



# **Recension des instruments évaluant les manifestations du contre-transfert**

**Mémoire doctoral**

**Valérie Gagnon**

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

Québec, Canada

© Valérie Gagnon, 2017

# **Recension des instruments évaluant les manifestations du contre-transfert**

**Mémoire doctoral**

**Valérie Gagnon**

Sous la direction de :

Louis Diguier, directeur de recherche

## Résumé

Le contre-transfert (CT) est un phénomène qui est reconnu comme étant utile cliniquement (Gelso & Hayes, 2001), mais complexe et difficile à opérationnaliser. En effet, nous observons d'abord que le CT n'a pas de définition consensuelle. La difficulté à opérationnaliser le CT peut aussi être expliquée par le fait que le CT est en partie inconscient et qu'il se présente sous différents types de manifestations (Rosenberger & Hayes, 2002). De plus, malgré l'abondance de la littérature sur le sujet (Friedman & Gelso, 2000) et l'importance du phénomène pour la clinique, il semble y avoir un manque d'instruments de mesure évaluant le CT. Le présent mémoire a pour but de recenser et d'évaluer les qualités méthodologiques des instruments de mesure quantitatifs autant auto-rapportés qu'hétéro-rapportés opérationnalisant les manifestations du CT. Cette recension permet, d'une part, d'évaluer si la complexité à définir le phénomène du CT se présente également dans l'opérationnalisation de ses mesures, et d'autre part, de faire un constat sur la nécessité d'élaborer d'autres instruments de mesure sur les manifestations du CT. Ce mémoire se présente aussi comme une étape préliminaire à l'élaboration d'un nouvel instrument rassemblant les forces et éliminant les faiblesses de ceux déjà existants. Les études avec des protocoles expérimentaux et quasi-expérimentaux présentant un ou des instruments de mesure quantitatifs de manifestation du CT et les études portant sur leurs qualités psychométriques ont été considérées. Ces études devaient porter sur une population adulte suivant une thérapie avec un professionnel dans le domaine de la relation d'aide en lien avec la santé mentale.

## Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux .....	v
Liste des abréviations des tableaux.....	vii
Remerciements.....	x
Introduction .....	1
Conceptualisation du CT.....	3
Quatre grandes définitions.....	4
Définition classique .....	5
Définition totalistique.....	5
Définition complémentaire .....	6
Définition relationnelle.....	7
Composantes du CT.....	7
Origines, manifestations et déclencheurs du CT .....	8
Effets : conséquences du CT positif et négatif sur le processus .....	11
Gestion du CT .....	12
Définition du CT pour l'étude .....	13
Objectifs.....	16
Méthodologie.....	17
Critères utilisés pour évaluation les études de la recension .....	17
Méthode de la recension .....	17
Type d'études.....	17
Type de participants.....	18
Type d'instruments de mesure.....	18
Stratégie de recherche pour identifier les études .....	19
Collecte de donnée et analyse.....	21
Sélection des études .....	21
Méthode d'extraction des données.....	24
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
Résultats .....	26
Résultats de la recherche et classement des données les études .....	26
Évaluation des risques de biais et mesure de l'effet.....	27
Constats des instruments exclus les études .....	27
Constat des instruments inclus. ....	28
L'utilisation du terme CT.....	85
Différents instruments pour évaluer un même construit .....	87

Différents instruments pour une même base théorique.....	90
Instruments auto-rapportés versus instruments hétéro-rapportés .....	91
Discussion .....	93
Résumé des constats.....	93
Qualités psychométriques des instruments .....	99
Recommandations.....	101
Biais méthodologiques potentiels .....	102
Conclusion .....	104
Bibliographie.....	106
Annexe A 27 critères PRISMA.....	119
Annexe B Grille d'évaluation des risques de biais des études d'une recension .....	121
Annexe C Articles recensés pour chaque instrument de mesure .....	122

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1. Nombre d'instruments de mesure spécifiques selon le type de manifestation de CT (symptômes, comportementales, cognitifs, affectifs, interactionnels) et s'il utilise ou non le terme CT .....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 2. Nombre d'instruments de mesure non-spécifiques selon le type de manifestation de CT (symptômes, comportementales, cognitifs, affectifs, interactionnels) et s'il utilise ou non le terme CT .....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 3. Nombre total d'instruments de mesure spécifiques et non-spécifiques selon l'utilisation ou non du terme CT .....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 4. Instruments évaluant les manifestations affectives du CT.....</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 5. Instruments évaluant les manifestations affectives du CT.....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 6. Instruments évaluant les manifestations cognitives du CT .....</i>	<i>55</i>
<i>Tableau 7. Instruments évaluant les manifestations comportementales du CT .....</i>	<i>61</i>
<i>Tableau 8. Instruments évaluant les interactions entre le patient et le thérapeute.....</i>	<i>70</i>

## Liste des abréviations des tableaux

ACQ : Affective Communication Questionnaire  
AFFEX : Affect Expressions by Holistic Judgment  
AI : Avoidance Index  
AR : Auto-rapporté  
ARM : Agnew Relationship Measure  
AREQ-QV : Affect Regulation and Experience Q-sort Questionnaire Version  
BD : Body Dissatisfaction  
BDDE : Body Dysmorphic Disorder Examination  
BSI : Brief Symptom Inventory  
BSQ : Body Shape Questionnaire  
BSRQ : Body-Self Relations Questionnaire  
C : Coteur  
CALPAS : California Psychotherapy Alliance Scales  
CFI : CT Factors Inventory  
CLOIT : Checklist of Interpersonal Transaction  
CLOPT : Checklist of Psychotherapy Transaction  
CM : Countertransference Measure  
CQ : CT Questionnaire  
CRQ : Central Relationship Questionnaire  
CRS : CT Rating Scale  
CT : Countertransference  
CTI : CT Index  
CTQ : Countertransference Questionnaire  
DASS : Depression Anxiety Stress Scales  
DCI : Data Collection Instrument  
DDRPQ : Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire  
EAS : Experience and Attitude Scale  
EASI : Emotionality Activity, Sociability and Impulsivity  
ECQ : Erotic CT Questionnaire  
EDE : Eating Disorder Examination

EMFACS : Emotional Facial Action Coding System  
EWCM : Experiences with Countertransference Measure  
F : Fidélité  
FACS : Facial Action Coding System  
FAPRS : Fonctionnal Analytic Psychotherapy Rating Scale  
FAST : Facial Action Scoring Technique  
FWC : Feeling Word Checklist  
GAFS : Global Assessment of Functioning Scale  
GAS : Global Assessment Scale  
HADS-5 : Hospital Anxiety and Depression Scale  
HAQ-II : Helping Alliance Questionnaire II  
HR : Hétéro-rapporté  
IC : Integrative Complexity  
ICB : Inventory of CT Behavior  
ICRS : Interpersonal Communication Rating Scale  
IECS : Inner Experience Coding Scale  
IES : Impact of Event Scale  
IIP-CS : Inventory of Interpersonal Problems  
IL : Intention List  
IMI : Impact Message Inventory  
INTREX ou SASB INTREX : Introject Questionnaire  
MBI : Maslach Burnout Inventory  
MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory  
MSRS : Mental State Rating Scale  
NISA : Nonverbal Interaction and States Analysis  
NS : Non spécifié  
NSP : Non spécifique  
P : Patient  
PCS : Penman Classification Scheme  
PMS : Profile of Mood States  
PQS : Psychotherapy Process Q-Set



PRQ : Psychotherapy Relationship Questionnaire  
PSS : Perceived Stress Scale  
QUAINT pour CCRT : Core Conflictual Relationship Theme  
RDAS : Revised Dyadic Adjustment Scale  
REACT : Ratings of Emotional Attitudes to Clients by Treaters Scale  
RIAS : Roter Interaction Analysis System  
RRS : Rupture Resolution Scale  
SAS : Stress Appraisal Scale  
SASB : Structural Analysis of Social Behavior  
SCL-90 : Symptom Checklist 90  
SEQ : Session Evaluation Questionnaire  
SIS : Session Impact Scale  
SISC-INTER : Therapist's Verbal Behavior Category System  
SP : Spécifique  
ST : Stroop Test  
STAI : State-Trait Anxiety Inventory  
STSS : Secondary Traumatic Stress Scale  
T : Thérapeute  
TAQ : Therapist Appraisal Questionnaire  
TBC : Therapist Behavior Code  
TBCL : Therapist Behavior Checklist  
TPRQ : Therapist Personal Reactions Questionnaire  
TRQ : Therapist Response Questionnaire  
TSIBS : Trauma Stress Institute Belief Scale  
TSS : Therapist Session Satisfaction  
V : Validité  
VPPS : Vanderbilt Psychotherapy Process Scale  
VRS : Vignette Rating Scale  
WAI : Working Alliance Inventory  
WAS : World Assumption Scale  
WCQ : Ways of Coping Questionnaire

## Remerciements

Le doctorat en psychologie clinique est un parcours universitaire long et qui demande de la persévérance. Pour la réussite de la rédaction de ce mémoire, qui a été particulièrement exigeante pour moi, je souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont pu y contribuer de près ou de loin.

Je souhaite d'abord remercier toutes les personnes qui m'ont encouragé tout au long de mes études, ma famille, mes amis, mes collègues et mon conjoint.

Je trouve important de mentionner la participation des étudiantes qui ont collaboré de façon extraordinaire aux étapes de sélection des instruments de mesure : Marie-France de Lafontaine, Claudia Chiasson et Joanie Mercier. Un énorme merci également à Kathy Côté pour son dévouement dans sa participation à la création des tableaux du présent mémoire et pour sa présence précieuse.

Je veux remercier les professeurs de l'Université Laval pour vos bons commentaires et vos critiques justes et constructives : Mme Catherine Bégin et Mme Lina Normandin.

Je dois ma volonté à passer à travers les exigences que nécessitent ces études à tous mes superviseurs clinique qui m'ont donné le goût à ma future carrière clinique.

Je termine mes remerciements en voulant exprimer ma grande reconnaissance envers M. Louis Diguier, principal superviseur clinique pendant les années doctorales et directeur de recherche. Vous avez été un facteur clé de ma réussite. Je vous remercie de toutes les opportunités d'apprentissages que vous m'avez offertes par le biais des nombreuses supervisions qui ont été plus qu'enrichissantes. C'est grâce à vous que je peux débiter ma carrière professionnelle confiante et remplie d'enthousiasme. Merci d'avoir permis à la réalisation de ce mémoire, mais surtout au développement de la personne que je suis aujourd'hui.

## Introduction

Le CT est un phénomène étudié aujourd'hui dans différentes approches de psychothérapie (Hofsess & Tracey, 2010). Rappelons cependant que le CT est originellement né à partir du concept de transfert élaboré par Sigmund Freud dans l'approche psychanalytique (Brody & Farber, 1996). Il a tout de suite été identifié comme un facteur essentiel de la thérapie psychanalytique et, peu à peu, la plupart des autres approches psychothérapeutiques s'y sont intéressées à leur manière et selon leur façon de concevoir les processus de changement en psychothérapie. Le CT est d'ailleurs un des contenus le plus important de la Transferred-Focused Psychotherapy, traitement développé par Otto F. Kernberg qui repose sur des données probantes dans le traitement des troubles sévères de la personnalité (Kernberg, 1965), puisqu'il s'agit d'un canal de communication significatif entre le thérapeute et le patient (Freud, 1910; Racker, 1957; Kernberg, 1965). Le CT a été étudié par les auteurs féministes (Brown, 2001), les auteurs des approches cognitive-comportementale (Ellis, 2001), systémique familiale (Kaslow, 2001) et rationnelle émotive (Ellis, 2001) et selon la perspective des relations sociales (Marcus & Buffington-Vollum, 2005). Malgré l'abondance des écrits sur le sujet, la recherche empirique du CT n'a débuté que depuis une vingtaine d'années. La recherche des manifestations du CT est encore plus récente. En effet, bon nombre de textes théoriques et d'études cliniques documentent la présence de réactions du thérapeute en séance de psychothérapie considérées comme étant des manifestations du CT. Il existe cependant un paradoxe entre cette abondance de littérature théorique et la pauvreté, en terme de quantité (et même peut-être de qualité), des instruments de mesure qui opérationnalisent ces manifestations du CT (Gelso & Carter, 1994). Pourtant, il est reconnu que l'évaluation du CT est primordiale en clinique à cause des effets connus du CT sur le processus thérapeutique (Rosenberger & Hayes, 2002).

Selon Ellis (2001), les patients et les thérapeutes arrivent en séance avec leurs propres histoires personnelles. Ils sont tous deux en partie conscients et particulièrement inconscients qu'ils projettent leurs émotions, leurs souhaits et leurs intentions sur les autres, ce qui cause des biais et des préjugés de leur vision de l'autre. Le patient et le thérapeute peuvent utiliser leurs manifestations transférentielles ou contre-transférentielles pour aider et/ou nuire au processus thérapeutique. Kächele, Erhardt, Seybert et Buchholz (2015) amènent que cela fait

partie du rôle de l'intervenant d'être sensible à la fois aux émotions des patients et aux siennes, ainsi qu'à ses propres conflits. Il est alors primordial pour le thérapeute de contrôler son CT sans l'agir. Les thérapeutes qui sont plus conscients de leurs émotions envers leurs patients sont moins susceptibles d'avoir un comportement erratique en réponse à des impulsions (Latts & Gelso, 1995). Selon Bacal et Newman (1990 ; cités dans Gelso & Carter, 1994), c'est à travers l'expérimentation et la recherche de la compréhension de ses propres conflits et de ses réactions émotionnelles face au transfert des patients que le thérapeute peut avoir une compréhension plus profonde des patients et être disposé à donner des réponses aidantes à ceux-ci.

