	0,37	0,71	0,39	0,80
25. Embarrassé	0,34	0,66	0,28	0,66
37. Triomphant	0,30	0,61	0,49	0,84
48. Sans importance	0,26	0,68	0,53	0,88
15. Pas aimé	0,25	0,63	0,36	0,77
34. Rejeté	0,25	0,58	0,71	1,03
52. Coupable	0,24	0,57	0,14	0,47
56. Dénigré	0,24	0,66	0,39	0,82
18. Menacé	0,23	0,65	0,40	0,83
47. Vide	0,23	0,61	0,50	0,85
39. Stupide	0,18	0,48	0,26	0,64
55. Dominateur	0,18	0,45	0,64	0,90
11. Indifférent	0,14	0,42	0,38	0,74
53. Englouti	0,14	0,44	0,51	0,90

L'AFE a révélé plusieurs structures possibles, et c'est la structure à six facteurs qui a été choisie pour son adéquation au plan statistique ainsi que sa pertinence théorique et clinique. Présentée au Tableau 2, cette structure explique 48% de la variance et conserve 46 des 58 items originaux. Les six facteurs représentent différents types de réactions affectives

rapportées par les thérapeutes et ont été nommés Méfiant, Confiant, Ennuyé/Indifférent, Content/Admiré, Bouleversé/Triste et Rejeté.

Le premier facteur, Méfiant (12 items), explique 28,9% de la variance et est composé de réactions émotionnelles telles que se sentir sur ses gardes, menacé, méfiant, manipulé et prudent. Le facteur Confiant (10 items) explique 7,6% de la variance et est composé de réactions telles que se sentir en plein contrôle, solide, confiant et de sentir avoir une vue d'ensemble de la situation. Le facteur Ennuyé/Indifférent (9 items) explique 4,1% de la variance et regroupe des réactions telles que se sentir ennuyé ou indifférent, de même qu'inattentif et désintéressé. Le facteur Content/Admiré (7 items) explique 3,2% de la variance et comprend des réactions comme se sentir content ou admiré, mais aussi enthousiaste, triomphant et important. Le facteur Bouleversé/Triste (4 items) explique 2,4% de la variance et est composé de réactions telles que se sentir bouleversé ou triste, de même qu'impuissant et compatissant. Finalement, le facteur Rejeté (4 items) explique 1,9% de la variance et regroupe des réactions telles que se sentir rejeté, sans importance et pas aimé. Tous les facteurs sont de nature unipolaire, à l'exception du facteur Ennuyé/Indifférent qui est de nature bipolaire, allant d'un pôle ennuyé/indifférent à un pôle attentif/intéressé/empathique/réceptif.

Malgré la présence de certains facteurs qui n'expliquent que peu de variance, cette structure représentait le meilleur compromis au plan de la pertinence et de l'interprétabilité des facteurs. En fait, les structures à quatre ou cinq facteurs ne permettaient pas de décrire avec autant de nuances les réactions affectives des thérapeutes, étant composées de facteurs plus généraux, vagues et parfois difficiles à définir. Par exemple, dans la structure à quatre facteurs, les items représentant des réactions positives étaient regroupés sous un seul facteur, plutôt qu'en deux facteurs permettant de distinguer deux types de réactions « positives ». De plus, absent dans les structures de moins de six facteurs, le facteur Rejeté permet de couvrir un type de réaction affective relativement fréquent en clinique et qui est représenté dans la structure de l'équipe de Røssberg (2003) de même que dans les sous-échelles du CTQ (Betan et al., 2005).

Tableau 2
Structure factorielle de la version française du FWC-58

Items	Facteurs					
	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
36. Sur mes gardes	.91	-.05	-.12	-.09	-.14	-.13
18. Menacé	.87	-.18	-.19	.02	-.23	-.07
13. Méfiant	.85	.06	.06	.09	-.18	.01
7. Manipulé	.74	.17	-.09	-.07	-.17	.25
9. Prudent	.61	.13	.09	-.19	.06	-.23
56. Dénigré	.59	.01	-.35	-.15	-.10	.49
24. Confus	.57	-.29	.05	.18	.06	-.01
21. Submergé	.57	.03	.18	-.04	.18	-.18
3. Fâché	.49	.21	.12	-.11	-.00	.34
57. Contrôlé	.43	-.01	-.05	.01	-.04	.34
53. Englouti	.42	-.09	.12	.01	.14	-.14
5. Anxieux	.41	-.32	.04	.08	.20	-.08
43. En plein contrôle	-.08	.71	.08	.19	-.03	.17
6. Solide	-.02	.62	-.02	.22	-.01	.02
40. Confiant	-.06	.61	-.07	.23	-.01	.07
58. Vue d'ensemble	.02	.60	-.17	.03	.04	-.05
46. Vif d'esprit	.18	.58	-.21	.24	-.10	.18
50. Calme	-.17	.55	.14	.07	-.02	-.06
20. Objectif	.17	.52	.00	-.00	-.26	-.00
32. Insécure	.21	-.48	-.18	.11	.29	.11
8. Détendu	-.14	.44	-.07	.26	-.16	.11
39. Stupide	.25	-.41	.18	.27	-.07	.13
22. Ennuyé	.09	.13	.88	.16	.04	-.12
11. Indifférent	-.19	-.05	.74	.33	-.14	.12
54. Attentif	.02	.19	-.69	.06	.18	.08
26. Intéressé	-.01	.13	-.62	.17	.22	.13
35. Empathique	.03	.19	-.60	.03	.14	-.09
19. Réceptif	.04	.34	-.57	.07	.07	-.03
17. Fatigué	.25	.04	.53	-.05	.23	-.30
31. Tanné	.29	.15	.53	.02	.06	.20
47. Vide	-.25	-.09	.46	.02	.42	.17
2. Content	-.13	.08	-.03	.64	-.13	-.06
42. Admiré	.08	.29	.28	.61	-.07	.01
4. Enthousiaste	-.11	-.05	-.18	.59	-.15	.07
37. Triomphant	-.01	.17	.22	.52	-.07	.11
33. Important	.03	.37	.08	.48	-.01	-.04
44. Espiègle	.10	.00	.05	.47	-.04	.01
12. Affectueux	-.06	-.11	-.22	.41	.25	-.12
49. Bouleversé	.02	-.11	-.28	-.05	.71	.13
28. Triste	-.18	-.13	-.05	-.12	.70	.01
51. Impuissant	-.04	-.08	.06	-.24	.48	.24
14. Compatissant	.05	.31	-.30	.11	.44	-.21
34. Rejeté	.06	.05	-.07	.05	.04	.82
48. Sans importance	-.17	-.04	.09	-.02	.22	.74
15. Pas aimé	.18	.03	.12	.12	-.06	.61
30. Frustré	.31	.14	.07	-.20	.18	.40

Note. Seulement les items avec un indice de saturation factorielle >.40 sont présentés.

Pour ce qui est des statistiques descriptives des six facteurs, le facteur Confiant a le score moyen le plus élevé ($M = 1,95$; $ÉT = 0,61$), suivi des facteurs Content/Admiré ($M = 1,33$; $ÉT = 0,61$), Bouleversé/Triste ($M = 1,23$; $ÉT = 0,58$), Ennuyé/Indifférent ($M = 0,64$; $ÉT = 0,54$), Méfiant ($M = 0,58$; $ÉT = 0,55$), et finalement le facteur Rejeté qui a le score moins le moins élevé ($M = 0,38$; $ÉT = 0,59$). En comparaison, Dahl et ses collègues (2012) présentent des scores moyens moins élevés pour leurs sous-échelles : *Parental* ($M = 0,62$; $ÉT = 0,69$), *Confident* ($M = 0,32$; $ÉT = 0,42$), *Disengaged* ($M = 0,18$; $ÉT = 0,32$) et *Inadequate* ($M = 0,14$; $ÉT = 0,25$).

La consistance interne des facteurs, mesurée par alpha de Cronbach, est acceptable. Les alphas sont de 0.89 pour Méfiant, 0.88 pour Confiant, 0.87 pour Ennuyé/Indifférent, 0.77 pour Content/Admiré, 0.5 pour Bouleversé/Triste et 0.8 pour Rejeté.

Corrélations entre les facteurs

Le Tableau 3 présente les corrélations entre les six facteurs. Toutes les corrélations sont significatives, sauf une (-,07), et plusieurs d'entre elles sont grandes, comme la corrélation positive entre les facteurs Méfiant et Rejeté de même que la corrélation négative entre les facteurs Confiant et Ennuyé/Indifférent.

Tableau 3
Corrélations entre les facteurs du FWC-58

	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
Méfiant	---					
Confiant	-,53**	---				
Ennuyé/Indifférent	,52**	-,64**	---			
Content/Admiré	-,33**	,54**	-,46**	---		
Bouleversé/Triste	,34**	-,27**	,20**	-,07	---	
Rejeté	,70**	-,51**	,55**	-,39**	,31**	---

** $p < 0,01$.

Corrélations avec les autres structures

Les Tableaux 4 et 5 présentent les corrélations entre les six facteurs de la version française et les facteurs de la version originale de l'instrument tirés du travail des équipes de Dahl (2012) et de Røssberg (2003). La grande majorité des corrélations sont significatives et bon nombre d'entre elles sont grandes, particulièrement les corrélations

entre des facteurs sémantiquement similaires tels que *Confiant* et *Confident*, *Méfiant* et *On Guard*, *Ennuyé/Indifférent* et *Bored*, *Content/Admiré* et *Important*.

Tableau 4
Corrélations entre les facteurs et ceux de Dahl et al., 2012

	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
<i>Confident</i>	-,51**	,92**	-,76**	,71**	-,21**	-,55**
<i>Inadequate</i>	,86**	-,67**	,60**	-,33**	,57**	,75**
<i>Disengaged</i>	,58**	-,50**	,87**	-,32**	,29**	,56**
<i>Parental</i>	-,15*	,35**	-,27**	,73**	,20**	-,26**

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$.

Tableau 5
Corrélations entre les facteurs et ceux de Røssberg et al., 2003

	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
<i>Important</i>	-,42**	,75**	-,67**	,88**	-,00	-,51**
<i>Confident</i>	-,50**	,97**	-,69**	,55**	-,22**	-,49**
<i>Rejected</i>	,69**	-,50**	,49**	-,18**	,27**	,85**
<i>On Guard</i>	,92**	-,56**	,47**	-,27**	,37**	,59**
<i>Bored</i>	,58**	-,53**	,90**	-,33**	,33**	,58**
<i>Overwhelmed</i>	,88**	-,49**	,49**	-,22**	,44**	,63**
<i>Inadequate</i>	,56**	-,60**	,51**	-,33**	,85**	,58**

** $p < 0,01$.

Validité convergente

Le Tableau 6 présente les corrélations entre les six facteurs de la version française et les facteurs du CTQ (Betan et al., 2005). Presque toutes les corrélations sont significatives et plusieurs d'entre elles sont grandes. Parmi ces dernières, le facteur *Méfiant* est associé positivement et de manière importante aux facteurs *Overwhelmed/Disorganised*, *Helpless/Inadequate* et *Criticized/Mistreated*. Le facteur *Ennuyé/Indifférent* est corrélé positivement aux facteurs *Disengaged* et *Helpless/Inadequate*. Le facteur *Content/Admiré* est associé positivement au facteur *Positive*. Le facteur *Rejeté* quant à lui est corrélé positivement aux facteurs *Criticized/Mistreated* et *Overwhelmed/Disorganised*.

Tableau 6
Corrélations entre les facteurs du FWC-58 et ceux du CTQ

	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
<i>Overwhelmed/Disorganised</i>	,79**	-,48**	,53**	-,36**	,24**	,69**
<i>Helpless/Inadequate</i>	,70**	-,63**	,63**	-,40**	,46**	,63**
<i>Positive</i>	-,41**	,54**	-,60**	,74**	-,04	-,41**
<i>Special/Overinvolved</i>	,39**	-,26**	,23**	,04	,27**	,29**
<i>Sexualised</i>	,22**	-,16*	,11	,14*	,16*	,26**
<i>Disengaged</i>	,58**	-,49**	,69**	-,36**	,18**	,59**
<i>Parental/Protective</i>	-,01	,15*	-,17**	,36**	,37**	-,08
<i>Criticized/Mistreated</i>	,70**	-,46**	,43**	-,41**	,16*	,79**

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$.

Validité clinique

Le Tableau 7 présente les corrélations entre les six facteurs et d'autres variables cliniques évaluées par les thérapeutes de l'échantillon. La majorité des corrélations sont significatives et certaines sont moyennes et grandes. Le niveau de fonctionnement de la personnalité est corrélé avec différents facteurs du FWC-58 et ce, de manière plus importante et significative que le niveau de fonctionnement global (mesuré par l'ÉGF). En effet, le niveau de fonctionnement de la personnalité est corrélé négativement aux facteurs Méfiant et Rejeté, et positivement aux facteurs Confiant et Content/Admiré. Plus spécifiquement, la personnalité narcissique, évaluée par la présence de traits ou d'un trouble, est associée positivement aux facteurs Méfiant et Rejeté ainsi que négativement au facteur Confiant. La personnalité limite est quant à elle associée aux mêmes types de réactions des thérapeutes, mais de manière moins importante. Pour leur part, Dahl et ses collègues (2012) n'ont pas étudié les traits ou les troubles de la personnalité spécifiques, mais plutôt le niveau de dysfonctionnement de la personnalité en utilisant la somme des critères diagnostiques cotés au SCID-II; ce score était corrélé négativement avec les sous-échelles *Confident* ($r = -0,40$; $p < 0,01$) et *Disengaged* ($r = -0,37$; $p < 0,01$). Par ailleurs, ils n'ont pas trouvé d'association significative entre leurs sous-échelles et l'ÉGF ou le score à une échelle de symptômes psychiatriques.

Tableau 7

Corrélations entre les facteurs du FWC-58 et d'autres variables cliniques

	Méfiant	Confiant	Ennuyé/ Indifférent	Content/ Admiré	Bouleversé/ Triste	Rejeté
ÉGF	-,24**	,08	-,02	,20**	-,18**	-,12
NFP	-,39**	,23**	-,18**	,24**	-,09	-,25**
P. Paranoïaque	,34**	-,23**	,16*	-,23**	,17**	,24**
P. Antisociale	,31**	-,11	,05	-,17**	-,01	,11
P. Limite	,41**	-,24**	,20**	-,28**	,14*	,29**
P. Narcissique	,53**	-,37**	,30**	-,28**	,01	,46**

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$. ÉGF = Évaluation globale du fonctionnement. NFP = Niveau de fonctionnement de la personnalité. Seuls les types de personnalité avec lesquels une corrélation significative de plus de 0.30 a été observée ont été inclus.

Il est à noter qu'aucune corrélation significative n'a été observée entre les facteurs du FWC-58 et la présence de troubles de l'Axe I évalués par le thérapeute. Il en va de même pour les caractéristiques sociodémographiques du patient, telles que l'âge, le sexe et le niveau de scolarité. Par ailleurs, certaines corrélations significatives ont été observées entre les facteurs de l'instrument et le nombre d'années d'expérience du thérapeute. En fait, l'expérience du thérapeute est corrélée positivement aux facteurs Confiant ($r = 0,30; p < 0,01$) et Content/Admiré ($r = 0,15; p < 0,05$), ainsi que négativement aux facteurs Ennuyé/Indifférent ($r = -0,23; p < 0,01$), Rejeté ($r = -0,22; p < 0,01$) et Méfiant ($r = -0,19; p < 0,01$).

Discussion

La version française du FWC-58 et ses sous-échelles

Dans la présente étude de traduction et de validation, 46 items de notre version française du FWC-58 constituent six sous-échelles qui sont conceptuellement cohérentes, statistiquement satisfaisantes et cliniquement pertinentes. Représentant différents types de réactions affectives auxquelles un thérapeute peut faire face au cours d'une séance de psychothérapie, ces sous-échelles ont été nommées : Méfiant, Confiant, Ennuyé/Indifférent, Content/Admiré, Bouleversé/Triste et Rejeté.

Ces sous-échelles s'apparentent à certaines de celles obtenues dans le cadre d'autres études empiriques menées avec la version originale du FWC-58. En effet, plusieurs d'entre elles sont corrélées de manière significative avec des échelles similaires au plan conceptuel, telle que la sous-échelle *Confident*, présente dans les structures de Dahl (2012) et de Røssberg (2003). Dans le même ordre d'idées, plusieurs autres (Méfiant, Ennuyé/Indifférent, Content/Admiré, Rejeté) concordent clairement avec les sous-échelles conceptuellement similaires présentées par Røssberg et ses collègues (2003), soit *On guard*, *Bored*, *Important* et *Rejected*. Ces résultats viennent soutenir la validité des sous-échelles trouvées, plus similaires aux sept de Røssberg (2003) qu'aux quatre de Dahl (2012). En effet, contenant moins de sous-échelles, la structure choisie par Dahl et ses collègues permet moins de nuances dans l'évaluation des réactions affectives des thérapeutes et risque donc de moins bien dépeindre les réactions négatives du thérapeute, plus particulièrement celles teintées d'agressivité ou d'hostilité, telles que de la méfiance, de la frustration ou de la colère. Au plan de la variance totale expliquée, les sous-échelles obtenues dans l'étude actuelle (48 %) sont comparables à celles des équipes de Røssberg (53 %; 2003) et de Dahl (41 %; 2012).