Malgré les multiplicités des conceptions du CT, il y a un élément sur lequel la majorité semble s'être entendue : le CT qui n'est pas reconnu, compris ou contrôlé par le thérapeute peut nuire au processus thérapeutique (Gelso & Hayes, 2001) ; traduction libre). En effet, si le thérapeute n'arrive pas à gérer ses réactions contre-transférentielles, il se met à risque d'agir ses propres conflits irrésolus en séance pendant le travail thérapeutique, ce qui constitue un échec dans le désir d'aider le patient et de se mettre au service de ce dernier (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002). Plusieurs auteurs tels que Hayes, Riker et Ingram (1997), Singer et Luborsky (1977) et Strupp (1980), cités dans Gelso et ses collègues (2002), avancent même que l'agissement du CT par le thérapeute mène à de faibles résultats thérapeutiques. La présence du CT doit donc d'abord être identifiée pour être ensuite comprise et éventuellement contrôlée. L'utilisation d'instruments de mesure des manifestations du CT pourrait permettre l'identification de la présence du CT qui est préalable à son analyse.

L'objectif du présent mémoire consiste à réaliser une recension qui permettrait de faire l'état des instruments de mesure quantitatifs présents dans la littérature qui opérationnalisent les manifestations du CT. La comparaison des instruments de mesure recensés permet de faire une évaluation critique de ces instruments et d'identifier leurs différentes lacunes. Ce mémoire peut être considéré comme étant une étape préliminaire à l'élaboration d'autres instruments de mesure ou au perfectionnement d'instruments de mesure existants. Ces outils pourraient aussi devenir utiles pour le clinicien qui souhaite prendre conscience de ses réactions en séance et pour la supervision de cliniciens en formation, dans la

mesure où ils permettent de faire une meilleure évaluation du processus thérapeutique, voire de compléter le processus clinique normal de supervision.

La méthode est une recension systématique, donc une recherche de tous les instruments de mesure quantitatifs concernant les manifestations du CT. Cette méthode est principalement réalisée à l'aide de moteurs de recherche. La recension résultante est suivie d'une évaluation critique de ces instruments de mesure afin de faire un compte rendu de la littérature sur le sujet. Cela devrait permettre de dégager de possibles orientations pour de futurs travaux de développement d'instruments de mesure évaluant les manifestations du CT.

Le présent mémoire débute par une définition du CT suivie d'une présentation des difficultés à définir le concept du CT. Ensuite, les quatre grandes définitions du CT selon l'époque, les conceptions, les approches et les auteurs sont présentées. Puis, les liens entre le transfert et le CT, les causes et les conséquences et la gestion du CT sont soulevés. Les objectifs de ce mémoire, une présentation de la méthode utilisée pour la recension et les résultats sont énoncés par la suite. Les constats généraux quant aux instruments de mesure inclus dans la recension et ceux exclus sont présentés et discutés à la fin du présent mémoire.

### **Conceptualisation du CT**

Le CT semble d'abord difficile à définir en raison de sa nature. En effet, ce concept est subjectif, partiellement inconscient et il possède des composantes affectives, cognitives et comportementales. De nombreux auteurs ont tenté d'opérationnaliser ce concept en développant différents instruments de mesure, mais peu d'entre eux sont considérés adéquats (Gelso & Hayes, 2001). Le CT a un impact sur la relation thérapeutique (Gelso & Carter, 1985) et même sur les résultats thérapeutiques (Gelso et al., 2002) d'où l'importance de l'opérationnaliser pour mieux l'étudier au niveau clinique. En effet, le CT peut avoir des conséquences pour le patient (Gelso & Hayes, 2001) et il existe une corrélation entre les sentiments positifs du CT et l'amélioration de l'état des patients (Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2008). Plus le thérapeute éprouve de la difficulté à gérer les manifestations de son CT et plus il aura tendance à avoir des distorsions cognitives à l'égard du patient. Également, la difficulté du thérapeute à gérer ses manifestations aura comme conséquence, pour lui et pour ses patients, qu'il y ait une moins grande expérimentation des limites de leur attachement. Par exemple, si le thérapeute fait preuve du CT hostile à l'égard de son patient,

cela pourrait empêcher l'établissement de l'alliance thérapeutique, manquer de respect à l'égard de la douleur de son patient, le rendre inapte à supporter le patient dans ses choix expérientiels, l'amener à répondre agressivement aux défenses de son patient et finalement lui faire vivre de la déception vis-à-vis son patient (Hadley & Strupp, 1976).

Puisque le CT a un rôle dans le processus thérapeutique, il est souhaitable que des instruments de mesure puissent rendre compte de sa présence en séance de psychothérapie. Cependant, de nombreuses difficultés, qui sont présentées plus loin dans le mémoire, se présentent aux auteurs qui ont le désir de conceptualiser le CT.

### **Quatre grandes définitions**

Le CT a été défini théoriquement de plus d'une douzaine de façons (Hayes & Gelso, 2001). Deux aspects importants du CT peuvent expliquer certaines des divergences entre les définitions du concept du CT: l'étendue des possibilités de réactions du thérapeute pouvant être considérées comme du CT et l'origine du CT, c'est-à-dire par quoi et comment il est généré. Ainsi, par exemple, certains auteurs définissent le CT comme étant les réactions du thérapeute uniquement comme les manifestations de ses conflits internes non résolus, alors que d'autres considèrent la totalité des réactions du thérapeute (qui soient la conséquence ou non des conflits internes du thérapeute) face à son patient comme étant du CT. Cette différence entre les auteurs concerne en fait l'étendue des manifestations possibles du CT. En ce qui a trait aux différences de conception du CT, certains auteurs voient le CT uniquement comme le comportement d'évitement ou de retrait du thérapeute (Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Peabody & Gelso, 1982) alors que d'autres font valoir que les réactions contre-transférentielles du thérapeute, comme le fait d'être empathique et d'identifier les émotions du patient, peuvent aussi créer un rapprochement dans la relation thérapeutique (Hayes, Riker, & Ingram, 1997). Il y a également mécontentement à savoir si le CT est une conséquence du transfert, s'il résulte des propres conflits du thérapeute, s'il est le résultat de l'interaction entre les propres conflits du thérapeute et sa réaction spécifique à la pathologie de son patient ou encore, s'il s'agit de l'ensemble de ces éléments.

Déjà en 1957, Racker fait la distinction entre les points de vue des différents auteurs et il souligne par le fait même que la définition du CT n'est pas consensuelle:

« Plusieurs significations ont été données au terme CT. Elles peuvent être résumées par l'énoncé : pour certains auteurs, le CT inclut tout ce qui arrive dans l'analyse comme réactions psychologiques face à l'analysé, alors que pour d'autres, ce n'est pas tout cela qui devrait être appelé CT » (Racker, 1957, p. 309; traduction libre).

Le CT peut être considéré nécessaire à l'efficacité d'un traitement ou être vu comme pathologique et à éviter. Le nombre de perspectives définissant le concept du CT peut varier selon la littérature, mais il y en a quatre qui sont reconnues par tous les auteurs: les définitions classique, totalistique, complémentaire et relationnelle (Hofsess & Tracey, 2010).

### **Définition classique**

Freud (1910) est à l'origine de la définition et du terme CT. Le CT est défini comme un phénomène inconscient et conscient, problématique, manifesté par le thérapeute (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011), et qui doit être géré. Selon Freud, le CT est une réaction neurologique interne et comportementale du thérapeute et il est un obstacle au travail thérapeutique (Freud, 1910; cité dans Gelso & Hayes, 2007). Le CT est la conséquence des conflits internes non résolus du thérapeute qui proviennent de son enfance et qui déclenché par le transfert des patients (Gelso & Hayes, 2007; Ferenczi, 1919). Si le thérapeute manifeste son CT, c'est qu'il n'a pas suffisamment analysé son patient et n'a pas une compréhension suffisante de ses propres conflits (Freud 1910). Par cette définition, Freud émet l'idée que le CT doit être évité à tout prix; Freud, 1910)

### **Définition totalistique**

Une vague de publications dans le domaine du CT a suivi la publication de la note d'Heimann (1950), une des auteurs importantes de la conception totalistique (Normandin & Bouchard, 1993). Dans sa note, « *On countertransference* », cette auteure énonce qu'elle est contre le dévoilement de ses émotions à ses patients, émotions qu'elle identifie comme étant des manifestations du CT (Heimann, 1950). Elle nomme l'importance d'utiliser le CT comme matériel nécessaire à l'avancement de la thérapie (Heimann, 1950). À la suite de cette publication, le concept du CT est réexaminé par de multiples auteurs et une série de distinctions concernant le CT apparaît : objectif versus subjectif (Winnicott, 1949), normal versus pathologique (Money-Kyrle, 1956), aigu versus chronique (Reich, 1951), partiel versus

total (Gitelson, 1952), concordant versus complémentaire (Racker, 1957; cité dans Normandin & Bouchard, 1993)

Dans les années 50, la conception totalistique émerge grâce aux travaux pionniers de Racker (Normandin & Bouchard, 1993). À la lumière de la définition totalistique, toutes les réactions conscientes et inconscientes du thérapeute face au patient s'avèrent du CT. De plus, le CT n'est plus vu comme nécessairement préjudiciable à la thérapie (Hayes et al., 1998); puisque son étude devient une source importante d'information à l'intérieur et à l'extérieur de la relation thérapeutique. Avec l'avancement de cette conceptualisation, le CT devient un objet d'étude en soi. Les cliniciens commencent à considérer l'étude des réactions du thérapeute comme étant potentiellement bénéfiques au processus thérapeutique (Hayes et al., 2011; Racker, 1957, p305). À l'aide des manifestations de son CT, le thérapeute étudie ses propres conflits, internes et externes, et les utilise ultérieurement pour atteindre une meilleure compréhension de son patient (Gelso & Hayes, 2007). Pour les auteurs et les professionnels qui ont une conception totalistique, l'expérience émotionnelle du thérapeute a une signification importante et est une partie vitale du travail psychanalytique (Gelso & Hayes, 2007). Les thérapeutes peuvent étudier leur réactions internes et si elles sont bien comprises, elles peuvent identifier les dynamiques interpersonnelles du patient, telles que la façon dont le patient interagit avec les autres (Hofsess, 2008). Le CT peut être vu comme étant le transfert du thérapeute en réaction au matériel du patient (Gelso & Hayes, 2007) et il est considéré comme une partie facilitatrice et intégrante du processus thérapeutique (Hofsess, 2008).

### **Définition complémentaire**

Parce que certains trouvaient la définition du CT de la conception totalistique trop vague et trop large ou inclusive (Gelso & Hayes, 1998), une troisième approche a vu le jour : la conception complémentaire du CT. Des auteurs et cliniciens, tels que les théoriciens interpersonnels Butler, Flasher et Strupp (1993) et Kiesler (1996, cités dans Gelso & Hayes, 2007), en faveur de la conception complémentaire, voient le CT comme un complément au transfert du patient ou à son style relationnel (Gelso & Hayes, 2007) et non comme toutes les réactions du thérapeute comme dans la définition totalistique. Cependant les conceptions complémentaire et totalistique partagent certaines idées quant au CT. En effet, les adeptes de cette conception, ainsi que ceux de la conception totalistique, voient le CT comme étant



inévitabile et nécessaire. Cette dernière caractéristique est d'ailleurs la principale distinction entre la définition classique et complémentaire. Le patient génèrerait chez le thérapeute des réponses similaires au style relationnel du patient (Hofsess, 2008). Par exemple, si le patient agit de manière hostile envers son thérapeute, ce dernier aura également une réponse hostile. Le patient et son thérapeute affectent et influencent constamment les réactions internes et externes de l'autre. Cela formerait un cercle d'actions et de réactions constantes (Gelso & Hayes, 2007). Selon l'approche complémentaire, pour que le thérapeute puisse utiliser son CT de manière à en faire bénéficier son patient, il doit être à l'écoute de ses réactions contre transférentielles internes sans les agir. Il doit plutôt se servir de son CT afin de mieux comprendre la dynamique relationnelle de son patient (Gelso, 2004, cités dans Hofsess, 2008)

### **Définition relationnelle**

Finalelement, dans la conception relationnelle du CT basée principalement sur les écrits d'Aron Lewis (1996) et Gelso, et de Carter et Lewis (1994), les réactions du thérapeute sont vues comme une construction mutuelle entre le patient le thérapeute (Gelso & Hayes, 2007). Avec la conception relationnelle, le CT n'est pas vu comme une réaction inévitable face au matériel qu'amène le patient en séance, contrairement aux conceptions complémentaire et totalistique. Cet aspect de la définition correspond d'ailleurs à ce qu'avancait Freud dans la définition classique du CT. Ce qui différencie la conception classique et relationnelle et que cette dernière conception définit le CT comme un produit de l'interaction entre les dynamiques du patient et celles du thérapeute et non seulement les conflits irrésolus du thérapeute. En séance, les besoins, les aspects de la personnalité, les conflits non-résolus et les comportements du patient ainsi que ceux du thérapeute forment à la fois le CT (Hayes et al., 2011) et le transfert (Hofsess, 2008). Cette définition tient donc compte de la nature interactive du CT (Gelso & Hayes, 2007).

### **Composantes du CT**

Dans un effort récent pour délimiter le concept du CT et pour identifier ses dimensions essentielles qui ont retenu l'attention de plusieurs auteurs depuis près d'un siècle, Gelso et Carter (1994) proposent que le CT soit considéré comme étant l'une des trois composantes de la relation thérapeutique. La relation thérapeutique serait ainsi composée de l'alliance

thérapeutique, la configuration transférentielle (qui inclut le transfert et le CT) et la relation réelle (Gelso & Carter, 1994). L'alliance thérapeutique est définie comme l'ensemble de la relation entre le « soi raisonnable » du patient et du « soi » du thérapeute. Le soi du thérapeute se rapporte à l'action d'analyse de ce dernier. La force de l'alliance thérapeutique est à la fois affectée par l'entente entre le thérapeute et le patient sur l'atteinte des objectifs et même l'identification de ceux-ci et inversement, la force de l'alliance affecte cette entente. La configuration transférentielle comprend le transfert et le contre-transfert. Pour ces auteurs, qui sont des adeptes de la conception relationnelle du CT, le transfert est la répétition des conflits significatifs vécus avec les autres comme les émotions, les attitudes, les comportements qui se sont produits dans les relations précoces et qui se réactivent avec le thérapeute. Le contre-transfert est défini comme le transfert du thérapeute, c'est-à-dire les réactions du thérapeute vis-à-vis le matériel amené par le patient, qu'il soit verbal ou non. Enfin, la vraie relation réfère à la dimension de la relation globale qui est essentiellement non transférentielle et relativement indépendante du transfert (Gelso & Carter, 1994).