Dans l'ordre, les thérapeutes de l'échantillon ont surtout rapporté se sentir confiants ($M = 1,95$; $ÉT = 0,61$), contents ou admirés ($M = 1,33$; $ÉT = 0,61$), bouleversés ou tristes ($M = 1,23$; $ÉT = 0,58$), ennuyés ou indifférents ($M = 0,64$; $ÉT = 0,54$), méfiants ($M = 0,58$; $ÉT = 0,55$), puis finalement rejetés ($M = 0,38$; $ÉT = 0,59$). Il est donc possible de faire l'hypothèse que les thérapeutes ont davantage tendance à rapporter ou à divulguer des réactions affectives « positives ». Cela peut également être observé plus spécifiquement

dans les moyennes des réponses aux items, démontrant que les réactions positives sont les plus rapportées (p. ex., se sentir empathique, attentif, réceptif, intéressé). Cela dit, s'ajoutant aux différences observées dans les scores moyens aux items avec l'étude de Røssberg et al. (2003; voir Tableau 1), les scores moyens aux différents facteurs sont aussi élevés lorsque comparés à ceux obtenus par Dahl et son équipe (2012) : *Parental* ($M = 0,62$; $ÉT = 0,69$), *Confident* ($M = 0,32$; $ÉT = 0,42$), *Disengaged* ($M = 0,18$; $ÉT = 0,32$) et *Inadequate* ($M = 0,14$; $ÉT = 0,25$). Pour tenter de comprendre leurs résultats, ceux-ci ont émis l'hypothèse que les thérapeutes auraient pu être influencés par les consignes du questionnaire, ayant opté pour y inscrire seulement « *Countertransference* », comparativement à une consigne plus claire et élaborée telle que « Quand je suis en séance avec ce patient, je me sens... ». D'après eux, cela aurait pu avoir un impact sur leur manière de répondre au questionnaire, par exemple en ne rapportant pas toutes leurs réactions affectives, mais seulement les plus intenses ou inhabituelles, ou encore celles qu'ils croyaient causées spécifiquement par le patient et son transfert (définition plus étroite du CT). Ainsi, leurs réponses ont pu être influencées par leur conception personnelle de ce qu'est le CT, ce qui vient appuyer le regard porté sur les enjeux associés à l'étude des réactions des thérapeutes et/ou du CT, abordés dans l'introduction ainsi que dans la section à venir sur les considérations méthodologiques. Dans un autre ordre d'idées, en réfléchissant à ce qui pourrait avoir contribué aux différences observées entre les échantillons norvégiens et l'échantillon québécois de l'étude actuelle, il est aussi possible d'émettre l'hypothèse qu'il pourrait y avoir une différence interculturelle dans la manière de ressentir et/ou de rapporter les réactions affectives.

Par ailleurs, plusieurs corrélations claires sont observées entre les facteurs du FWC-58. Dans l'ensemble, les réactions affectives « négatives » (méfiant, ennuyé/indifférent, bouleversé/triste, rejeté) sont corrélées positivement entre elles et négativement avec les réactions « positives » (confiant, content/admiré), et vice-versa. Ces analyses corrélationnelles ne permettent pas de savoir si un type de réactions affectives entraîne un autre, mais plutôt de déterminer les types de réactions qui tendent à apparaître ou non au cours d'une même séance. Cela dit, parmi les associations les plus importantes, les réactions de méfiance et de rejet sont très positivement corrélées, alors que les réactions de confiance et d'ennui ou d'indifférence le sont négativement. Seul le facteur

Bouleversé/Triste entretient des corrélations plutôt faibles avec les autres facteurs et en outre, il n'est pas du tout corrélé au facteur Content/Admiré. Comparativement, Dahl et ses collègues (2012) ont observé une seule corrélation plutôt faible parmi leurs quatre facteurs, ceux-ci paraissant plus distincts et indépendants. Par ailleurs, Røssberg et ses collègues (2003) ont observé des corrélations entre leurs sept facteurs très similaires à celles rapportées dans la présente étude, faisant également la distinction entre les réactions « positives » (*important, confident*) et « négatives » (*rejected, on guard, bored, overwhelmed, inadequate*).

Pour ce qui est de la validité convergente, la majorité des corrélations entre les facteurs du FWC-58 et les sous-échelles du CTQ (Betan et al., 2005) sont significatives et plusieurs d'entre elles sont grandes. En effet, les facteurs Méfiant et Rejeté sont corrélés positivement et de manière importante avec différentes sous-échelles de réactions « négatives » (*Overwhelmed/Disorganised, Helpless/Inadequate, Criticized/Mistreated*). Le facteur Ennuyé/Indifférent est associé positivement aux sous-échelles *Disengaged* et *Helpless/Inadequate*, alors que le facteur Content/Admiré est corrélé positivement au facteur *Positive*. Il est intéressant de constater l'importance des associations entre les facteurs apparentés considérant que le CTQ est un questionnaire plus imposant qui évalue les réactions affectives, mais aussi cognitives et comportementales des thérapeutes. Par ailleurs, il est aussi possible d'observer que certains facteurs du CTQ ne sont pas franchement représentés par ceux du FWC-58, dont *Special/Overinvolved, Sexualised* et *Parental/Protective*. Ceci dit, de plus amples analyses seraient toutefois requises afin de comparer l'efficacité prédictive de ces deux instruments. Il est néanmoins possible de penser que la mesure plus succincte des réactions affectives offre en soi une option intéressante dans le cadre de la recherche clinique.

Le niveau de fonctionnement de la personnalité des patients présente des relations plus fortes et significatives avec les réactions affectives des thérapeutes que leur niveau de fonctionnement global (ÉGF). Plus précisément, plus la pathologie de la personnalité du patient est sévère, plus le thérapeute tend à se sentir méfiant et rejeté, et moins il tend à se sentir confiant, content et admiré. Cela va partiellement dans le sens des résultats présentés par Dahl et ses collègues (2012) qui ont aussi observé que plus la pathologie de la

personnalité du patient était sévère, moins le thérapeute se sentait en contrôle, vif d'esprit et attentif. Par contre, ceux-ci n'ont pas observé d'association avec des réactions négatives telles que se sentir anxieux, menacé ou stupide. Cet écart pourrait être attribuable à une différence au plan de la sévérité des patients des deux échantillons, Dahl et son équipe soulignant le niveau relativement faible de sévérité des patients de leur échantillon. Pour ce qui est des traits et des troubles spécifiques de la personnalité, il est important d'interpréter avec prudence les corrélations obtenues vu le peu de variance sur ces variables dans l'échantillon actuel. Cela dit, la personnalité narcissique du patient est celle qui entretient les relations les plus significatives avec les réactions des thérapeutes. En effet, face aux patients plus narcissiques, les thérapeutes tendent à se sentir moins confiants de même que plus méfiants, rejetés, ennuyés et indifférents. Les traits ou troubles de la personnalité limite sont quant à eux associés aux mêmes types de réactions, mais de manière moins importante. Ces deux types de personnalité semblent contribuer à l'émergence de réactions affectives à la fois importantes et multiples chez les thérapeutes, un phénomène qui a été observé par d'autres chercheurs (p. ex., Betan & Westen, 2009; Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingardi, 2014). Par comparaison, la personnalité antisociale du patient est essentiellement associée à une réaction de méfiance du thérapeute. Somme toute, ces résultats sont en quelque sorte cohérents avec la définition même du trouble de la personnalité qui est une pathologie relationnelle, entre autres marquée par la présence de mécanismes de défenses primitifs, de même que d'une instabilité affective et interpersonnelle importante (Oldham, Skodol, & Bender, 2009). De surcroît, ces résultats viennent également appuyer la pertinence de s'intéresser aux réactions des thérapeutes dans le cadre de l'évaluation et du traitement de ces patients (Colli & Ferri, 2015).

Contrairement à la pathologie de la personnalité, il n'y a aucune corrélation entre les facteurs du FWC-58 et la présence de troubles de l'Axe I évalués par le thérapeute. En effet, les réactions affectives rapportées par les thérapeutes seraient davantage associées aux caractéristiques personnologiques, et donc possiblement relationnelles, des patients qu'à leurs symptômes anxieux ou dépressifs par exemple. Ces résultats viennent donc appuyer la croyance partagée par bien des cliniciens que le traitement des patients souffrant de troubles de la personnalité est considéré comme l'un des plus ardues et exigeants pour les thérapeutes. Il n'y a également aucune corrélation entre les facteurs et les caractéristiques

sociodémographiques du patient comme l'âge, le sexe et niveau de scolarité, ce qui vient aussi appuyer l'importance de la personnalité du patient dans le type ou l'intensité des réactions affectives qu'il suscite.

Finalement, l'expérience du thérapeute semble avoir un impact modeste, mais significatif sur ses réactions affectives durant les séances. En effet, le nombre d'années d'expérience en pratique clinique serait associé à plus de réactions positives (p. ex., se sentir en contrôle, solide, confiant, content, admiré, enthousiaste) et moins de réactions négatives (p. ex., se sentir ennuyé, indifférent, inattentif, rejeté, sans importance, méfiant, sur ses gardes). Il est possible d'émettre l'hypothèse que les thérapeutes plus expérimentés ressentent ou rapportent moins de réactions affectives négatives ou gênantes. Il demeure toutefois difficile de départager si ces différences sont attribuables à ce qu'ils ressentent ou à ce qu'ils rapportent, pouvant plus ou moins consciemment éviter de rapporter des réactions affectives négatives qui pourraient être mal perçues pour un clinicien d'expérience. Il pourrait également être intéressant de contrôler pour la sévérité de la pathologie du patient afin de déterminer si les thérapeutes plus expérimentés sont en quelque sorte moins sensibles ou réactifs en général, mais arrivent tout de même à identifier des réactions affectives plus négatives lorsqu'ils sont face à des patients difficiles.

Considérations méthodologiques à propos du FWC-58

Fidélité. Le FWC-58 n'est pas un questionnaire qui se prête à la vérification de sa fidélité temporelle (ou test-retest), puisqu'il vise à permettre au thérapeute d'évaluer comment il s'est senti au cours d'un moment unique, soit une séance spécifique, avec un patient spécifique. Les réactions affectives que le thérapeute rapporte à ce moment-là sont en quelque sorte le produit unique d'une interaction complexe entre son patient et lui, considérant qu'un autre thérapeute pourrait réagir de manière différente, même s'il partage par exemple un niveau d'expérience et une orientation théorique similaires. Par ailleurs, le FWC-58 ne se prête pas non plus à la vérification de sa fidélité inter-juges vu la nature personnelle et subjective des réactions affectives. En fait, il faudrait que deux thérapeutes vivent exactement les mêmes réactions affectives, ce qui serait tout aussi improbable que difficile à mesurer. De plus, même si un autre thérapeute peut vivre des réactions affectives relativement similaires, il peut ne pas les rapporter de la même manière au moment de

répondre aux questions. À cela vient s'ajouter le fait qu'un seul et même thérapeute peut ne pas être très « fidèle » dans sa manière de répondre au questionnaire d'une séance à l'autre, pouvant être plus ou moins pressé, fatigué, attentif à ses réactions, etc.

Échelle de Likert. Pour faire suite au commentaire sur la fidélité du FWC-58, son échelle de Likert allant de 0 à 4 peut également être comprise et utilisée de différentes manières par les thérapeutes, en fonction de seuils de sensibilité différents par exemple. Tout comme les réactions affectives rapportées, les scores sont en fait possiblement affectés par la subjectivité et le style de réponse des thérapeutes, certains pouvant par exemple avoir tendance à utiliser des scores plus ou moins élevés pour rendre compte de leurs réactions. En ce sens, Dahl et son équipe (2012) avaient rapporté certains problèmes associés à la manière de répondre au questionnaire, entre autres parce que certains thérapeutes avaient seulement répondu aux items qu'ils trouvaient pertinents par rapport à la séance en question. Par contre, dans la présente étude, l'utilisation d'une plateforme électronique forçant les participants à donner une réponse à chacune des questions a permis d'éviter ce problème. Cela dit, afin de contrôler au moins en partie une variabilité dans les scores qui serait attribuable à la manière de répondre au FWC-58, il semble donc important de présenter des consignes claires et précises préalables à la complétion du questionnaire. Somme toute, comparativement à une échelle dichotomique (oui/non), l'utilisation d'une échelle de Likert offre la possibilité au thérapeute de rendre compte de l'intensité ou de l'importance de chacune des réactions affectives qu'il rapporte.

Validité de construit. Il est important de rappeler que le FWC-58 n'est pas un questionnaire qui a la prétention de mesurer le CT. Comme mentionné en introduction, il y a un grand nombre de livres et d'articles abordant le CT, mais aucune définition claire du concept ne fait l'unanimité auprès des auteurs du domaine. Le FWC-58 n'est pas une mesure du CT, mais bien une mesure des réactions affectives subjectives du thérapeute au cours d'une séance de psychothérapie, ne couvrant donc ni les éléments inconscients, ni les réactions cognitives ou comportementales du thérapeute. Par contre, le FWC-58 inclut également certains mots s'apparentant à des attitudes (p. ex., maternant(e), sur mes gardes, empathique, objectif/ve) ou des comportements (p. ex., fatigué(e), attentionné(e), attentif/ve) qui sont généralement compris comme étant des manifestations du CT. En fait,

cela pourrait contribuer aux importantes corrélations observées entre certains facteurs du FWC-58 et certaines sous-échelles du CTQ, qui lui inclut plus directement les émotions, pensées, attitudes et comportements du thérapeute envers son patient. Il est également important de préciser que ce sont les appréciations subjectives de ses réactions affectives qui sont mesurées, le thérapeute ne pouvant pas exercer un regard et un jugement pleinement objectifs sur ses réactions. À cela vient s'ajouter certains enjeux autour de ce dont le thérapeute se souvient de la séance ainsi que ce qu'il décide ou non de rapporter comme réactions. En fait, les réactions du thérapeute peuvent varier, fluctuer ou évoluer au cours d'une séance, de même qu'après celle-ci, ce qui peut compliquer la tâche de rappel de ces réactions. De plus, il est possible que le thérapeute se rappelle davantage des réactions qui auraient marqué le début (effet de primauté) ou la fin de la séance (effet de récence), ou les réactions plus intenses qui auraient pu l'ébranler particulièrement. Par ailleurs, le FWC-58 n'est pas sous la forme d'un rappel libre, mais plutôt d'une tâche de reconnaissance où chaque item peut l'aider à se remémorer des réactions qui auraient pu émerger au cours de la séance, ce qui peut limiter l'impact de ces biais. Un autre biais qui peut avoir un impact lors de la complétion du questionnaire est celui de la désirabilité sociale, les participants à une étude ayant tendance à rapporter ce qu'ils croient être acceptable ou attendu dans la situation (Podsakoff, MacKenzie, & Podsakoff, 2012). En effet, les réactions les plus rapportées par les thérapeutes de l'échantillon (se sentir empathique, attentif, réceptif, intéressé, etc.) semblent aller dans le sens de ce qui serait attendu voire idéal dans un contexte de psychothérapie. Cela dit, il est possible de faire l'hypothèse que certaines réactions sont plus gênantes à rapporter (s'être senti coupable, stupide, dominateur, indifférent, etc.), ce qui peut avoir contribué au fait qu'elles font partie des réactions les moins rapportées du questionnaire. Dans un même ordre d'idées, parmi les réactions plus gênantes à partager pour un thérapeute, le FWC-58 n'inclut pas d'item abordant des réactions érotisées ou sexualisées. Considérant l'importance à la fois historique et actuelle des enjeux de séduction et de sexualisation dans le cadre de la relation thérapeutique (Gabbard, 2010), il serait pertinent au plan clinique d'inclure ce type de réactions dans le FWC-58, d'autant plus que d'autres instruments comme le CTQ le font. Somme toute, il est évident que le FWC-58 ne couvre pas toutes les réactions affectives possibles ; par contre, à ce chapitre, aucun instrument de mesure ne peut prétendre à l'exhaustivité, tant les

expériences émotionnelles des êtres humains semblent complexes, subjectives et possiblement en partie idiosyncratiques.

Limites

La principale limite de l'étude est l'utilisation unique d'une méthode autorapportée afin de récolter les données. En effet, comme les thérapeutes de l'échantillon représentent la seule source d'information, celle-ci est soumise à différents biais. Malgré la formation clinique et le niveau d'expérience des thérapeutes de l'échantillon, il est raisonnable de penser qu'ils ne peuvent pas rapporter toutes les réactions affectives qui sont survenues au cours d'une séance, pouvant ne pas s'en souvenir, ne pas y avoir été attentifs ou ne pas avoir envie de partager certaines d'entre elles. En ce sens, en observant les moyennes des réponses aux items, il est possible de faire l'hypothèse que les thérapeutes ont moins tendance à rapporter des réactions affectives négatives ou empreintes d'agressivité; ce phénomène a également été observé par les équipes de Dahl (2012) et de Røssberg (2003). De plus, comparativement à certaines études menées directement dans les milieux cliniques, le fait de ne pas avoir pu contrôler le moment de passation du questionnaire par rapport au moment de la séance évaluée amène un questionnement sur l'impact potentiel de la variance du délai de rappel sur la qualité des données amassées. Il demeure toutefois difficile de contrôler pour cette variable, n'ayant pas d'information sur la durée de ce délai.

De plus, l'utilisation unique d'un questionnaire après la séance évaluée ne permet pas de connaître et de considérer l'état affectif dans lequel le thérapeute se trouve préalablement à la séance en question, ce qui s'avère être une donnée pertinente selon les résultats de l'étude récente de Chui et ses collègues (2016). Il est aussi important de préciser que cette étude, de même que le FWC-58 en tant que tel, s'intéressent spécifiquement aux réactions affectives accessibles à la conscience des thérapeutes. Cela dit, l'étude actuelle n'a pas la prétention d'étudier le phénomène de CT dans son ensemble, mais bien les réactions affectives rapportées par les thérapeutes, représentant à la fois une dimension du CT et une variable à part entière.

Dans ce genre d'étude clinique, les limites les plus répandues sont habituellement les petites tailles des échantillons ainsi que l'interdépendance des données. En effet, les études cliniques sur la psychothérapie portent souvent des échantillons modestes et celles

qui arrivent à présenter des échantillons plus substantiels le font souvent aux dépens de l'indépendance des données (p. ex., en faisant appel à un petit groupe de thérapeutes qui répondent plusieurs fois pour un certain nombre de leurs patients et ce, suite à un certain nombre de séances). La présente étude s'appuie quant à elle sur 236 observations totalement indépendantes, chacune d'entre elles représentant une dyade thérapeutique et une séance uniques. Quant à la taille d'échantillon requise afin d'obtenir une structure factorielle stable, de nombreux auteurs ont longtemps débattu sur les critères à privilégier (Arrindell & van der Ende, 1985). Cela dit, un critère qui fait consensus auprès de plusieurs auteurs et statisticiens est un ratio minimum de 20 sujets par facteur de la structure finale; avec près de 40 sujets par facteur, la taille de l'échantillon actuel semble satisfaisante. Il est toutefois à noter qu'un échantillon plus grand aurait permis d'effectuer des analyses supplémentaires qui nécessitent de scinder l'échantillon, afin de contrôler pour certaines variables par exemple. Une autre limite fréquente de ce type d'étude est liée à la représentativité de l'échantillon. Par contre, l'étude actuelle bénéficie d'un échantillon suffisamment grand et proportionnel quant à ses principales caractéristiques, soit le genre, l'orientation théorique et le nombre d'années d'expérience des thérapeutes. Pour ce qui est des patients choisis par les thérapeutes de l'échantillon, ils sont très majoritairement blancs (94,5 %) et la plupart sont vus dans un contexte de pratique privée (83,9 %), mais leurs caractéristiques (genre, âge, durée du traitement, psychopathologie, etc.) semblent également satisfaisantes au plan de la représentativité. Cela dit, il serait pertinent de reproduire cette étude auprès d'échantillons divers afin d'observer les différences qui pourraient apparaître quant aux résultats obtenus.