Le CT peut être à son tour divisé en différentes composantes. Gelso et Hayes (2007) ont établi cinq composantes du CT basées sur le modèle théorique développé par Hayes (Hayes, 1995):

- 1) L'origine du CT : le CT peut être déclenché par les caractéristiques personnelles du thérapeute ou du patient, dont les conflits non résolus ou le type de personnalité, par exemple;
- 2) Les manifestations du CT : les réactions contre-transférentielles du thérapeute peuvent se manifester dans différentes fonctions psychologiques. Le CT peut donc être cognitif, affectif ou comportemental;
- 3) Les déclencheurs du CT : souvent le CT est déclenché par des événements se produisant pendant les séances de thérapie;
- 4) Les effets du CT : le CT a des effets sur les facteurs du suivi thérapeutique, comme des conséquences sur l'alliance thérapeutique ou sur l'efficacité du traitement;
- 5) La gestion du CT : les stratégies utilisées par le thérapeute pour contrôler les manifestations du CT.

Ces composantes du CT permettent d'établir une structure cohérente et un cadre de travail qui pourrait être utilisé par les cliniciens, superviseurs et supervisés (Hofsess, 2008). L'analyse des composantes du CT rend plus facile l'identification du CT en séance de psychothérapie et par le fait même, de le travailler en supervision pour éventuellement être en mesure de le gérer en séance (Hayes et al., 1998). Nous nous servons de ces cinq composantes dans les paragraphes qui suivent afin de présenter une vue d'ensemble du CT.

### **Origines, manifestations et déclencheurs du CT**

Selon l'approche relationnelle, les origines du CT sont reconnues comme provenant des zones de conflits personnels du thérapeute dus à des dynamiques familiales précoces, à des besoins ou des valeurs du thérapeute (Hayes et al., 1998). Les origines peuvent également être les conflits appartenant au patient. En effet, différentes caractéristiques du patient peuvent être à l'origine du CT et contribuer à ce qu'il y ait des déclencheurs dans la séance de suivi (Brody & Farber, 1996; Clarkin, 2006; Gelso, Fassinger, Gomez, & Latts, 1995). Les déclencheurs sont des événements se produisant dans la séance et qui provoquent une réaction de la part du thérapeute. Et souvent, ils sont le produit de l'interaction dynamique entre les conflits irrésolus du client et ceux du thérapeute. Par exemple, les conflits internes du thérapeute peuvent être déclenchés par un sujet abordé par le patient ou un comportement particulier qu'il aurait adopté en rencontre. Ces déclencheurs pourraient provoquer une réaction immédiate chez le thérapeute, une réaction retardée à une autre séance ou même à l'extérieur de la séance (Hayes et al., 1998). Cette réaction du thérapeute consiste, en d'autres mots, à son CT. Comme mentionné plus haut, une telle réaction peut se manifester sur plusieurs plans : affective, cognitive, comportementale et même symptomatique. Il peut être parfois difficile de départager le type de manifestation de CT agi par le thérapeute. En effet, les différents types de manifestations sont souvent interreliés. Il est possible de croire qu'un thérapeute vivant une émotion forte en séance, comme de la colère (manifestation affective), pourrait l'agir en haussant le ton (manifestation comportementale) dans la rencontre et ne pas être en mesure d'écouter et de se rappeler le discours de son patient (manifestation cognitive), étant trop submergé par son émotion. Le thérapeute, à force de ressentir de la colère avec ce patient et éventuellement avec d'autres, pourrait devenir irritable et ce, même à l'extérieur des rencontres. Cette irritabilité qui deviendrait non pas un affect, mais une caractéristique du

tempérament, serait en soi un symptôme.

Il est important d'indiquer qu'il existe plusieurs corrélations entre les origines et les déclencheurs du CT, car plusieurs recherches ont été réalisées dans le but d'établir le lien entre le transfert et le CT. Aron (1996) et Lewis (1996) sont d'avis que le transfert et le CT ne sont pas isolés, mais s'influencent mutuellement. Le transfert et le CT se créent ensemble, sont interdépendants l'un de l'autre et forment la relation thérapeutique (Winnicott, 1949). Plusieurs études tentent de définir la relation qui existe entre le transfert et le CT en essayant d'identifier les origines du CT et du transfert. D'autres études soulèvent la relation entre les styles d'attachement du thérapeute et du patient et des manifestations du CT. D'abord, selon Brody et Farber (1996), Clarkin (2006) et Gelso (1995), les réactions contre-transférentielles du thérapeute seraient liées à certaines caractéristiques du patient et donc au transfert de ce dernier. Cela s'expliquerait par le fait que les caractéristiques des patients sont en interaction avec les caractéristiques du thérapeute, ce qui déclencherait et influencerait le CT du thérapeute (Gelso et al., 1995). D'autres études précisent que ce sont les conflits irrésolus des thérapeutes et les caractéristiques des patients qui façonneraient les manifestations du CT du thérapeute (Hayes et al., 1998). De plus, certains auteurs comme Clarkin (2006) et Schwartz et Wendling (2003) ont associé des types de transfert et du CT à des diagnostics, voire à des types de personnalité. Par exemple, les patients psychotiques ont tendance à provoquer du CT comme de la frustration, de l'impuissance, le sentiment de ne pas être à la hauteur ou faire en sorte qu'aucune relation ne soit possible avec lui. Les patients avec une organisation de personnalité limite, tant qu'à eux, engendreraient des manifestations du CT, tels que le besoin de prendre le patient en charge, la sensation d'être contrôlé, ainsi que celle d'être menacé dans sa propre identité dans les cas où des phases d'idéalisation et de dévaluation se succèdent (Clarkin, 2006). Les éléments du CT ressentis par les thérapeutes en présence de patients souffrant d'un trouble de la personnalité narcissique seraient de l'oppression, de la froideur (Schwartz & Wendling, 2003), des sentiments d'incompétence et d'ennui (Betan, & Westen, 2009). De plus, la valence du CT, positive ou négative (voir la définition dans la section : « Les effets »), serait liée au diagnostic des patients (Brody & Farber, 1996). Par exemple, pour des patients ayant un diagnostic de dépression, les thérapeutes vivraient principalement du CT positif en rencontre : « Les thérapeutes ressentent facilement de l'empathie et de la confiance en leurs capacités » (Brody & Farber, 1996). Pour un diagnostic de trouble de la

personnalité limite, le CT vécu par le thérapeute aurait une prédominance négative : de la frustration, de l'irritation et de la colère (Brody & Farber, 1996). Certains auteurs rapportent que le caractère pathologique, le comportement et l'image de soi du patient seraient davantage liés aux réactions du CT du thérapeute plutôt que le diagnostic du patient (Rolf Holmqvist, 1998).

D'autres associations entre le transfert et le CT pourraient également être observées, comme la relation entre les styles d'attachement du thérapeute et du patient, et le type de manifestation du CT. Une étude a relevé que les propos tenus en séances par les patients ayant des types d'attachement différents évoquaient des réponses spécifiques en terme de réactions contre-transférentielles des thérapeutes (Martin, Buchheim, Berger, & Strauss, 2007). De plus, les résultats de l'étude de Markin, McCarthy et Barber (2013) révèlent également un lien entre le transfert négatif du patient (origine du CT) et l'expression d'affects négatifs par le thérapeute (manifestation du CT).

### **Effets : conséquences des CT positif et négatif sur le processus thérapeutique**

Le CT peut être positif comme négatif au plan des conséquences qu'il peut avoir sur le thérapeute, le patient et sur la psychothérapie. Un CT positif est défini par un comportement qui est soutenant et amical (Ligiéro & Gelso, 2002) et associé à une attitude d'encouragement du thérapeute envers son patient (Markin et al., 2013). Dans l'étude de Gelso et Hayes (2001), il est mentionné que le CT négatif est défini par des comportements négatifs tel que des comportements trop structurés et rigides de la part du thérapeute ainsi qu'à une attitude critique ou encore d'évitement (Ligiéro & Gelso, 2002). Hayes et ses collègues (1998) ont montré que le CT positif et négatif peut avoir des conséquences positives et négatives sur la thérapie. Les manifestations du CT positif et l'expression d'affects positifs par le thérapeute sont associés à une session plus superficielle et calme, ce qui favorise une bonne relation thérapeutique. Au contraire, dans d'autres situations, un CT positif peut avoir des conséquences négatives, comme empêcher l'émergence d'un conflit alors qu'il est nécessaire à la progression de la thérapie. Un CT positif peut faire en sorte que le thérapeute ne voit pas la sévérité des symptômes du patient puisqu'il reste dans une session calme et plus superficielle alors qu'il aurait été nécessaire de faire davantage de confrontations et « d'entrer dans des enjeux plus profonds » (Hayes et al., 1998). Un thérapeute ayant un CT positif pourrait avoir

un agissement inadéquat en se dévoilant trop. Le thérapeute pourrait vouloir se démontrer compétent auprès du patient et cela aurait comme conséquence que le thérapeute ne soit pas en mesure de s'attarder suffisamment aux problèmes et conflits propres au patient (Friedman & Gelso, 2000). D'ailleurs, les recherches passées appuient la notion que le CT, autant positif que négatif, ont comme conséquence l'évitement des problèmes propres au patient (Friedman & Gelso, 2000). Dans l'étude qualitative de Hayes et ses collègues (1998), on observe qu'un CT négatif est lié à une attitude de retrait et de désengagement du thérapeute et que cela peut entraîner, comme conséquence négative, une relation thérapeutique tendue. Il existe d'ailleurs une corrélation négative entre les manifestations comportementales du CT négatif et l'alliance thérapeutique (Rosenberger & Hayes, 2002). Il est possible d'émettre l'hypothèse qu'une conséquence positive d'un CT négatif pourrait être la tendance du thérapeute à aborder dans les rencontres un contenu profond plus rapidement au cours du processus thérapeutique.

### **Gestion du CT**

Les instruments de mesure des manifestations du CT ont aussi pour utilité de soulever la présence du CT en séance afin de pouvoir en gérer les manifestations. La difficulté du thérapeute à gérer les manifestations de son CT peut engendrer de nombreuses conséquences négatives. En effet, les comportements contre-transférentiels sont propices à entraver les habiletés du thérapeute à engager efficacement le travail thérapeutique. Par exemple, le thérapeute ayant de la difficulté à gérer les manifestations de son CT pourrait éviter d'approfondir le contenu d'une séance de thérapie. En présence du CT, il pourrait être plus distrait et se concentrer davantage sur ses propres sentiments et ses conflits internes plutôt que sur ceux de son patient (Rosenberger & Hayes, 2002). D'ailleurs, il y a une relation négative entre l'empathie du thérapeute et les manifestations comportementales de son CT (Peabody & Gelso, 1982). De plus, Rosenberger et Hayes (2002) ont observé que les habiletés du thérapeute à gérer les manifestations de son CT prédisent sa capacité à approfondir le contenu d'une séance de thérapie tout en maintenant une alliance thérapeutique positive.

Il y a deux principales façons pour un thérapeute, de gérer les manifestations de son CT en séance. La première est de développer des habiletés personnelles permettant de diminuer les manifestations de son CT en séance. La seconde est d'identifier les manifestations de son CT et de les interpréter à l'aide de techniques thérapeutiques, de façon à

ce que le CT ait des effets positifs sur le processus thérapeutique. Les facteurs pouvant diminuer les manifestations de CT ont grandement été étudiés et cinq caractéristiques ou techniques des thérapeutes, appelés facteurs, sont relevées par plusieurs études comme étant utiles pour gérer le CT. Ces facteurs sont la gestion de l'anxiété, l'introspection (self-insight), les techniques de conceptualisation, l'auto-intégration et l'empathie (Hayes, Gelso, Van Wagoner, & Diemer, 1991). D'un côté, les techniques de gestion des manifestations du CT peuvent diminuer la présence du CT ou limiter leur portée et, d'un autre côté, leur utilisation par le thérapeute peut aider ce dernier à intervenir efficacement une fois qu'il a agi des manifestations de son CT dans la séance (Hayes et al., 1998). Les habiletés du thérapeute à gérer les manifestations de son CT seraient liées à des séances de thérapie où le matériel thérapeutique est plus profond (Rosenberger & Hayes, 2002), contrairement aux séances où le thérapeute ne posséderait pas ces habiletés.

### **Définition du CT pour l'étude**

Dans le cadre de la présente étude, la définition du CT qui a été utilisée est celle de la vision totalistique : toutes les réactions du thérapeute face aux patients s'avèrent du CT (Hayes, Yeh, & Eisenberg, 2007). L'auteure du présent mémoire a donc identifié que les instruments de mesure devant être retenus pour la recension pouvaient évaluer l'ensemble des comportements du thérapeute (par exemple : ses expressions faciales, ses gestes, son type d'intervention, son style, son discours en terme linguistique et les paramètres du discours comme la tonalité de sa voix, les silences et les pauses de parole, son patron relationnel, etc.), son état affectif, sa cognition (ses stratégies de coping, son état mental, etc.) et ses réactions symptomatiques (ses symptômes tels que la dépression ou l'anxiété, ses croyances erronées, le développement de traumatisme vicariant, etc.).

La visée du mémoire a été considérée dans la détermination du choix de la définition à utiliser dans la recension. Le but de cette recension étant de diriger de futurs travaux de développement d'instruments de mesure utiles à la clinique, il semble cohérent d'utiliser la définition utilisée par une majorité de cliniciens. La définition totalistique est celle qui est la plus utilisée par les cliniciens (Sanderson, 1996) alors que celle la plus utilisée en recherche est la définition relationnelle (Hofsess, 2008). En effet, dans l'étude de Sanderson (1996), 80% des 364 interviewés, des psychologues et des travailleurs sociaux, répondant aux

questionnaires de l'étude adoptaient cette conception du CT. De plus, utiliser l'approche relationnelle limiterait les manifestations qui correspondent uniquement aux réactions du thérapeute, qui sont influencées à la fois par le patient et par les caractéristiques du thérapeute. Si la définition relationnelle avait été choisie pour le présent mémoire, il aurait fallu évaluer, pour chacune des manifestations mesurées, quelles en étaient les influences.

Les auteurs Fauth et Hayes (2006), précurseurs de l'approche relationnelle, ont utilisé la définition classique du CT de Freud sans limiter les réactions contre-transférentielles aux réactions inconscientes en réponse au transfert. La définition classique a été utilisée dans le cadre d'une étude évaluant le stress du thérapeute comme précurseurs de comportements du CT avec des patients masculins (Fauth & Hayes, 2006). Il est possible de se demander pourquoi Fauth et Hayes n'ont pas utilisé leur définition relationnelle du CT alors qu'ils en sont eux-mêmes les auteurs. Peut-être cela peut s'expliquer par le fait que la définition relationnelle du CT n'est pas applicable pour tous les contextes. En effet, dans l'étude de Branson (2012), la définition relationnelle du CT est utilisée : « Le CT se réfère à la réaction émotionnelle du comportement de santé du clinicien au matériel thérapeutique d'un patient, où la réaction émotionnelle résulte de problèmes personnels non résolus » (Rothschild, 2006; Trippany et al., 2004; cités dans Branson, 2012). Avec cette définition, il n'est donc pas évident d'identifier quelles réactions sont considérées comme étant du CT et quelles ne le sont pas.

La définition totalistique a aussi été choisie dans le but d'être le plus inclusif possible. En effet, selon la définition, toute réaction du thérapeute peut s'avérer être du CT, peu importe son origine, sa forme (type de manifestation) et son déclencheur. Le mémoire étant une recension visant à obtenir une vue d'ensemble sur les instruments de mesure des manifestations du CT existants dans la littérature, l'auteure a voulu couvrir le plus largement possible ce domaine de recherche en sélectionnant la définition la plus large.

Il est important de mentionner que la définition totalistique du CT est particulièrement problématique lorsque vient le temps de l'opérationnaliser. Avant même de réaliser la recension, il est attendu qu'il sera impossible de couvrir l'ensemble des instruments de mesure qui opérationnalisent toutes les réactions que le thérapeute peut avoir en séance ou entre les séances de toutes les natures. Cela constitue en soi une limite connue préalablement



aux résultats et qui sera élaborée plus loin dans le présent mémoire. Des efforts importants seront donc déployés pour définir en plus de termes possibles les manifestations du CT lors du lancement de la recherche dans les moteurs de recherche informatique afin de limiter les études qui n'auront pas été identifiées par les moteurs de recherche, mais qui correspondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. En plus des construits plus connus comme les comportements, les affects et les cognitions du thérapeute, les instruments qui évaluent la relation thérapeutique seront donc inclus dans la recension afin d'évaluer si le construit mesuré peut correspondre à la définition du CT. En effet, comme il a été mentionné plus haut, le CT est une composante de la relation thérapeutique.

## **Objectifs**

Le but de ce mémoire est de faire l'état de la littérature sur les instruments de mesure quantitatifs évaluant les manifestations du CT, selon la définition totalistique, par le biais d'une recension systématique. La collecte de l'ensemble des instruments permettra d'évaluer si la difficulté à arriver à un consensus quant à la définition du CT dans la littérature se traduit également dans l'opérationnalisation de sa mesure. En d'autres termes : Est-ce que le CT est bien opérationnalisé? Y a-t-il un consensus en ce qui a trait aux instruments de mesure à utiliser pour évaluer les manifestations du CT? La recension permettra également de faire un constat sur la qualité méthodologique des différents instruments utilisés dans les études ainsi que leurs caractéristiques principales. Enfin, ce mémoire consiste en une étude préliminaire au développement d'un nouvel instrument de mesure plus complet incluant les forces et éliminant les faiblesses des instruments déjà existants.

## **Méthodologie**

### **Critères utilisés pour évaluer les études de la recension**

#### **Méthode de la recension**

La méthode de la recension est basée sur les 27 critères PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*; voir Annexe A; (Gillen, Schuster, Zum Büschenfelde, Friess, & Kleeff, 2010))

#### **Type d'études**

Toutes les études, écrites en anglais ou en français, qui utilisent un instrument de mesure se rapportant au CT et qui sont basées sur des protocoles expérimentaux et quasi-expérimentaux ont été incluses. Ces études pouvaient être des articles publiés ou non, tel que des thèses ou des mémoires. Celles qui ont été publiées ont pu l'être dans des articles de périodiques, des chapitres de livres ou des livres, des critiques ou des tests. Les présentations et les affiches de congrès n'ont pas été considérées parce qu'elles étaient souvent incomplètes en termes de références et leur qualité méthodologique était souvent incertaine. Les études portant sur le développement d'un instrument de mesure appuyé par une évaluation quantitative de sa validité ont également été considérées dans la recension. Dans les cas où plus d'une étude portaient sur une même mesure, toutes ces études ont été considérées et les données pertinentes des différentes études ont été rapportées dans la section « Résultats ». Les études utilisant des méthodes d'imagerie cérébrale, des études avec des jumeaux, des modèles mathématiques et de la stimulation scientifique ont été exclues parce qu'elles ne correspondaient pas au domaine de recherche habituel du CT. En effet, la recension visait à faire l'éventail des instruments de mesure évaluant les manifestations du CT se produisant dans un contexte clinique. Exclure les méthodes d'imagerie cérébrale, des études de jumeaux, des modèles mathématiques et de la stimulation scientifique a permis d'orienter la recherche vers un domaine plus pratique, ce qui correspond davantage aux objectifs du mémoire et permet de répondre aux besoins du travail clinique.

## **Type de participants**

Les populations des études qui ont été considérées devaient être composées de patients adultes suivant une thérapie individuelle ou un soin se rapportant à la santé mentale. Le contexte des études devait se rapporter à l'évaluation des réactions de l'intervenant qui offre une thérapie ou qui prodigue un soin. Ces intervenant devait donc exercer une profession ou être des étudiants en relation d'aide et/ou dans un domaine en lien avec la santé mentale (psychologue, conseiller en orientation, psychiatre, etc.). Les critères se rapportant aux participants, autant pour les patients que pour les intervenants, ont été définis dans le but de limiter le contexte des études à celui de la clinique. En effet, les résultats de la recension devaient être généralisables au contexte de la pratique clinique en psychologie, étant donné qu'il s'agit du domaine d'intérêt de l'auteur de ce mémoire, et qu'il s'agit aussi du contexte naturel, voire habituel des études sur le CT. De plus, si les études se rapportaient à une population de patients gériatriques et/ou juvéniles, elles étaient exclues. Étant donné que le présent mémoire consistait en une recension, il a semblé préférable de limiter la population étudiée pour avoir des résultats cohérents entre eux. Les populations de patients juvéniles et gériatriques semblaient être moins étudiées dans ce domaine et ce mémoire visait à avoir une vue générale, mais suffisamment précise pour pouvoir tirer des conclusions sur ce qui existe en termes d'instruments mesurant les manifestations du CT chez les adultes.

## **Type d'instruments de mesure**

Le critère minimal pour qu'un instrument de mesure soit considéré est qu'il devait viser à opérationnaliser quantitativement au moins une manifestation du CT telle qu'entendue par la définition du CT déterminée par l'auteur du présent mémoire, donc la définition totalistique. Étant donné qu'il s'agit de la définition la plus inclusive, tous les instruments de mesure qui correspondaient aux autres définitions de CT tel que la définition classique, complémentaire et relationnelle ont donc été inclus. Les instruments de mesure recensés pouvaient donc contenir que certains items, ou même un seul, se rapportant aux manifestations du CT. Les instruments pouvaient être auto-rapportés, c'est-à-dire rapportés par un intervenant, ou hétéro-rapportés, c'est-à-dire rapporté par une personne qui n'était pas l'intervenant (comme un superviseur, un coteur ou un patient). Les instruments dont les qualités psychométriques n'étaient pas documentées dans les études dont il était question

étaient exclus des résultats de la recension. Les instruments qui ont été développés dans le cadre d'une seule étude et qui n'ont pas été utilisés à nouveau (c'est-à-dire dans d'autres études) ont également été exclus. Cela signifie que si seul l'auteur d'un instrument utilisait celui-ci, l'instrument était rejeté des résultats. Il en a été décidé ainsi, car les instruments de mesure qui ont été développés dans le seul but de satisfaire une condition expérimentale (d'une étude précise) peuvent représenter une faible validité externe. Une exception à ce dernier critère est que les instruments de mesure étaient conservés dans les résultats si les études recensées abordant les instruments consistaient en la validation de ces instruments et que les qualités psychométriques atteignaient les standards déterminés. Il est possible de penser que les études se rapportant uniquement au développement d'un instrument ont pour but d'évaluer un construit dans différentes conditions expérimentales et que leur validité externe peut être acceptable dans ces cas. Les instruments devaient également être quantitatifs. Le but du mémoire était de faire l'état des instruments de mesure opérationnalisant les manifestations du CT, il a été décidé qu'il serait plus prudent et plus informatif d'arriver à des constats généraux en excluant les études qualitatives. Ces dernières ont souvent une méthodologie complexe et très hétérogène et ce, même si elles évaluent un même construit. Les études qualitatives ont également tendance à évaluer plus d'un construit à la fois et les valeurs psychométriques de leur méthodologie sont souvent difficiles ou même impossibles à déterminer. Enfin, ces études sont souvent difficiles à répliquer.

Bref, les instruments de mesure devaient être quantitatifs, hétéro ou auto-rapportés, utilisés plus d'une fois à l'exception de ceux utilisés dans le cadre d'étude de développement d'instruments et comporter au moins un item mesurant les manifestations du CT selon la définition totalistique (toutes réactions du thérapeute en séance ou lors du suivi).

### **Stratégie de recherche pour identifier les études**

Notre question de recherche concerne essentiellement ces trois concepts : l'intervenant, l'instrument de mesure et le CT. Des synonymes, des termes et des termes indexés du moteur de recherche *Psycnet* (fonction *index terms* du moteur de recherche) pouvant se rattacher à ces trois concepts ont été sélectionnés. Cela a permis d'élaborer une liste de mots-clés et de mots indexés de ces trois concepts afin de s'assurer que la recherche lancée dans *Psycnet* soit suffisamment inclusive. Pour chacun des concepts, les termes étaient

séparés d'un « *or* » pour signifier qu'un seul des termes du premier concept devait apparaître dans le résumé des articles recensés. Un astérisque « \* » a été placé suivant le corps principal des mots-clés afin d'inclure toutes les terminaisons possibles. Chaque regroupement de mots correspondant à un concept était séparé d'un « *and* » afin que les résultats de la recension incluent chacun des concepts dans le résumé. *Psycnet* est le seul moteur de recherche qui a été utilisé. Ce moteur de recherche électronique a été choisi parce qu'il est spécialisé dans le domaine de la psychologie clinique et qu'il inclut la littérature grise. Seule la documentation parue entre 1990 et 2015 et de langue française ou anglaise a été retenue. Afin de s'assurer d'éliminer le plus de résultats non désirables possibles, un même critère pouvait être traduit à la fois en un critère d'inclusion et d'exclusion. Par exemple, pour la population, en plus d'inclure la population adulte, il a été spécifié que les populations infantiles et adolescente étaient exclues. Il a également été indiqué que la population humaine était incluse et que la population animale était exclue. D'autres critères d'exclusion, qui ont été mentionnés plus haut, ont aussi été indiqués dans le lancement de recherche. L'équation suivante de mots-clés et de mots indexés a été lancée dans *Psycnet* pour obtenir les articles correspondant au sujet de recherche :

```
Index Term:("Behavior") OR Index Term:("Countertransference") OR Index
Term:("Psychotherapeutic Transference") OR Index Term:("Relationship
Therapy")) OR Abstract:(behavio* OR microbehavio* OR
countertransfer*) AND((Index Term:("Clinicians") OR Index
Term:("Psychiatrists") OR Index Term:("Psychoanalysts") OR Index
Term:("Psychologists") OR Index Term:("Psychotherapists") OR Index
Term:("Therapists")) OR Abstract:(clinician* OR psychiatrist* OR
psychanalyst* OR psychologist* OR psychotherapist* OR
therapist*)) AND((Index Term:("Achievement Measures") OR Index
Term:("Attitude Measurement") OR Index Term:("Attitude Measures") OR
Index Term:("Criterion Referenced Tests") OR Index Term:("Inventories") OR
Index Term:("Item Analysis (Statistical)") OR Index Term:("Item Analysis
(Test)") OR Index Term:("Item Content (Test)") OR Index Term:("Personality
Measures") OR Index Term:("Profiles (Measurement)") OR Index
Term:("Projective Testing Technique") OR Index Term:("Psychiatric
Evaluation") OR Index Term:("Psychological Assessment") OR Index
Term:("Psychometrics") OR Index Term:("Questionnaires") OR Index
Term:("Rating Scales") OR Index Term:("Standardized Tests") OR Index
Term:("Statistical Measurement") OR Index Term:("Subtests") OR Index
Term:("Surveys") OR Index Term:("Symptom Checklists") OR
IndexTermsFilt:("Testing") OR IndexTermsFilt:("Verbal Tests")) OR Any
Field:(measur* OR inventor* OR item* OR Test OR scal* OR questionnair* OR
```

assessment\*))**AND Language:** english OR french **NOT Tests & Measures:** child\* **AND NOT Age Group:** Childhood (birth to 12 yrs) **AND Population Group:** Human **AND NOT Population Group:** Animal **AND NOT Methodology:** Brain Imaging **AND NOT Methodology:** Twin Study **AND NOT Methodology:** Mathematical Model **AND NOT Methodology:** Scientific Simulation **AND NOT Age Group:** Adolescence (13 to 17 yrs) **AND Age Group:** Adulthood (18 yrs & older) **AND Year:** 1990 To 2015