Recherche future

Ces résultats encourageants quant aux qualités psychométriques ainsi qu'à la simplicité d'utilisation du FWC-58 ouvrent la porte à de nouvelles avenues de recherche à considérer afin d'étayer notre compréhension de phénomènes cliniques complexes. Parmi ces avenues, il pourrait être pertinent d'étudier l'émergence, les fluctuations ou l'évolution des réactions affectives du thérapeute au fil d'une psychothérapie. Cela pourrait se faire en utilisant un instrument de mesure comme le FWC-58 suite à chaque séance ou de manière ponctuelle à différentes étapes ou phases du traitement par exemple. Il pourrait également être intéressant de mesurer les affects avant et après chaque séance afin d'examiner plus en

détail les fluctuations au cours d'une même séance, comme l'ont fait tout récemment Chui et ses collègues (2016) en étudiant du même coup les interactions entre les affects du thérapeute et de son patient.

Une autre avenue de recherche intéressante serait celle de la comparaison de différentes mesures des réactions du thérapeute, comme le FWC-58 et le CTQ, quant à leur valeur prédictive face à des variables cliniques pertinentes telles que l'efficacité du traitement, la qualité de l'alliance thérapeutique, la présence de traits ou de troubles de la personnalité du patient, etc. Pour ce qui est des réactions affectives spécifiquement, il pourrait aussi être intéressant d'évaluer la valeur ajoutée du FWC-58 comparativement à un instrument visant à mesurer l'état affectif n'étant pas spécialement conçu pour le contexte clinique, tel que le PANAS (Watson & Clark, 1999). En ce sens, il pourrait être intéressant de comparer les différents instruments selon leur taille ou leur exhaustivité, mais également selon les dimensions du CT qu'ils tentent de couvrir (réactions affectives, réactions comportementales, réactions cognitives, etc.). Cela pourrait permettre de mieux comprendre la nature et l'importance de l'impact des réactions du thérapeute sur le cours d'une évaluation et d'un suivi psychologique. Par ailleurs, il pourrait également s'avérer éclairant de mesurer l'évolution au fil d'une psychothérapie des relations entre les réactions des thérapeutes et différentes variables cliniques comme celles mentionnées plus haut.

Finalement, une autre avenue de recherche qui permettrait d'approfondir notre compréhension du phénomène plus global de CT serait d'étudier les relations entre ses différentes dimensions; par exemple, la relation entre les réactions subjectives rapportées par les thérapeutes ainsi que leurs réactions « objectives » mesurées par d'autres méthodes, comme la cotation par des observateurs externes qui auraient accès aux enregistrements des séances. Cela pourrait également être fait en étudiant et en comparant le contenu de certaines rencontres où certains types de réactions spécifiques sont rapportés, tant par des méthodes quantitatives que qualitatives. Cette dernière avenue représente toutefois un défi de taille au plan méthodologique.

Conclusion

Cette étude met en lumière des sous-échelles cliniquement significatives qui bénéficient de qualités psychométriques satisfaisantes, faisant de la version française du FWC-58 un outil à la fois simple et informatif pour l'avancement de la recherche sur la psychothérapie auprès d'une population francophone.

Outre la démarche de traduction et de validation métrologique du FWC-58, les résultats obtenus se joignent à ceux d'autres études venant mettre de l'avant la pertinence clinique et théorique de s'intéresser aux réactions conscientes et subjectives des thérapeutes (p. ex., Hayes, Gelso, & Hummel, 2011; Schut et al., 2005). En effet, ces réactions semblent entretenir des relations significatives avec plusieurs variables d'intérêt telles que le niveau de fonctionnement ainsi que les traits ou les troubles de la personnalité des patients. Les résultats de la présente étude abondent dans le sens des conceptualisations contemporaines de la psychothérapie qui soutiennent l'importance de la relation qui se développe entre le thérapeute et son patient. Cela vient s'ajouter aux études empiriques récentes ayant constaté que le fait d'intégrer à la psychothérapie une discussion entre le thérapeute et le patient sur ce qui se passe entre eux dans la relation thérapeutique semble avoir un impact positif sur l'efficacité du traitement, plus particulièrement pour les patients souffrant de troubles de la personnalité (Høglend et al., 2006, 2008; Johansson et al., 2010).

En définitive, le FWC-58 offre une simplicité d'utilisation qui facilite l'étude empirique de phénomènes cliniques complexes comme le CT. Cela dit, davantage de recherche permettrait d'identifier des liens plus spécifiques entre l'efficacité de la thérapie et l'attention portée aux réactions affectives ou plus globales des thérapeutes. Dans la poursuite de cet objectif, un défi important est celui de tenir compte de la multitude de variables à considérer dans le cadre de l'étude de la psychothérapie (alliance thérapeutique, techniques utilisées, résistance, caractéristiques du patient et du thérapeute, etc.).

Bibliographie

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality and psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic press.
- Arrindell, W. A., & Van der Ende, J. (1985). An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and components analysis. *Applied Psychological Measurement, 9*, 165-178.
- Betan, E., 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*, 890-898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890
- Betan, E., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. Dans R. A. Levy & A. J. Stuart (Éds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ: Humana Press. doi:10.1007/978-1-59745-444-5_8
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research, 20*, 680-691.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 194-220). New York, NY: Wiley.
- Chui, H., Hill, C. E., Kline, K., Kuo, P., & Mohr, J. J. (2016). Are You in the Mood? Therapist Affect and Psychotherapy Process. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 405-418.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 171*, 102-108.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current opinion in psychiatry, 28*, 46-56.
- Colli, A., Speranza, A. M., Lingiardi, V., Gentile, D., Nassisi, V., & Hilsenroth, M. J. (2015). Eating Disorders and Therapist Emotional Responses. *The Journal of nervous and mental disease, 203*, 843-849.

- Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., & Dexter, N. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital & Community Psychiatry, 37*, 923-928.
- Dahl, H. S. J., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research, 22*, 12-25. doi: 10.1080/10503307.2011.622312
- Dahl, H. S. J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., ... & Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient–therapist relationship in the context of patients’ personality pathology and therapists’ parental feelings. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*, 460.
- Daniel, S. I. F., Lunn, S., & Poulsen, S. (2015). Client attachment and therapist feelings in the treatment of bulimia nervosa. *Psychotherapy, 52*, 247-257.
- Defife, J. A., Drill, R., Nakash, O., & Westen, D. (2010). Agreement between clinician and patient rating of adaptive functioning and developmental history. *The American Journal of Psychiatry in Advance*, 1-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101489
- Dubé, J., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: A construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy, 61*, 351-374.
- Epstein, L. & Feiner, A. H. (1988). Countertransference: The therapist contribution to treatment. Dans B. Wolstein (Éd.), *Essential papers on countertransference* (pp. 282-303). New York, NY: New York University Press.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 3*, 272-299.
- Freud, S. (1910). The origin and development of psychoanalysis. *American Journal of Psychology, 21*, 181-218.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. Dans J. Strachey (Éd.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). Introductory lectures on psychoanalysis: Part III. General theory of the neuroses. Dans J. Strachey (Éd.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 243-436). London: Hogarth Press.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1221–35.

- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 983-991.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text* (2nd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gelso, C. J. (2004). Countertransference and its management in brief dynamic therapy. Dans D. P. Charman (Éd.), *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 231-250). Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the Therapist's Inner Experience: Perils and Possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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*, 861-867.
- Goldfeld, P., Terra, L., Abuchaim, C., Sordi, A., Wiethaeuper, D., Bouchard, M.-A., ... Ceitlin, L. H. (2008). Mental states as part of countertransference responses in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychotherapy Research, 18*, 523-534. doi:10.1080/10503300801968640
- Hafkenschied, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: a comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research, 17*, 393-403.
- Hayes, J. A. (2004). Therapist know thyself: Recent research on countertransference. *Psychotherapy Bulletin, 39*, 6-12.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees anxiety and empathy on countertransference behaviour. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 284-290.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1993). Male counselor's discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 86-93.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*, 88-97. doi: 10.1037/a0022182
- Hayes, J. A., Riker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*, 145-153. doi: 10.1080/10503309712331331933
- Heimann, P. (1950). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology, 33*, 9-15.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of consulting and clinical psychology, 58*, 768.

- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*, 100-110.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L., & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution. *Psychotherapy Research, 13*, 475-491.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 13-29.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 207-217.
- Hoffart, A., & Friis, S. (2000). Therapists' emotional reactions to anxious inpatients during integrated behavioral-psychodynamic treatment: A psychometric evaluation of a Feeling Word Checklist. *Psychotherapy Research, 4*, 462-473.
- Hoffart, A., Hedley, L. M., Thornes, K., Larsen, S. M., & Friis, S. (2006). Therapists' Emotional Reactions to Patients as a Mediator in Cognitive Behavioural Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy, 3*, 174-182.
- Hofsess, C. D., & Tracey, T. J. (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 52-67.
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1739-1746.
- Høglend, P., Bøgwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., ... & Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects?. *American Journal of Psychiatry, 165*, 763-771.
- Høglend, P., & Gabbard, G. O. (2012). When is transference work useful in dynamic psychotherapy. Dans R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kachele (Éds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence based practice and practice based evidence*. New York, NY: Springer.
- Holmqvist, R. (2001). Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*, 104-116.

- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1994). Emotional reactions to psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *3*, 204-209.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, *1*, 70-78.
- Holmqvist, R., Hansjons-Gustafsson, U., & Gustafsson, J. (2002). Patients' relationship episodes and therapists' feelings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *4*, 393-409.
- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating tests with the International Test Commission's guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*, *15*, 277-283. doi:10.1027//1015-5759.15.3.277
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., ... & Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 438-448.
- Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C., & Buchholz, M. B. (2015). Countertransference as object of empirical research?. *International Forum of Psychoanalysis*, *24*, 96-108.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *13*, 38-56. doi: 10.1177/000306516501300102
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York, NY: Wiley.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search for common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, *57*, 1053-1063. doi: 10.1002/jclp.1073
- Lapointe, T., Cossette, É., Gagnon, C., Soucy-Gauthier, A., Laverdière, O., & Descôteaux, J. (2011, mai). *Le contre-transfert: impact des dispositions relationnelles*. Affiche présentée au 79^e congrès de l'Association francophone pour le savoir – ACFAS, Sherbrooke, QC.
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *39*, 3–11. doi:10.1037//0033-3204.39.1.3
- Markin, R. D., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2013). Transference, countertransference, emotional expression, and session quality over the course of supportive expressive therapy: The raters' perspective. *Psychotherapy Research*, *23*, 152–168. doi:10.1080/10503307.2012.747013
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, *38*, 466-472.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Mitchell, G. & Hastings, R. P. (1998). Learning disability care staff's emotional reactions to aggressive challenging behaviours: Development of a measurement tool. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 441-449. doi: 10.1111/j.2044-8260.1998.tb01401.x
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 298-309.
- Muran, J. C. (2002). A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research, 12*, 113-138.
- Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S. et al. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 4*, 669-677.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy research, 20*, 627-646.
- Nutt-Williams, E. & Fauth, J. (2005). A psychotherapy process study of therapist in session self-awareness. *Psychotherapy Research, 15*, 374-381.
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers, 32*, 396-402.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). *Essentials of personality disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 240-245.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual review of psychology, 63*, 539-569.

- Racker, H. (1957). The meaning and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Rosenberger, E. W. & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling & Development*, 80, 264-270.
- Røssberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 45-53. doi: 10.1080/08039480310000257
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 225-230. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.02.002
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, 1, 191-195. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.019
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Schmitt, T. A. (2011). Current Methodological Considerations in Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29, 304-321. doi: 10.1177/0734282911406653
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D. & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 494-511.
- Tanzilli, A., Colli, A., Del Corno, F., & Lingiardi, V. (2016). Factor Structure, Reliability, and Validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7, 147-158. doi: 10.1037/per0000146
- Thylstrup, B. & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry*, 8, 1-6. doi:10.1186/1471-244X-8-21
- Vallerand, R. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680. doi: 10.1037/h0079856
- Watson, D., & Clark, L. A. (1999). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule – Expanded form*. Iowa City, IA: University of Iowa.

- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 258-272.
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, *49*, 163-172.
- Whyte, C. R., Constantopoulos, C., & Bevans, H. G. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal of Medical Psychology*, *2*, 187-201.

Annexe A

Page d'information et de consentement

DESCRIPTION DU PROJET ET CONSENTEMENT

TITRE DE LA RECHERCHE : L'expérience affective et les réactions des thérapeutes : validation française du *Feeling Word Checklist 58*.

CHERCHEUR PRINCIPAL : Thomas Lapointe, étudiant au doctorat en psychologie de l'Université Laval, sous la direction de Louis Diguier, professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval.

CONTEXTE DU PROJET : Mémoire doctoral.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET :

Notre projet de recherche vise à mieux comprendre ce que vit le thérapeute dans un cadre psychothérapeutique. Plus précisément, cette étude consiste à effectuer la validation de la version française d'un instrument de mesure qui permet l'identification des états émotionnels que peut susciter en vous l'évocation d'une récente séance de psychothérapie. Les résultats de cette recherche permettront donc de nous munir d'une version française validée de ce court questionnaire qui représente un apport intéressant à l'étude de la psychothérapie, permettant une auto-évaluation flexible, concise et peu intrusive de l'expérience affective des thérapeutes.

VOTRE PARTICIPATION :

Il vous est proposé de participer à cette recherche puisque vous êtes un psychologue clinicien en formation ou en exercice. Votre participation à cette recherche, consistera à remplir trois questionnaires, ce qui devrait prendre environ 30 minutes. Les questionnaires portent sur les thèmes évoqués dans les objectifs de recherche. Votre participation à ce projet vous donnera l'opportunité de réfléchir sur votre pratique professionnelle et peut-être de prendre conscience des émotions qui vous habitent. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances empiriques sur la relation thérapeutique et l'expérience affective des thérapeutes. Bien que les réponses à chacune des questions soient importantes pour la recherche, vous demeurez libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles ou encore de mettre fin à votre participation à tout moment. Toutefois, puisqu'aucune donnée permettant de vous identifier (ex : nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire, les données obtenues d'un participant qui choisirait de se retirer du projet, après avoir fait parvenir son questionnaire rempli au chercheur, ne pourront être détruites, malgré son retrait.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif, si ce n'est que le fait de donner de votre temps. Vous pourrez d'ailleurs compléter le questionnaire au moment que vous trouverez opportun. Pour ce qui est du risque psychologique associé à la remémoration de relations thérapeutiques vécues, ce dernier est comparable aux réflexions quotidiennes qu'un thérapeute peut avoir après une séance de psychothérapie.

Toutefois, en cas de besoin, vous pourrez consulter le site <http://www.indexsante.ca/CLSC/> afin de contacter le Centre local de services communautaires le plus près de chez-vous et le site http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/pdf/liste_des_CSSS.pdf pour rejoindre le Centre de santé et de services sociaux de votre région. Qui plus est, pour les participants de la région de Québec, vous pourrez contacter le Service de consultation de l'École de

psychologie de l'Université Laval au numéro de téléphone suivant 418-656-5490; et consulter le site internet du Service de consultation au <https://www.scep.ulaval.ca>.

ANONYMAT ET CONSERVATION DES DONNÉES :

Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera jamais possible de vous identifier. Ainsi, les données issues de vos réponses pourront être conservées pour d'autres analyses ou d'autres recherches, sous forme anonyme.

Pour votre information, les serveurs de *SimpleSondage* sont situés au Québec et leur équipe garantit un niveau élevé de sécurisation tant physique qu'électronique des données. En dépit des mesures prises pour assurer la confidentialité, l'intégrité et la sécurité des données transmises en ligne, l'utilisation d'Internet comporte certains risques d'intrusion par des tiers, de manipulations, de pertes de données et d'identification. Veuillez éviter l'utilisation d'une connexion sans fil pour transmettre des données sensibles.

REMERCIEMENTS :

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

ATTESTATION DU CONSENTEMENT :

Le simple fait de remplir les questionnaires sera considéré comme l'expression implicite de votre consentement à participer au projet.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec M. Thomas Lapointe par téléphone ou par courrier électronique : (418) 656-2131, poste 2248 ou Thomas.Lapointe.2@ULaval.ca. Vous pouvez également contacter M. Louis Diguier par téléphone ou par courrier électronique : (418) 656-2131, poste 5121 ou Louis.Diguier@psy.ulaval.ca pour toute information ou problème relié au projet de recherche.

PLAINTES OU CRITIQUES :

Si vous avez des plaintes ou des critiques relatives à votre participation à cette recherche, vous pouvez vous adresser, en toute confidentialité, au bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval aux coordonnées suivantes :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Télécopieur : 418 656 3846
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : N° 2014-119 A-1 / 10-09-2014

Annexe B

Page de consignes

CONSIGNES

Afin de pouvoir compléter les questionnaires qui suivent, vous devez vous remémorer un(e) patient(e) réel(le) :

- Ayant au moins 18 ans.
- Ayant été en traitement depuis au moins 8 séances.
- N'ayant pas de trouble ni de symptômes psychotiques.

Afin de choisir ce patient, nous vous invitons à consulter votre agenda ou votre calendrier et de sélectionner le dernier patient que vous avez vu qui satisfait aux critères mentionnés ci-haut. Vous ne devez décrire qu'un seul patient.

Enfin, nous vous invitons à remplir les questionnaires selon la manière dont vous vous sentiez à la suite de votre plus récente séance avec ce patient.