## Collecte des données et analyse

### Sélection des études

La recherche électronique a été réalisée à partir des bases de données *Psycnet* par l'auteure de l'étude. Les résultats du lancement de recherche à partir de *Psycnet* ont donné 5866 études. La documentation a été conservée dans une bibliothèque du logiciel informatique *EndNote*. Le nom des auteurs, l'année de publication, le résumé et, si possible, la documentation en format *pdf* ont été enregistrés dans cette même bibliothèque. Les études non pertinentes, c'est-à-dire celles qui ne concernaient pas l'évaluation du thérapeute dans le cadre d'un suivi psychologique individuel, ont été exclues de la bibliothèque électronique. La première sélection d'études a permis d'identifier 481 études qui abordaient de façon quantitative le sujet du CT ou des réactions possibles du thérapeute en séance ou entre les séances. Autrement dit, les 5385 études qui ont été exclues ne concernaient pas l'évaluation quantitative du CT ou d'aspects de CT du thérapeute dans le cadre d'un suivi en psychologie. Ces articles pouvaient être par exemple des études d'efficacité de traitement comme l'article *Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder* (Heuzenroeder et al., 2004), des études portant sur des outils (échelles, tests, ou questionnaires) d'évaluation ou diagnostics comme l'étude concernant les qualités psychométriques du *Illness Management and Recovery (IMR) scale* (Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2008) ou l'étude de validation du *Conners Comprehensive Behavior Rating Scale (CBRS)* et du *Conners Early Childhood (EC)* avec une population vietnamienne (Mooney, 2015). Les études exclues pouvaient également être des enquêtes liées à certaines problématiques de santé mentale spécifiques telles que l'évaluation des troubles anxieux chez une clientèle âgée (*Anxiety in the elderly: Treatment and research*, 1991), ou encore une étude concernant l'attitude et la satisfaction des psychiatres coréens par rapport à la médication antipsychotique (Chang & Kim, 2014), par exemple. Le groupe

d'études exclues contenait également des études portant sur des problèmes liés à un trouble de santé mentale particulier comme les problèmes sexuels chez une population de personnes atteintes de démence (Abdo, 2013) ou la présence de symptômes de type post-traumatique chez les patients atteints du cancer du sein (Naidich & Motta, 2000). D'autres études évaluaient l'attitude des professionnels de la santé par rapport à une certaine problématique comme l'article de Mellor et Deering (2010), qui évalue l'attitude des professionnels de la santé à l'égard des femmes qui ont été victimes d'abus sexuels alors qu'elles étaient jeunes ou encore l'attitude d'une population par rapport à une croyance générale comme l'article *Perceptions of Child Maltreatment by Parents from the Indian Subcontinent: Challenging Myths About Culturally Based Abusive Parenting Practices* écrit par Maiter, Alaggia et Trocmé (2004).

Cette première sélection de 481 études était basée sur la pertinence du sujet des études et non uniquement sur leur méthode et les instruments qui étaient utilisés à l'intérieur de ces études. Cette première sélection était donc réalisée à la lecture de leur résumé. Les résumés des 481 études qui ont été sélectionnées devaient porter sur l'évaluation du thérapeute dans le cadre d'un suivi en psychologie. Les études pouvaient aborder l'évaluation du processus thérapeutique comme l'étude *Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (Ablon & Jones, 1999), les caractéristiques reliées au thérapeute comme les articles *Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients* (Vocisano et al., 2004) et *An Examination of Therapist and Client Behavior in High- and Low-Alliance Sessions In Cognitive-Behavioral Therapy and Process Experiential Therapy* (Watson & Geller, 2005). Cela en a été décidé ainsi par souci d'efficacité. Il est possible, par contre, que cette méthode puisse avoir créé des oublis puisque certains instruments de mesure évaluant les manifestations du CT auraient pu se trouver dans des études dont le sujet était tout autre. À partir de ces 481 études, une deuxième sélection d'études a été réalisée et les instruments de mesure des manifestations du CT ont été identifiés. Cette deuxième sélection d'études a été réalisée à la lecture des méthodologies de celles-ci. À l'aide du logiciel *EndNote*, les études ont ensuite été classées en groupes, chaque groupe représentant un instrument de mesure de manifestations du CT. Ces groupes (instruments de mesures) ont ensuite été classés en



catégories selon le type de manifestation du CT (comportemental, affectif, développement de symptômes, cognitif ou interactions patient-thérapeute). Comme mentionné plus haut, les études devaient utiliser au moins un instrument de mesure possédant minimalement un item évaluant un type de manifestation du CT, et elles devaient aussi être réalisées dans un contexte de suivi individuel en psychologie ou en santé mentale, avec un intervenant et un patient adulte. Les instruments devaient avoir été utilisés dans plus d'une étude, recensée ou non, (une étude recensée et les autres pouvaient alors se retrouver dans toute la littérature scientifique existante) ou si les instruments étaient utilisés dans une seule étude, cette dernière devait avoir pour but le développement et la validation d'instruments. Enfin, les données psychométriques des instruments de mesure devaient être accessibles à travers les divers moteurs de recherche informatique (*Google Scholar, Psycnet, Taylor and Francis* et tous les autres moteurs de recherche accessibles via la bibliothèque de l'Université Laval). Pour augmenter la fidélité de la recension, la deuxième sélection des instruments de mesure a été réalisée une seconde fois à partir de la banque des 481 études. Pour cette étape, des coteurs ont été formés par l'auteure du mémoire. Ces coteurs étaient trois étudiantes bénévoles en psychologie au 1<sup>er</sup> cycle qui se sont portées volontaires pour participer au mémoire. Elles se sont réparties également les 481 études et elles ont travaillé séparément au moment de sélectionner les instruments de mesure. Les deux résultats de la deuxième sélection (la deuxième sélection effectuée à deux reprises) ont ensuite été comparés en groupe avec tous les coteurs et l'auteure du présent mémoire. Lorsque les instruments de mesure n'étaient pas identifiés à la fois par les coteurs ou par l'auteure, une lecture en groupe des études utilisant ces instruments était réalisée et une révision des critères d'inclusion et d'exclusion était faite. Si un désaccord concernant l'inclusion ou l'exclusion de l'instrument persistait après la révision, un vote était fait et la majorité l'emportait. Trois instruments ont été étudiés plus spécifiquement en équipe. Il s'agit du Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS; Loeb et al., 2005) du Initiative-Response Method (IRM; Jahoda et al., 2009), qui ont été enlevés après analyse de groupe et l'Affective Communication Questionnaire (ACQ; Meehan, Levy, & Clarkin, 2012) qui a été ajouté. Le VTAS a été retiré puisqu'il s'agit d'un instrument de mesure évaluant l'alliance entre le thérapeute et le patient et non une manifestation spécifique du thérapeute (Loeb et al., 2005). Avant l'analyse spécifique de l'instrument, celui-ci avait été conservé puisqu'il contenait des facteurs spécifiques au thérapeute, mais qui font référence à des facteurs qui contribuent à

l'alliance thérapeutique, et non à des manifestations du CT (Loeb et al., 2005). Le IRM n'a pas été retenu puisqu'il s'agit d'un processus d'analyse qualitatif plutôt que d'un instrument quantitatif. Il a été le fruit d'une analyse de groupe parce que la méthode met en lumière certains facteurs tel que des coefficients et des fréquences, de l'initiative et de la qualité des réponses, mais ceci s'inscrit dans une méthode qualitative de classification (Jahoda et al., 2009). Enfin l'ACQ n'avait préalablement pas été retenu parce que l'instrument évalue la communication affective créée à la fois par le thérapeute et le patient (Meehan et al., 2012). Il a été décidé que cet instrument répondait aux critères puisqu'il donnait des facteurs spécifiques au thérapeute. Cette deuxième sélection et comparaison a permis de s'assurer d'une plus grande fidélité au niveau du respect des critères d'inclusion et d'exclusion définis préalablement.

### **Méthode d'extraction des données**

Les données ont été extraites manuellement des études par l'auteure du mémoire. Les études ont ensuite été classées selon les instruments de mesure utilisés dans la méthode des études. Plusieurs études pouvaient donc avoir des données concernant un même instrument et une même étude pouvait contenir plusieurs instruments de mesure. Si les études recensées ne contenaient pas toute l'information nécessaire à la description d'un instrument (caractéristiques psychométriques, par exemple), une recherche manuelle a été réalisée pour identifier d'autres études abordant ledit instrument à l'intérieur de toute la littérature existante. Cette recherche pouvait alors être faite à l'aide des différents moteurs de recherche informatique (*Google Scholar, Psycnet, Taylor and Francis, PubMed* et autres au besoin) et de bases de données de bibliothèques universitaires.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Un critère d'inclusion important pour retenir les instruments dans les résultats était que les instruments de mesure recensés devaient avoir été validés dans l'une des études recensées ou dans toutes autres études qui ont pu être trouvées manuellement. Si aucune validation des instruments n'existait, ceux-ci étaient exclus des résultats de la recension. Aucune valeur minimale d'un coefficient d'un type de validité ou de fidélité n'était exigée pour que les instruments de mesures soient retenus dans les résultats. Il en a été décidé ainsi

car le but du mémoire était d'évaluer les caractéristiques des différents instruments de mesure existants en constatant leurs forces et leurs faiblesses comme leur qualité psychométrique, et non de conserver les instruments de mesure possédant les meilleures qualités psychométriques. Cependant, le report des coefficients de différents types de validité et de fidélité des instruments était exigé dans au moins une étude abordant les instruments pour que les instruments soient retenus dans les résultats. Cela pouvait être la cohérence interne, la validité de construit, de convergence, ou de différenciation. Les autres types de validité ou de fidélité rapportés n'étaient pas exigés pour que les instruments soient retenus dans les résultats. Étant donné que la méthode du présent mémoire visait à comparer les qualités méthodologiques et psychométriques des instruments de mesure opérationnalisant les manifestations du CT, les études retenues comprenaient celles qui utilisent les instruments de mesure des manifestations du CT, celles qui évaluent la qualité psychométrique des instruments et celles qui concernent le développement de ces instruments. Il n'était pas nécessaire que les instruments soient présentés ou utilisés dans ces trois types d'études (celles qui utilisent l'instrument, celles qui évaluent la qualité psychométrique et celles se rapportant au développement de l'instrument) pour que les instruments soient inclus dans les résultats de la recension.

Une fois que les études incluses dans la recension ont été déterminées, une évaluation générale de ces études est réalisée à l'aide de l'*Assessing risk of bias in included studies*, outil développé par Cochrane Collaboration (Higgins et al., 2011) présenté à l'Annexe B.

## Résultats

### Résultats de la recherche et classement des données

La recension a permis d'identifier 60 instruments de mesures opérationnalisant les manifestations du CT dans le cadre d'une thérapie individuelle pour des patients adultes et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion nommés plus haut. Les instruments de mesure retenus sont présentés dans cinq tableaux selon le type de manifestations prédominants des différents items auxquels ils correspondent : les symptômes et les réactions du thérapeute qui totalisent 13 des 60 mesures (voir Tableau 1), les manifestations affectives du thérapeute qui en comptent 20 (voir Tableau 2), les manifestations cognitives qui en totalisent six (voir Tableau 3), les manifestations comportementales qui en comptent neuf (voir Tableau 4) et les interactions entre le patient et le thérapeute qui en comptent 12 (voir Tableau 5). Nous avons décidés de classer les instruments de mesure selon le type de manifestations prédominant, même si la majorité possède plusieurs types de manifestations pour faciliter la comparaison entre les instruments. Pour chaque instrument qui possède plus d'un type de manifestations de CT, une note en bas de page des tableaux est inscrite pour indiquer les types de manifestations secondaires que contiennent ces instruments.

Les instruments de mesure contenus dans les résultats peuvent être spécifiques aux manifestations du CT ou ils peuvent opérationnaliser d'autres concepts, comme par exemple l'alliance thérapeutique dans le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS; Chisholm, 1998). En effet, le CALPAS est un instrument de mesure qui évalue l'alliance thérapeutique, mais il contient une dimension qui se rapporte à la manifestation cognitive et affective du CT : la compréhension et l'intensité de la participation du thérapeute. Les instruments comme ce dernier qui possèdent des items ou des dimensions qui ne sont pas liés aux manifestations du CT ont été définis comme étant « non spécifiques ». Le nom des auteurs qui ont développé les instruments de mesure et les dates de création ont été rapportés dans les tableaux, mais également ceux des versions subséquentes à la version originale. La description des instruments de mesure comprend le type d'échelle de mesure, le nombre d'items, les dimensions mesurées et/ou les facteurs de l'instrument dégagés par les analyses factorielles et les qualités psychométriques. Les données se rapportaient majoritairement à la version

originale de l'instrument, mais lorsqu'elles étaient facilement accessibles, les données des versions subséquentes étaient également rapportées.

### **Évaluation des risques de biais et mesure de l'effet**

Compte tenu d'un nombre élevé d'instruments de mesure recensés et de la méthodologie très variable entre les études, les risques de biais des études n'ont pas été évalués de façon systématique. De plus, étant donné que le but du mémoire est d'évaluer les instruments de mesure et non les études, il est moins pertinent pour les conclusions du mémoire d'évaluer la qualité des études. Des regroupements d'instruments de mesure ont été réalisés dans le but de tirer des conclusions générales sur les divers instruments de mesure recensés selon le type prédominant de manifestations du CT qu'ils opérationnalisent. De plus, il n'a pas été possible de calculer des tailles d'effet en réalisant une méta-analyse puisque la recension ne fait que présenter des mesures et non de comparer différents résultats d'un processus quelconque comme la comparaison d'efficacité entre différents types de traitement spécifique d'un trouble psychologique. De surcroît, les construits évalués par les instruments diffèrent suffisamment pour empêcher de les comparer les uns avec les autres. Au sein même des instruments de mesure, plusieurs aspects peuvent être évalués. Par exemple, le Nonverbal Interaction and States Analysis (NISA) évalue à la fois le comportement du thérapeute, par sa position physique et sa gesticulation et son patron interactionnel avec le patient (Davis & Hadiks, 1994) alors que l'Inventory of CT Behavior (ICB) évalue des comportements en termes d'actions concrètes comme «Le thérapeute parle trop pendant la séance» (Rosenberger, 2000).

### **Constats des instruments de mesure exclus**

Lors de la deuxième sélection des instruments de mesure, 24 ont été exclus car ils ont été développés pour une étude « unique », c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été utilisés ultérieurement après leur développement. Ces 24 instruments de mesure ne sont donc pas comptabilisés dans les 60 présentés. Par exemple, le Salz CT Questionnaire (SCQ; Salz, 1998) est un instrument qui a un usage dans une unique étude. L'instrument de mesure, qui évalue toutes les réponses possibles du thérapeute par rapport à son patient, a été développé spécifiquement pour l'étude de Salz. Aucune évaluation de sa cohérence interne n'a été

réalisée et l'instrument n'a pas été utilisé à nouveau dans d'autres études. Il en est de même pour les instruments suivants : le Beckian Therapist Emotional Response Rating Scale (BTERRS; Guse, 2012); le Covert Reaction Questionnaire (CoRQ; Swaney & Stone, 1990); le CT Scale (CTFS; Calvert, 1997); le Assessment of CT Scale (EACT; Eizirik, Schestatsky, Kruehl, & Ceitlin, 2011); des indices globaux du CT (Keough, 2005); le Measure of CT (MCT; S. E. G. Thomas, Werner-Wilson, & Murphy, 2005); le Patient Affect Scale (PAS; Geller, Lehman, & Farber, 2002); le Psychotherapy Boundary Modification Interview (PBMI; Johnston, 2001); le Reaction to Suicide Questionnaire (RSQ; Wurst et al., 2011); le Self-Disclosure Manipulation Check (SDMC; Myers & Hayes, 2006); le Therapist Behavior Item (TBI; Bair, 2008); le Therapist's Crying in Therapy (TCT; Blume-Marcovici, Stolberg, & Khademi, 2013); le Therapist Coping Study Questionnaire (TCSQ; Goodman, 1997); le Therapist Experience Survey (TES; Wertz, 2001); le Therapist Response Category (TRC; Hoffman, 2000); le Therapeutic Relationship Questionnaire (TRQ; Cooper-White, 2002); le Trauma Work Impact Scale (TWIS; Van De Water, 1996); le Understanding and Utilization of Erotic CT (UUEC; Lenhardt, 1995) et le Yulis-Kiesler Assessment Instrument (YKAI; B. M. Thomas, 1996).

Neuf autres mesures ont été exclues, soit parce que les études présentant ces mesures ne rapportaient pas leurs propriétés psychométriques, soit qu'elles n'avaient pas été validées empiriquement ou, que ces mesures étaient non valides après analyse. Ces mesures sont le Affective Adjective Checklist (AAC; Gronendyke, 1995), le Rational Model of Therapeutic Presence (RMTP; Colosimo & Pos, 2015), le Subjective Units of Distress (SUDS; Gronendyke, 1995), le THEME (Benecke & Krause, 2007), le Therapist Response Form (TRF; Gronendyke, 1995), le Differentielle Affectsкала (DAS; Merten, Anstadt, Ullrich, Krause et al., 1996), le Freiburger Beschwerdenliste (FBL; Merten et al., 1996), le Formal Psycholinguistic Analysis (FTA; Grabhorn, Kaufhold, Michal, & Overbeck, 2005) et le Interpersonal Behavior Inventory (IBI; Swaney & Stone, 1990).

### **Constats des instruments de mesure inclus**

Les instruments de mesure évaluant les différents types de manifestations de CT qui ont été conservés dans les résultats (tableaux 4 à 8) seront abordés dans la prochaine section. Des regroupements ont été réalisés selon les types de manifestations de CT, s'il s'agit

d'instruments de mesure spécifiques (se rapportant uniquement à l'évaluation de manifestations de CT) ou non spécifiques et utilisant le terme CT ou non. La quantité d'instruments de mesure se rapportant à chacun de ces groupes est présentée dans les trois tableaux qui suivent (tableaux 1 à 3). Les données sur les différents instruments de mesure inclus dans notre recension ont permis de faire le constat de plusieurs lacunes de la littérature.

	Spécifiques					Total
	sx	comp	co	aff	inter	
Utilise	6	2	1	17	1	27
N'utilise pas	7	2	0	1	0	10
Total	13	4	1	18	1	37

Tableau 1. Nombre d'instruments de mesure spécifiques selon le type de manifestation de CT (symptômes, comportementales, cognitifs, affectifs, interactionnels) et s'il utilise ou non le terme CT

	Non-spécifiques					total
	sx	comp	co	aff	inter	
Utilise	0	1	3	1	4	9
N'utilise pas	0	4	2	1	7	14
Total	0	5	5	2	11	23

Tableau 2. Nombre d'instruments de mesure non-spécifiques selon le type de manifestation de CT (symptômes, comportementales, cognitifs, affectifs, interactionnels) et s'il utilise ou non le terme CT

	Spécifiques	Non-spécifiques	Total
Utilise	27	9	36
N'utilise pas	10	14	24
Total	37	23	60

Tableau 3. Nombre total d'instruments de mesure spécifiques et non-spécifiques selon l'utilisation ou non du terme CT

Tableau 4. Instruments évaluant les symptômes et réactions du thérapeute

Instruments	Auteurs - date	Nombre de fois cités dans la recension	Auteurs et dates des modifications	Description partielle	Spécifique ou non au CT	Type de mesure	Nombre d'items	Dimensions	Temps de mesure	Hétéro ou auto-rapporté	Évaluateur	Fidélité	Validité
<b>BSI</b>	Derogatis, 1975	2	NS	Développé pour évaluer les symptômes psychologiques des P ou des personnes non suivies en psychologie <sup>30</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Pas du tout) à 4 (Extrêmement)	53 <sup>30</sup>	9 dimensions de symptômes primaires évalués : somatisation; obsessif-compulsif; sensibilité personnelle; dépression; anxiété; hostilité; anxiété phobique; idéation paranoïde; psychotisme 3 indices globaux : Indice général de sévérité (GSI); Index des symptômes positifs de détresse (PSDI); Index des symptômes globaux <sup>34</sup>	Entre les séances ou après un suivi <sup>30</sup>	AR <sup>30</sup>	T <sup>30</sup>	Coefficients de F inter-juges pour sous-échelles (r) et coefficients de cohérence interne ( $\alpha$ ) : r = 0.68 et $\alpha$ = 0.80 pour somatisation; r = 0.85 et $\alpha$ = 0.83 pour obsessif-compulsif; r = 0.84 et $\alpha$ = 0.74 pour sensibilité personnelle; r = 0.84 et $\alpha$ = 0.85 pour dépression; r = 0.79 et $\alpha$ = 0.81 pour anxiété; r = 0.81 et $\alpha$ = 0.78 pour hostilité; r = 0.91 et $\alpha$ = 0.77 pour anxiété phobique; r = 0.79 et $\alpha$ = 0.77 pour idéation paranoïde; r = 0.78 et $\alpha$ = 0.71 pour psychotisme	V convergente confirmée Plusieurs sous-échelles corrélent fortement avec les échelles du MMPI <sup>34</sup>



												Coefficients de F inter-juges pour 3 dimensions : r = 0.90 pour GSI; r = 0.87 pour PSDI; r = 0.80 pour PST <sup>34</sup>	
<b>BSQ</b>	Cooper, et al., 1987	1	NS	Évalue préoccupations relatives à la forme du corps, surestimation du poids chez les femmes et conséquences émotives et comportementales des préoccupations (American Psychiatric Association, 2000, p.65) <sup>102</sup>	SP	Échelle de type Likert à 6 points : 1 (Jamais) à 6 (Toujours)	34 <sup>101</sup>	NS	Indépendant des séances; en fonction des 4 dernières semaines <sup>102</sup>	AR <sup>102</sup>	T <sup>102</sup>	Les $\alpha$ pour le test-retest se situaient entre 0.61 et 0.81 (American Psychiatric Association, 2000; Brown et al., 1990; Cooper et al., 1987) <sup>101</sup> Les $\alpha$ de cohérence interne varient entre 0.61 et 0.97 <sup>102</sup>	Le BSQ a été comparé à différentes mesures de l'image corporelle, incluant le BDDE, le BSRQ et la sous-échelle BD du EDE Comme attendu, l'échelle totale du CFI et toutes les échelles sont significativement liées au BSQ (corrélations négatives) <sup>102</sup>
<b>COPE</b>	Carver et al., 1989	2	NS	Inventaire utilisant les moyens communs des répondants lorsqu'ils font face à des événements stressants <sup>18</sup>	SP	Échelle de type Likert à 4 points : 1 (Je n'utilise habituellement pas du tout ce moyen) à 4 (J'utilise habituellement ce moyen souvent)	56 <sup>18</sup>	3 facteurs déterminés. Facteur 1 (coping actif) inclut 6 sous-échelles : coping actif; planification; suppression des activités courantes; acceptation; coping de rétention; réinterprétation positive; croissance Facteur 2 (coping d'évitement) inclut 4 sous-échelles : désengagement comportemental; déni;	Avant et après avoir pensé à un P difficile <sup>18</sup>	AR <sup>18</sup>	T <sup>18</sup>	NS	La sous-échelle de coping actif est significativement corrélée à $p < 0.01$ avec les sous-échelles Bond, Task, et le résultat total du WAI La sous-échelle coping d'évitement est corrélée négativement

							désengagement mental; se tourner vers la religion Facteur 3 (coping de support) inclut 3 sous-échelles : recherche de support social pour des raisons émotionnelles; recherche de support social pour des raisons instrumentales; ventilation des émotions <sup>18</sup>					de façon significative à p < 0.05 avec la sous-échelle Bond du WAI L'échelle de coping actif corrèle négativement avec le résultat total du PSS Les 3 facteurs identifiés contribuent pour 58.3% de la variance interne <sup>18</sup>	
<b>DASS</b>	Lovibond & Lovibond, 1995	1	Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1998	Mesure les symptômes propres à chacune des échelles évaluées par l'instrument. Échelle de l'anxiété évalue ce qui est unique à l'anxiété; échelle de la dépression évalue ce qui est unique à la dépression; échelle du stress évalue ce qui est unique au stress <sup>7</sup>	SP	Échelle de type Likert à 4 points : 0 à 3 en terme de fréquence des symptômes	42 (version originale); 21 (version courte) <sup>51</sup>	3 échelles : dépression; anxiété; stress	Indépendant des séances; dans les dernières semaines <sup>51</sup>	AR <sup>51</sup>	T <sup>51</sup>	Les $\alpha$ de cohérence interne du DASS-21 selon les échelles : 0.94 pour l'échelle Dépression; 0.87 pour l'échelle Anxiété et de 0.91 pour l'échelle Stress (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998; Lovibond & Lovibond, 1995) <sup>51</sup>	Mesure bien les 3 types de symptômes propres à ses échelles : anxiété, dépression et stress Les résultats à l'échelle Dépression étaient plus élevés dans les groupes anxieux et déprimés alors que les symptômes de dépression étaient plus significativement élevés dans les groupes de P souffrant de dépression <sup>7</sup>
<b>IES</b>	Horowitz,	6	Weiss & Mannar,	Évalue les signes et symptômes	SP	Échelle de type Likert à 5 points :	15 (version originale);	2 échelles (version originale) :	Indépendant des	AR <sup>5</sup>	T <sup>5</sup>	Les $\alpha$ de cohérence	En terme d'indice de V

Wilner & Alvarez, 1980	1995 (version révisée)	d'évitement et d'intrusion et les symptômes de trouble de stress post-traumatique A été utilisé pour évaluer les survivants de trauma et évaluer la détresse liée au trauma. qui suggérait un trauma vicariant Donne la consigne au T de répondre aux items et d'indiquer comment leur détresse et chacune de ces difficultés dérangent leur quotidien dans les 7 derniers jours (Pearlman & Mac Ian, 1995) <sup>5</sup>	0 (Pas du tout) à 4 (Souvent)	22 (version révisée) <sup>5</sup>	évitement et intrusion; 3 échelles (version révisée) : évitement; intrusion et hypervigilance	séances; en fonction des 7 derniers jours <sup>44</sup>	interne : $\alpha = 0.86$ pour l'échelle évitement et de $\alpha = 0.81$ pour l'échelle intrusion Les $\alpha$ pour les items de chacune des échelles pour la version révisée varient de $\alpha = 0.87$ à $0.92$ pour l'échelle intrusion; $\alpha = 0.84$ à $0.86$ pour l'échelle évitement et $\alpha = 0.79$ à $0.90$ pour l'échelle hypervigilance (Weiss & Marmar, 1997) <sup>5</sup>	de construit, les résultats confirment que les T ayant des histoires personnelles de trauma sont plus affecté par les symptômes vicariants que ceux n'ayant pas eu de tels traumas, tel que mesuré par le résultat total de TSIBS et ses sous-échelles de sécurité, de confiance en sa sécurité, d'intimité individuelle, et d'estime de soi, l'échelle d'intrusion du IES et le SCL-90-R <sup>44</sup> Le TSIBS corrèle significativement avec le IES-révisé, ce qui suggère que les perturbations des schémas cognitifs sont liés avec le stress traumatique et les dysfonctions (Pearlman & Mac Ian, 1995) <sup>81</sup>
------------------------	------------------------	---	-------------------------------	-----------------------------------	--	---	--	--