Prévoyez environ 30 minutes pour compléter l'ensemble des questionnaires.

*S'il est impossible pour vous de respecter un ou plusieurs de ses critères, veuillez ne pas participer à la recherche en quittant le sondage.

Annexe C

Questionnaire sociodémographique

CLINICAL DATA FORM (version française)

À PROPOS DE VOUS (LE THÉRAPEUTE)

1. **Titre :**

- Psychologue
- Doctorant en psychologie clinique
- Médecin/psychiatre
- Infirmier/ère
- Travailleur social
- Orienteur/*counselor*
- Autre (veuillez préciser) : _____

2. **Sexe :**

- Femme
- Homme

3. **Quelle serait votre orientation théorique principale? (en choisir une)**

- Cognitivo-Comportementale
- Psychodynamique
- Humaniste
- Systémique/Interactionnelle
- Autre (veuillez préciser) : _____

4. **Combien avez-vous d'années d'expérience (incluant les stages gradués)?** _____

À PROPOS DU PATIENT

Les questions qui suivent portent sur le ou la patient(e) que vous avez choisi(e) afin de participer, répondez donc au mieux de vos connaissances.

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET DIAGNOSTIQUES:

1. **Âge :** _____

2. **Sexe :**

- Femme
- Homme

3. **Longueur du traitement (en mois)** _____

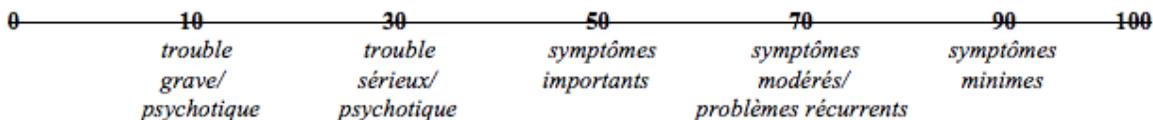
4. **Dans quel contexte le patient est-il traité? (choisir le principal)**

- Pratique privée
- Hôpital/CLSC/CSSS (Clinique externe)
- Scolaire
- Patient hospitalisé
- Autre

5. **Ethnie :**

- Blanc
- Afro-américain
- Hispanique
- Asiatique
- Autre

6. **Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)** (en vous référant à l'échelle de 0 à 100 ci-dessous, écrivez un nombre entre 0 et 100, en étant le plus précis possible): _____



7. **Éducation** (choisir un nombre) :

- Moins que secondaire
- Diplôme secondaire
- Diplôme collégial
- Diplôme universitaire
- Diplôme gradué

8. **Statut conjugal:**

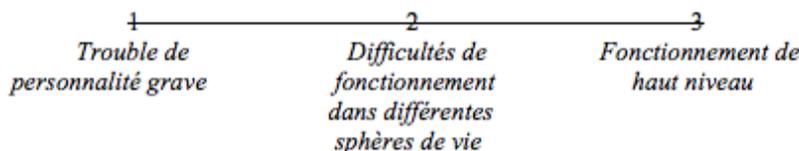
- Marié
- Conjoint de fait
- En fréquentation
- Divorcé
- Séparé
- Célibataire
- Veuf

9. Diagnostic de l'axe 1: *Veuillez lire la liste suivante et indiquer si le patient satisfait les critères du DSM-IV pour chacun des troubles. Si vous êtes incertain, cochez "Non". (NON = 0, OUI = 1).*

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble dépressif majeur | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble dissociatif |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble dysthymique | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble somatoforme (p.e., hypocondrie) |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble bipolaire (type I) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble sexuel |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble cyclothymique (bipolaire II) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble de l'adaptation |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble de l'humeur NS* | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Anorexie, type restrictif |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Anxiété généralisée | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Anorexie, type avec boulimie ou purgatifs |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | État de stress post-traumatique | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Boulimie |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Phobie sociale | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble des conduites alimentaires NS* |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble panique | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble psychotique |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble obsessionnel-compulsif | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Déficit de l'attention/hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble anxieux NS* | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble mental dû à une affection médicale générale |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Trouble lié à une substance | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Autre _____ |

*NS = Non spécifique

10. Niveau actuel de fonctionnement de la personnalité (choisir un nombre) :



11. Veuillez indiquer à quel point le patient correspond à chacun des troubles de la personnalité en utilisant l'échelle suivante :

0 Pas du tout	1 Traits	2 Trouble de la personnalité
------------------	-------------	------------------------------------

(1) Trouble de personnalité paranoïaque :

Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.

(2) Trouble de personnalité schizoïde :

Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui.

(3) Trouble de personnalité schizotypique :

Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aigüe et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques.

(4) Trouble de personnalité antisociale :

Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui.

(5) Trouble de la personnalité limite :

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée.

(6) Trouble de personnalité histrionique :

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention.

(7) Trouble de personnalité narcissique :

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie.

(8) Trouble de personnalité évitante :

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

(9) Trouble de personnalité dépendante :

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation.

(10) Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive :

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité.

Annexe D

Feeling Word Checklist 58 (version française)

FEELING WORD CHECKLIST 58

Consigne : Quand je suis en séance avec le/la patient(e)

Je me sens ou je sens : ...

Veillez répondre à chacun des items selon l'échelle suivante :

0 = PAS DU TOUT 1 = UN PEU 2 = MODÉRÉMENT 3 = BEAUCOUP 4 = VRAIMENT BEAUCOUP

1. Utile	0	1	2	3	4	31. Que j'en ai assez/ je suis « tanné(e) »	0	1	2	3	4
2. Content(e)	0	1	2	3	4	32. Insécure	0	1	2	3	4
3. Fâché(e)	0	1	2	3	4	33. Important(e)	0	1	2	3	4
4. Enthousiaste	0	1	2	3	4	34. Rejeté(e)	0	1	2	3	4
5. Anxieux/se	0	1	2	3	4	35. Empathique	0	1	2	3	4
6. Solide	0	1	2	3	4	36. Sur mes gardes	0	1	2	3	4
7. Manipulé(e)	0	1	2	3	4	37. Triomphant(e)	0	1	2	3	4
8. Détendu(e)	0	1	2	3	4	38. Biaisé(e)	0	1	2	3	4
9. Prudent(e)	0	1	2	3	4	39. Stupide	0	1	2	3	4
10. Déçu(e)	0	1	2	3	4	40. Confiant(e)	0	1	2	3	4
11. Indifférent(e)	0	1	2	3	4	41. Attentionné(e)/ caring	0	1	2	3	4
12. Affectueux/se	0	1	2	3	4	42. Admiré(e)	0	1	2	3	4
13. Méfiant(e)	0	1	2	3	4	43. En plein contrôle	0	1	2	3	4
14. Compatissant(e)	0	1	2	3	4	44. Espiègle/coquin(e)	0	1	2	3	4
15. Pas aimé(e)	0	1	2	3	4	45. Envahi(e)	0	1	2	3	4
16. Surpris(e)	0	1	2	3	4	46. Vif/ve d'esprit	0	1	2	3	4
17. Fatigué(e)	0	1	2	3	4	47. Vide	0	1	2	3	4
18. Menacé(e)	0	1	2	3	4	48. Sans importance	0	1	2	3	4
19. Réceptif/ve	0	1	2	3	4	49. Bouleversé(e)	0	1	2	3	4
20. Objectif/ve	0	1	2	3	4	50. Calme	0	1	2	3	4
21. Submergé(e)	0	1	2	3	4	51. Impuissant(e)	0	1	2	3	4
22. Ennuyé(e)	0	1	2	3	4	52. Coupable	0	1	2	3	4
23. Maternant(e)	0	1	2	3	4	53. Englouti(e)	0	1	2	3	4
24. Confus(e)	0	1	2	3	4	54. Attentif/ve	0	1	2	3	4
25. Embarrassé(e)	0	1	2	3	4	55. Dominateur/trice	0	1	2	3	4
26. Intéressé(e)	0	1	2	3	4	56. Dénigré(e)	0	1	2	3	4
27. Distant(e)	0	1	2	3	4	57. Contrôlé(e)	0	1	2	3	4
28. Triste	0	1	2	3	4	58. Que j'ai une vue d'ensemble	0	1	2	3	4
29. Incompétent(e)	0	1	2	3	4						
30. Frustré(e)	0	1	2	3	4						

Annexe E

Feeling Word Checklist 58 (version originale anglaise)