<b>MBI</b>	Maslach & Jackson, 1986	2	Linehan, 2000 (MBI-Client et MBI-Thérapeute)	Mesure les indices de burnout Évalue les questions émotionnelles se rapportant au travail du T, telles que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (version MBI-T) <sup>76</sup>	SP	Échelle de type Likert à 7 points : 0 (Jamais) à 6 (Tous les jours)	22 <sup>76</sup>	3 échelles : épuisement émotionnel; dépersonnalisation; accomplissement personnel (Maslach & Jackson, 1986) <sup>76</sup>	Indépendant des séances; en fonction du dernier mois <sup>76</sup>	AR <sup>76</sup>	T <sup>76</sup>	Les 3 facteurs et échelles dégagés par les analyses représentent 54.5 % de la variance des résultats <sup>76</sup> Coefficients alpha de Cohen de cohérence interne : $\alpha = 0.90$ pour l'échelle d'épuisement émotionnel, $\alpha = 0.79$ pour l'échelle de la dépersonnalisation et $\alpha = 0.71$ pour l'échelle de l'accomplissement personnel (Maslach et al., 1996) <sup>49</sup>	Une faible corrélation positive ( $r = 0.26$ ) a été trouvée entre le l'échelle totale du RDAS et l'échelle d'accomplissement personnel du MBI Il y a également une petite corrélation entre la résilience, le résultat total du Well-functioning et l'échelle de l'accomplissement personnel du MBI Cela suggère que les T qui maintiennent un bon fonctionnement en pratique de la psychologie conservent un sentiment de compétence et d'accomplissement dans leur travail avec les autres <sup>49</sup>
<b>SAS</b>	Carpenter & Suhr, 1988	1	NS	Évalue si les T voudraient développer une relation thérapeutique avec les P présentés sur les	SP	Échelle de type Likert à 4 points : 1 (Vraiment faux) à 4 (Très vrai) (Carpenter &	36 <sup>84</sup>	3 principales catégories d'items : projection; difficultés; appréciation	Après le visionnement des vidéos <sup>103</sup>	AR <sup>105</sup>	T <sup>105</sup>	Les $\alpha$ de cohérence interne varient entre $\alpha = 0.79$ et	Comme indice de V de construit, la perception des difficultés

													vidéos et ce qu'ils ressentent par rapport au visionnement <sup>104</sup>	Suhr, 1988) <sup>105</sup>	secondaire 6 sous-échelles : prendre soin; conséquences; exigences; perception; techniques; succès	0.92 (Carpenter & Suhr, 1988) <sup>104</sup>	(échelle perception du SAS) diminuée en fonction de l'expérience du T L'instrument présente une bonne V de contenu (Carpenter & Suhr, 1988) <sup>104</sup>
<b>SCL-90</b>	Derogatis, 1977	1	Derogatis, 1994 (SCL-90-R)	Évalue la détresse psychologique suite à un événement spécifique Évalue une large étendue de dimensions psychologiques : symptômes d'anxiété, de dépression, d'anxiété phobique, de somatisation, d'hostilité, de sensibilité interpersonnelle, obsessifs-compulsifs, psychotisme et les idéations paranoïdes <sup>73</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 point : 1 (Pas du tout) à 5 (Extrêmement)	90	9 dimensions de symptômes primaires évalués : somatisation; obsessif-compulsif; sensibilité personnelle; dépression; anxiété; hostilité; anxiété phobique; idéation paranoïde, psychotisme 3 indices globaux : Indice général de sévérité (GSI); Index des symptômes positifs de détresse (PSDI); Index des symptômes global <sup>35</sup>	NS	AR <sup>5</sup>	T <sup>5</sup>	La cohérence interne est très élevée et $\alpha = 0.96$ (Pearlman & Mac Ian, 1995) <sup>5</sup>	Le SCL-90-R est lié au TSIBS ( $r = -0.59$ , $p < 0.01$ ), l'échelle d'évitement du IES ( $r = 0.37$ , $p < 0.01$ ) et l'échelle d'intrusion du IES ( $r = 0.31$ , $p < 0.05$ ) L'âge est inversement reliée au TSIBS ( $r = -0.45$ , $p < 0.01$ ) et au SCL-90-R ( $r = -0.28$ , $p < 0.05$ ) Les T ayant moins d'expérience sont donc plus susceptibles de développer des symptômes de trauma vicariant sur le TSIBS et le SCL-90-R <sup>5</sup>				

<b>STAI</b>	Spielberger, 1970	5	Marteau & Bekker, 1992 (STAI-6)	Mesure à la fois le trait et l'état d'anxiété (Lushene, Vagg & Jacobs, 1983) <sup>65</sup> Le terme anxiété se réfère à la réaction interne, un état ou une condition non plaisante L'état d'anxiété est un état transitoire de peur, d'inquiétudes, d'appréhension et de nervosité que la plupart des personnes expérimentent de temps en temps <sup>65</sup>	SP	Échelle de type Likert à 4 points : 1 (Pas du tout) à 4 (Vraiment beaucoup)	20 (version originale); 6 (version courte) <sup>65</sup>	NS	Après les séances <sup>65</sup>	AR <sup>65</sup>	T <sup>65</sup>	F démontrée dans l'expérience phénoménologique de l'anxiété normale et dans la population internée (Dreger & Brabham, 1987) <sup>65</sup> La F test-retest est attendue à être plutôt faible étant donné la nature de ce qui est mesuré, c'est-à-dire un état transitoire d'anxiété. Le coefficient de F test-retest se situe entre 0.16 et 0.62 (Spielberger et al., 1983) <sup>65</sup> Le $\alpha$ de cohérence interne se situe entre $\alpha = 0.86$ et $0.95$ (Spielberger et al., 1983) <sup>65</sup>	V démontrée dans l'expérience phénoménologique de l'anxiété normale et dans la population internée (Dreger & Brabham, 1987) <sup>65</sup> V de construit démontrée en la conduisant 4 fois dans des conditions neutres (1), des conditions anxiogènes (2) et dans une condition de relaxation (1) T résultat plus élevés dans les conditions anxiogènes et résultat moins élevé dans la condition de relaxation Réaction émotionnelle à des menaces physiques : l'état d'anxiété a été différencié du trait d'anxiété (Barker, Barker & Wadsworth, 1977;
-------------	-------------------	---	---------------------------------	--	----	---	--	----	---------------------------------	------------------	-----------------	--	---

													Margalit, Tichman & Levitt, 1980; Metzger, 1976) <sup>65</sup>
<b>STSS</b>	Bride et al., 2004	1	NS	Mesure les symptômes d'intrusion, d'évitement et de vigilance des T aux prises avec des réactions négatives indirectement vécues à travers leurs P La nature initiale de l'instrument était d'investiguer un trauma vicariant et de développer une politique pour aider à prévenir les T et leur détresse émotionnelle, qui est souvent nommée comme motif de burnout dans la pratique clinique <sup>17</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Jamais) à 6 (Vraiment souvent)	17 <sup>17</sup>	3 échelles de résultats : pensées intrusives; l'évitement; vigilance (Bride et al., 2007) <sup>17</sup>	En général; en fonction des 7 derniers jours <sup>17</sup>	AR <sup>17</sup>	T <sup>17</sup>	Les $\alpha$ de cohérence interne : 0.94 pour l'instrument total, 0.83 pour l'échelle intrusion, 0.89 pour l'échelle évitement, 0.85 pour l'échelle vigilance <sup>17</sup>	Les études portant sur l'instrument ont prouvé qu'il possède une bonne V convergente, discriminante et factorielle <sup>17</sup>
<b>TSIBS</b>	Pearlman & Saakvitne, 1994	3	Pearlman, 1995 (révision F); Pearlman & Mac Ian, 1995 (révision L); Traumatic Stress Institute, 1994 (révision N)	Évalue les perturbations des croyances cognitives, incluant les croyances du T dans les 5 besoins psychologiques (sécurité, contrôle, confiance, estime et intimité) pouvant être sensibles aux conséquences du trauma et du trauma vicariant <sup>5</sup>	SP	Échelle de type Likert à 6 points : 1 (Fortement en désaccord) à 6 (Fortement en accord)	80 (révision L); 79 (révision F); 49 (révision N) <sup>5</sup>	10 sous-échelles (version L) : sa propre sécurité, la sécurité des autres, l'intimité individuelle, l'intimité avec les autres, l'estime de soi, l'estime des autres, le contrôle des autres, le contrôle de soi, la confiance en soi et la confiance aux autres 2 facteurs dégagés des analyses : expérience de l'autonomie et expérience de ses convictions (Pearlman, 1996) <sup>44</sup>	Indépendant des séances <sup>5</sup>	AR <sup>5</sup>	T <sup>5</sup>	Le $\alpha$ de Cohen pour la cohérence interne de l'échelle totale est de $\alpha = 0.948$ Pour les sous-échelles de l'instrument, les coefficients varient entre $\alpha = 0.77$ (pour l'échelle contrôle des autres) et $\alpha = 0.91$ (pour l'échelle estime de soi) <sup>5</sup>	La révision L a été démontrée comme prédicteur de trauma vicariant (Bober, 1995; Brady, Guy, Poelstra & Brokaw, 1999; Pearlman, 1996; Pearlman & Mac Ian, 1995; Schauben & Frazier, 1995; Walton, 1997) <sup>5</sup> En terme d'indice de V de construit,

													les T ayant des histoires personnelles de trauma sont plus affectés par les symptômes vicariants que ceux n'ayant pas eu de tel trauma, tel que mesuré par le résultat total de TSIBS et ses sous-échelles de sécurité, de confiance en sa sécurité, d'intimité individuelle, et d'estime de soi, l'échelle d'intrusion du IES et le SCL-90-R <sup>44</sup> L'augmentation des heures de consultation du T avec des P survivants de trauma est liée à l'augmentation des perturbations des schémas cognitifs qui concernent la sécurité, l'estime personnelle et l'intimité (Bober, 1995) <sup>81</sup>
<b>WAS</b>	Janoff-Bulma	1	NS	Mesure l'impact du trauma vicariant dont	SP	Échelle de type Likert de 6	32 <sup>78</sup>	3 dimensions: la bienveillance du	NS	AR <sup>78</sup>	T <sup>78</sup>	Les $\alpha$ de cohérence	NS



	n's, 1989			peuvent souffrir les T Évalue les 3 croyances de bases du système de valeurs : bienveillance du monde, le fait que le monde a un sens et sa propre valeur et vulnérabilité Mesure l'impact traumatique que les P souffrant de stress post-traumatique peuvent engendrer chez le T <sup>78</sup>		points : 1 (Fortement en désaccord) à 6 (Fortement en accord)		monde, le fait que le monde a une signification et la valeur de la personne et sa vulnérabilité <sup>78</sup>				interne des sous- échelles varie nt entre 0.66 et 0.78 pour l'étude de Long <sup>78</sup> et entre 0.67 et 0.83 pour l'étude de Schwartzberg <sup>101</sup>	
<b>WCQ</b>	Folkman & Lazarus, 1988	1	Stone et al., 1991 (WOC)	Développé pour fournir aux chercheurs ayant une approche théorique dérivant de la mesure la possibilité d'explorer la manière des T de gérer leur stress causé par les événements de la vie courante Créé pour assister les investigateurs à quantifier les méthodes de gestion et pour qu'ils déterminent la relation entre les stressseurs de la vie, les stratégies de gestions et l'adaptation <sup>54</sup>	SP	Échelle de type Likert à 4 points : 0 (Ne s'applique pas) à 3 (Utilise très souvent).	66 <sup>54</sup>	8 facteurs identifiés par les analyses : les gestions de la confrontation, de la distance, de l'autocontrôle, la recherche de support social, l'acceptation de la responsabilité, l'échappement, l'évitement, la planification de la résolution de problème et la capacité de faire une réévaluation positive <sup>54</sup>	En pensant à un événement anxiogène vécu récemment <sup>54</sup>	AR <sup>54</sup>	T <sup>54</sup>	Les $\alpha$ de cohérence interne des 8 échelles varient entre 0.61 et 0.79 <sup>54</sup>	V de construit est supportée par le fait que les résultats de l'instrument sont cohérents avec les prédictions théoriques (Folkman & Lazarus, 1988) <sup>54</sup> V apparente de l'instrument est confirmée étant donné que les stratégies décrivent les stratégies réelles que les gens utilisent pour faire face à une situation stressante (Folkman & Lazarus, 1988) <sup>54</sup>

Tableau 5. Instruments évaluant les manifestations affectives du thérapeute

Instruments	Auteurs - date	Nombre de fois cité dans la recension	Auteurs et dates des modifications	Description partielle	Spécifique ou non au CT	Type de mesure	Nombre d'items	Dimensions	Temps de mesure	Hétéro ou auto-rapporté	Évaluateur	Fidélité	Validité
ACQ <sup>1</sup>	Meehan, 2012	1	NS	Évalue la communication affective créée entre le P et le T Les items désignés pour mesurer l'expérience affective du T créée conjointement entre le P et le T et sont évalués à différents niveaux de l'expérience affective en terme d'intensité et de valence <sup>84</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Pas vrai) et 5 (Très vrai)	28 <sup>84</sup>	4 facteurs dégagés des analyses : 1. Le T expérimente le fait que leurs P et lui sont désengagés de la thérapie 2. Le fait que le T expérimente un large spectre d'émotions dans la séance 3. Le fait que le T expérimente davantage d'émotions négatives dans la séance 4. Le fait que les T et leurs P ont des émotions intenses dans la séance	Après les séances de suivi <sup>84</sup>	AR <sup>84</sup>	T <sup>84</sup>	5 facteurs dégagés dans la séance comptant pour 68.90% de la variance 5 <sup>e</sup> facteur ne contenant qu'un item et comptant seulement pour 0.60% de la variance a été supprimé Les $\alpha$ de cohérence interne pour les 4 facteurs sont respectivement : $\alpha = 0.91$ , $\alpha = 0.88$ , $\alpha = 0.77$ et $\alpha = 0.80$ <sup>84</sup>	Les composantes de l'ACQ corrélient avec des mesures évaluant le transfert comme le PRQ (Westen, 2000) <sup>84</sup> ; avec des mesures évaluant le CT tel le CTQ (Zittel & Westen, 2003) <sup>84</sup> et avec des mesures évaluant la régulation affective et expérimentelle comme le AREQ-QV (Conklin et al., 2006) <sup>64</sup> En raison de l'interprétabilité élevée et de la cohérence interne, des 4 premiers facteurs, cela indique qu'ils représentent une V de construit