FEELING WORD CHECKLIST 58

When I am in conversations with patient number: _____

I feel

0= NOT AT ALL 1= LITTLE 2= AVERAGE 3= MUCH 4= VERY MUCH

1. Helpful	0	1	2	3	4	30. Frustrated	0	1	2	3	4
2. Happy	0	1	2	3	4	31. Tired of	0	1	2	3	4
3. Angry	0	1	2	3	4	32. Insecure	0	1	2	3	4
4. Enthusiastic	0	1	2	3	4	33. Important	0	1	2	3	4
5. Anxious	0	1	2	3	4	34. Rejected	0	1	2	3	4
6. Strong	0	1	2	3	4	35. Empathic	0	1	2	3	4
7. Manipulated	0	1	2	3	4	36. On guard	0	1	2	3	4
8. Relaxed	0	1	2	3	4	37. Exalted	0	1	2	3	4
9. Cautious	0	1	2	3	4	38. Prejudiced	0	1	2	3	4
10. Disappointed	0	1	2	3	4	39. Stupid	0	1	2	3	4
11. Indifferent	0	1	2	3	4	40. Confident	0	1	2	3	4
12. Affectionate	0	1	2	3	4	41. Caring	0	1	2	3	4
13. Suspicious	0	1	2	3	4	42. Admired	0	1	2	3	4
14. Sympathetic	0	1	2	3	4	43. Total control	0	1	2	3	4
15. Disliked	0	1	2	3	4	44. Naughty	0	1	2	3	4
16. Surprised	0	1	2	3	4	45. Invaded	0	1	2	3	4
17. Tired	0	1	2	3	4	46. Clever	0	1	2	3	4
18. Threatened	0	1	2	3	4	47. Empty	0	1	2	3	4
19. Receptive	0	1	2	3	4	48. Unimportant	0	1	2	3	4
20. Objective	0	1	2	3	4	49. Distressed	0	1	2	3	4
21. Overwhelmed	0	1	2	3	4	50. Calm	0	1	2	3	4
22. Bored	0	1	2	3	4	51. Helpless	0	1	2	3	4
23. Motherly	0	1	2	3	4	52. Guilt	0	1	2	3	4
24. Confused	0	1	2	3	4	53. «Engulfed»	0	1	2	3	4
25. Embarrassed	0	1	2	3	4	54. Attentive	0	1	2	3	4
26. Interested	0	1	2	3	4	55. Dominating	0	1	2	3	4
27. Aloof	0	1	2	3	4	56. Disparaged	0	1	2	3	4
28. Sad	0	1	2	3	4	57. Controlled	0	1	2	3	4
29. Inadequate	0	1	2	3	4	58. Overview	0	1	2	3	4

© *Feeling Word Checklist 58* (Rassberg, Hoffart & Friis, 2003).

Annexe F

Countertransference Questionnaire (version française)

QUESTIONNAIRE SUR LE CONTRE-TRANSFERT

Les énoncés ci-dessous décrivent un certain nombre de sentiments ou de réactions qu'ont les cliniciens face à leurs patients. Veuillez évaluer la mesure dans laquelle les phrases suivantes reflètent la réalité que vous vivez au travail avec votre patient(e) (**1 = aucunement vrai, 3 = relativement vrai et 5 = tout à fait vrai**). Nous savons qu'il est difficile de procéder à une généralisation quant à des semaines ou des mois de traitement, mais tentez de décrire comment vous vous êtes senti(e) à l'égard de votre patient(e) tout le long du traitement. Ne vous faites pas de souci si vos réponses vous semblent incohérentes : les cliniciens éprouvent souvent de multiples réactions à l'endroit d'un(e) même patient(e). Le genre masculin est utilisé dans l'unique but de faciliter la lecture des énoncés.

	Aucunement vrai					Tout à fait vrai				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Je suis très optimiste quant aux progrès qu'il accomplit ou risque d'accomplir dans le cadre du traitement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. J'éprouve parfois de l'antipathie à son égard.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Je trouve excitant de travailler avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Je ressens de la compassion envers lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Je souhaiterais ne jamais l'avoir pris comme patient.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Je me sens rejeté ou dévalué.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. S'il n'était pas mon patient, je pourrais imaginer être ami avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Je me sens agacé dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Je ne me sens pas complètement engagé dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Je me sens confus dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Je ne fais pas confiance à ce qu'il me dit.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Je me sens critiqué par lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. J'appréhende les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Je me sens fâché contre les gens dans sa vie.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Je me sens fâché contre lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Je m'ennuie dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Je me sens sexuellement attiré par lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Je me sens déprimé dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. J'ai hâte aux séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Je me sens envieux, ou compétitif avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Je souhaiterais pouvoir lui apporter ce que les autres n'ont jamais pu lui donner.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Je me sens frustré dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Il me fait sentir bien par rapport à moi-même.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Je me sens coupable de mes sentiments envers lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Mon esprit s'égare souvent vers des choses autres que ce dont il parle.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Je me sens submergé par ses émotions intenses.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Je m'enrage contre lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Je me sens coupable lorsqu'il est en détresse ou que son état se détériore, comme si j'étais en quelque sorte responsable.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Il a tendance à provoquer des émotions intenses en moi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Je ressens de l'anxiété à travailler avec lui.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

31. Je sens que j'échoue à l'aider ou je m'inquiète de ne pas être capable de l'aider.	1	2	3	4	5
32. Son attirance sexuelle envers moi me rend anxieux ou inconfortable.	1	2	3	4	5
33. Je me sens utilisé ou manipulé par lui.	1	2	3	4	5
34. J'ai le sentiment de « marcher sur des œufs » en sa présence. Je crains que si je dis un mot de travers, il explosera, s'effondrera ou prendra la porte.	1	2	3	4	5
35. Il me fait peur.	1	2	3	4	5
36. Je me sens incompetent ou inadéquat lorsque je travaille avec lui.	1	2	3	4	5
37. Je me retrouve à être contrôlant avec lui.	1	2	3	4	5
38. Je me sens interchangeable – que je pourrais être n'importe qui pour lui.	1	2	3	4	5
39. Je dois m'arrêter de dire ou de faire quelque chose d'agressif ou de critique.	1	2	3	4	5
40. Je sens que je le comprends.	1	2	3	4	5
41. Je lui dis que je suis en colère contre lui.	1	2	3	4	5
42. Je sens que je veux le protéger.	1	2	3	4	5
43. Je regrette certaines paroles que je lui ai dites.	1	2	3	4	5
44. Je me sens comme si j'étais méchant ou cruel à son endroit.	1	2	3	4	5
45. J'ai de la difficulté à me relier aux sentiments qu'il exprime.	1	2	3	4	5
46. Je me sens maltraité ou abusé par lui.	1	2	3	4	5
47. Je sens que je l'encourage et que je m'occupe bien de lui.	1	2	3	4	5
48. Je perds patience avec lui.	1	2	3	4	5
49. Je me sens triste dans les séances avec lui.	1	2	3	4	5
50. Je lui dis que je l'aime.	1	2	3	4	5
51. Je me sens envahi par ses besoins.	1	2	3	4	5
52. Je me sens désespéré quand je travaille avec lui.	1	2	3	4	5
53. J'éprouve de la joie ou de la satisfaction après les séances avec lui.	1	2	3	4	5
54. Je pense qu'il pourrait faire mieux avec un autre thérapeute ou dans un autre type de thérapie.	1	2	3	4	5
55. Je me sens poussé à mettre des limites très fermes avec lui.	1	2	3	4	5
56. Je me surprends à flirter avec lui.	1	2	3	4	5
57. J'ai du ressentiment à travaillant avec lui.	1	2	3	4	5
58. Je pense ou fantasme à mettre fin au traitement.	1	2	3	4	5
59. Je me sens comme si j'avais les mains liées ou comme si j'étais terriblement coincé.	1	2	3	4	5
60. Quand je vérifie mes messages téléphoniques, je ressens de l'anxiété ou une crainte qu'il y en ait un de lui.	1	2	3	4	5
61. Je sens de la tension sexuelle dans la pièce.	1	2	3	4	5
62. Je me sens rebuté par lui.	1	2	3	4	5
63. Je ne me sens pas apprécié par lui.	1	2	3	4	5
64. J'ai des sentiments chaleureux, presque parentaux envers lui.	1	2	3	4	5
65. Je l'apprécie beaucoup.	1	2	3	4	5
66. Je m'inquiète de lui après les séances, plus que des autres patients.	1	2	3	4	5

67. Je dépasse l'heure de la fin des séances avec lui plus qu'avec mes autres patients.	1	2	3	4	5
68. Je sens que je réussis moins bien à l'aider que d'autres patients.	1	2	3	4	5
69. Je fais des choses pour lui, ou fait un effort supplémentaire pour lui, d'une manière que je ne fais pas avec d'autres patients.	1	2	3	4	5
70. Je retourne ses appels téléphoniques moins rapidement que je le fais avec mes autres patients.	1	2	3	4	5
71. Je révèle mes sentiments avec lui davantage qu'avec d'autres patients.	1	2	3	4	5
72. Je l'appelle entre les séances davantage que mes autres patients.	1	2	3	4	5
73. Je me retrouve à discuter de lui avec des collègues ou superviseurs davantage que de mes autres patients.	1	2	3	4	5
74. Il est un de mes patients préférés.	1	2	3	4	5
75. Je regarde l'heure avec ce patient davantage qu'avec les autres.	1	2	3	4	5
76. Je me dévoile davantage à propos de ma vie personnelle avec lui qu'avec mes autres patients.	1	2	3	4	5
77. Davantage qu'avec la plupart des patients, je sens que j'ai été entraîné dans des choses que je n'avais pas réalisées avant que la séance soit terminée.	1	2	3	4	5
78. Je commence les séances en retard avec lui, davantage qu'avec mes autres patients.	1	2	3	4	5
79. Je parle de lui avec mon conjoint ou quelqu'un de significatif davantage que de mes autres patients.	1	2	3	4	5

© *Countertransference Questionnaire* (Zittel & Westen, 2003); version traduite par Lapointe et al., 2011.