<sup>1</sup> ACQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute.

													cohérente et acceptable <sup>84</sup>
<b>Befindlichkeitsskala</b>	Von Zerssen & Koeller, 1976	1	Von Zerssen, 1986	La mesure comprend une liste d'adjectifs décrivant les émotions courantes d'une personne Le résultat total de l'échelle de bien-être reflète la position du rang entre un bien-être très positif et un bien-être très négatif <sup>82</sup>	SP	3 choix de réponses par question	28 <sup>82</sup>	4 dimensions : humeur (sérieux vs gai); énergie (vif vs morne); estime de soi (inférieur vs parfait); vitalité (animé vs inerte)	En fonction de l'état présent <sup>82</sup>	AR <sup>82</sup>	T <sup>82</sup>	NS	Grande corrélation avec le PMS (r = 0.76) et avec le HADS-5 (anxiété : r = 0.59; dépression : r = 0.69; tous les p < 0.0001) <sup>69</sup> Possède une V concurrente, discriminante et prédictive acceptables (Gaston & Marmar, 1994; Martin et al., 2000) <sup>53</sup>
<b>CM</b> <sup>2</sup>	Hofsess, 2008	2	NS	Prototype qui élabore des exemples de manifestations affectives, cognitives et comportementales du CT ainsi que l'efficacité du comportement du T <sup>66</sup>	SP	Échelle de type Likert à 8 points : 1 (item n'est pas du tout une manifestation du CT) à 8 (item est définitivement une manifestation du CT)	104 <sup>66</sup>	NS	Indépendant des séances <sup>66</sup>	Ne s'applique pas <sup>66</sup>	T <sup>66</sup>	Corrélation prédictive (c'est-à-dire le classement moyen et celui d'un groupe de prochains T hypothétiques) est très élevée (coefficient de corrélation intra-classe de 0.97), cela reflète un consensus élevé à travers les T; le groupe étant capable de distinguer les items prototypiques	V de convergence du CM avec des corrélations significatives avec 4 des 5 sous-échelles du EWCM : résultat total (0.38, p < 0.05), général (0.33, p < 0.05), impact négatif sur la thérapie (0.19, p < 0.05) et impact positif sur la thérapie (0.42, p < 0.05) <sup>66</sup>

<sup>2</sup> CM aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute.

												’, périphériques, et ceux non contre- transférentiels Coefficient de corrélacion intraclasse pour les 104 items : 0.98 <sup>66</sup>	
CQ <sup>3</sup>	Zittel & Westen , 2003	5	NS	Évalue les réponses comportementales, cognitives et affectives du T en interagissant avec un P en particulier <sup>13</sup>	SP	Échelle de type Likert à 6 points : 1 (Pas vrai du tout) à 6 (Très vrai)	79 <sup>13</sup>	8 facteurs : submergé/ désorganisé; impuissant/ inadéquat; positif; spécial/ surinvesti; sexualisé; désengagé; parental/ protecteur; critiqué/maltraité	Après les séances avec un P <sup>13</sup>	AR <sup>13</sup>	T <sup>13</sup>	8 facteurs ont été dégagés de la mesure : submergé/dés organisé ( $\alpha =$ 0.90), impuissant/in adéquat ( $\alpha =$ 0.88), positif ( $\alpha = 0.75$ ), spécial/surinv esti ( $\alpha =$ 0.75), sexualisé ( $\alpha =$ 0.77), désengagé ( $\alpha =$ 0.83), parental/prote cteur ( $\alpha =$ 0.80), critiqué/maltr aité ( $\alpha = 0.83$ ) Ces 8 facteurs expliquent 69% de la variance des résultats <sup>14</sup>	Hypothèse 1 confirmée : Identification de 8 dimensions de CT qui sont robustes avec les méthodes d'extraction et de rotations Hypothèse 2 confirmée : corrélacion significative entre les facteurs du CT et les symptômes de troubles de personnalité suggérant que les réponses de CT forment un patron cohérent et prédictible. Hypothèse 3 confirmée : Patron similaire vis-à-vis les P ayant un type de pathologie suggère que les résultats ne sont pas des préconceptions anciennes

<sup>3</sup> CQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute et dans le tableau des instruments évaluant les manifestations comportementales du thérapeute.

												propre aux approches des T <sup>13</sup>	
<b>CRS</b>	Normandin & Bouchard, 1993	3	Dubé, 2007	Classifie les états mentaux possibles du P en 3 catégories majeures <sup>93</sup>	SP	Classification du niveau de l'état mental du P entre 0 (Pas d'activité mentale) et 1.3 (État mental réflexif) Le dernier état est subdivisé en plusieurs activités mentales	NS	3 catégories possibles de l'état mental du T: objectif-rationnel (CT défini par une position contre-détachée et non participative); réactive (réaction inconsciente défensive dans laquelle le T est un sujet participatif ignorant); réflexif (CT est un état d'éveil, préconscient ou conscient et transparent subjectivement)	Pendant les séances (ou après si enregistré) <sup>95</sup>	HR <sup>92</sup>	C formés <sup>92</sup>	Haut accord inter-juges et bonne stabilité test-retest à travers le temps chez des coteurs ayant reçus 25 heures d'entraînement à la cotation $\tau \geq 0.80$ F inter-juges mesurée par le coefficient kappa montre une moyenne de 0.76 pour les 3 principales catégories d'état mental <sup>93</sup>	Structure interne est évaluée par des patrons d'intercorrélations entre les catégories Les 3 principales catégories ne devrait pas montrer de forte corrélation positive ou montrer de forte corrélation négative étant donné leur nature antagoniste État mental réflexif négativement corrélé avec réactif ( $\tau = -0.83, p < 0.001$ ) La nature opposée des états mentaux réflexifs et réactifs confirment la corrélation négative entre l'activité réactive et les sous-catégories de l'activité réflexive ( $\tau_{react-im} = -0.45, p < 0.001$ ; $\tau_{react-el} = -0.26, p < 0.01$ ; $\tau_{react-in} = -0.35, p < 0.001$ ) États mentaux rationnels et réflexifs

													négativement corrélés ( $\tau = -$ 0.60, $p < 0.001$ ) État réflexif est donc distinct, voire partiellement incompatible avec état mental objectif- rationnel États rationnel et réactif ne sont pas liés ( $\tau$ = -0.04, ns) <sup>93</sup>
<b>CTI</b> <sup>4</sup>	Hayes, Riker & Ingram , 1997	1	NS	Mesure dans laquelle le superviseur évalue le degré auquel le T reflète des zones de conflits non résolus ou du CT <sup>60</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Fortement en désaccord) à 5 (Fortement en accord)	1 <sup>60</sup>	NS	Après chaque séance <sup>60</sup>	AR/HR <sup>60</sup>	Supervise ur et T <sup>60</sup>	Résultats précédents et suivants la supervision sont hautement corrélés pour les T ( $r =$ 0.97, $p <$ 0.01) et pour les superviseurs ( $r = -0.86$ , $p <$ 0.01) T et superviseurs avaient des résultats corrélés ( $r =$ 0.62, $p <$ 0.01) <sup>60</sup>	NS
<b>DCI</b>	Colson et al., 1986	1	Whitney, 1998	Évalue les réponses affectives du T et leur intensité <sup>147</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Pas d'intensité) à 5 (Intensité élevé)	16 <sup>147</sup>	5 facteurs ont été soulevés dans l'analyse factorielle des réponses affectives : colère- provoqué, engagement positif, peur, impuissant- confus et protecteur	Après la lecture d'une étude de cas <sup>27</sup>	AR <sup>147</sup>	Psychiatr es; travailleu rs sociaux; infirmiers ; T <sup>147</sup>	NS	Analyses ont révélés que les différents professionnels de la santé réagissaient avec un certain patron typique en fonction des problématiques

<sup>4</sup> CQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute.

													rencontrées avec les P dans les suivis <sup>146</sup>
<b>DDRPQ</b>	Hahn, Thompson, Stern, Budner & Wills, 1990	1	Hahn, 1996 (DDPRQ-10)	Mesure à quel point le P génère de la frustration ou des difficultés dans la relation thérapeutique avec le médecin ou le T et à quel niveau cela provoque de la détresse Certains items évaluent l'expérience subjective du T par rapport à son P (DDRPQ-10) <sup>104</sup>	SP	Échelle de type Likert à 6 points : 1 (Pas du tout) à 6 (Beaucoup) <sup>57</sup>	30 (version originale); 10 (Version DDRPQ-10) <sup>104</sup>	5 facteurs soulevés dans l'analyse factorielle : les P irritants et exigeants, dysphorie des médecins, les communications conformes, les P autodestructeurs, les P séducteurs	Après les séances <sup>103</sup>	AR <sup>104</sup>	T <sup>104</sup>	Instrument fidèle Le $\alpha$ de cohérence interne de DDRPQ-10 : 0.79 <sup>104</sup>	Description des P détestables a servi de base conceptuelle pour développer l'outil Création d'items influencée par le fait que la somatisation contribue aux difficultés existantes dans la relation médecin-P <sup>57</sup>
<b>EAS</b> <sup>5</sup>	Brody & Farber, 1996	3	Atsidis, 2012	Évalue les expériences des T dans leur pratique (15 items) et leur attitude par rapport à leurs propres réactions émotionnelles dans les séances de traitement (10 items) <sup>9</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Pas du tout- Presque pas) à 5 (Vraiment beaucoup- Vraiment souvent)	25 <sup>9</sup>	3 domaines de CT : CT positif, CT négatif et manifestation comportementale de CT	En fonction de la pratique en général <sup>9</sup>	AR <sup>9</sup>	T <sup>9</sup>	Les $\alpha$ de Cohen de la cohérence interne : $\alpha = 0.82$ pour le CT positif, $\alpha = 0.84$ pour le CT négatif et $\alpha = 0.76$ pour les manifestations comportementales de CT <sup>9</sup>	NS
<b>ECQ</b> <sup>6</sup>	Sehi, 1997	2	NS	Évalue les fantasmes d'attraction sexuelle envers les P; comment le CT est traité dans les séances; de quelle façon le T rapporte les comportements sexuels dans la séance; les réponses professionnelles au CT érotique incluant l'utilisation de ce	SP	Échelle de type Likert à nombre de points variables : 1 à 4 : 1 (Jamais) à 4 (Fréquemment donc plus de 10 fois); 0 à 4 : 0 (Ne s'applique pas) à 4 (Adéquatement); 1 à 5 : 1 (Jamais)	31 items; 47 sous-items <sup>103</sup>	5 catégories d'items : sentiments sexuels et fantasmes, formation, réponses professionnelles au CT érotique, comportements sexuels en clinique, contexte de clinique	Par rapport à la pratique en général <sup>103</sup>	AR <sup>102</sup>	T <sup>102</sup>	F obtenue entre temps 1 et temps 2 dans un intervalle de deux semaines Médiane des $\alpha$ de cohérence interne des items et des	NS

<sup>5</sup> EAS aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute.

<sup>6</sup> ECQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute.

				matériel en supervision; comment le résoudre et quelles sont les réactions des superviseurs face à ce matériel et les caractéristiques générales du contexte de psychothérapie <sup>103</sup>		à 5 (Fréquemment donc plus de 10 fois)						sous-items : $\alpha = 0.86$ , indiquant que les items sont généralement hautement fidèles Items ayant un coefficient sous 0.60 ont été réécrits pour augmenter la $F^{103}$	
<b>FWC</b>	Whyte, Constanopoulos & Bevans, 1982	9	Holmqvist, 1994; Holmqvist, 2001 (FWC-48); Røssberg, Hoffart & Friis, 2003 (FWC-58)	Instrument servant à représenter les réactions émotionnelles des T face à un P en particulier <sup>68</sup>	SP	Liste à cocher des items appropriés avec ou sans échelle de type Likert (toutes les versions précédentes Rossberg et al. <sup>31</sup> Pour les versions qui utilisent l'échelle de type Likert, les échelles varient de 4 <sup>68</sup> à 5 points: 0 (Aucun) à 4 (Vraiment beaucoup) <sup>31</sup>	30 (version originale); 48 (version FWC-48); 58 (version FWC-58)	2 dimensions émotionnelles: sentiment de pouvoir aider et proximité 4 facteurs identifiés dans 31 items de la version FWC-50 : sentiment de confiance, d'être inadéquat, d'être parental, et d'être désengagé <sup>68</sup>	Entre les contacts avec un P <sup>68</sup>	AR <sup>68</sup>	T (pour thérapie individuelle) <sup>31</sup> ; médecins ; infirmières	Variance du CT émotionnel expliquée à 50% par : style personnel du T, réactions réciproques évoquées par le P et interactions uniques entre le P et le T Réponse diagnostique du P (liée à la réaction réciproque) expliquerait davantage la variance des émotions négatives que positives Somme de la fréquence des réponses similaire dans les différentes études : 9.85 pour l'étude originale, 9.76 pour l'étude pilote	Auteurs tentent de dégager un patron de réactions face à des situations typiques qui peuvent arriver pendant un suivi (un T qui quitte ou qui doit laisser pour cause de maladie, un P qui débute et quitte) <sup>68</sup> Contrairement à ce qui peut être attendu, pas de corrélation entre les émotions contre-transférentielles, les difficultés au niveau du fonctionnement et les symptômes dépressifs et anxieux auto-rapportés <sup>31</sup>



et 9.31 pour  
l'étude  
actuelle  
Cohérence  
interne :  $\alpha =$   
0.67 , 0.70  
pour la  
fidélité  
moitié-moitié  
de Guttman et  
0.67 pour la  
longueur  
égale de  
Spearman-  
Brown  
Élément  
commun  
mesuré dans  
les différents  
termes  
émotionnels  
Items  
hautement  
corrélés  
positivement :  
suspicieux,  
manipulé,  
fatigué, déçu,  
fâché, détesté,  
et en colère  
(sentiments  
négatifs de  
haute  
intensité)  
Items prudent  
et distant sont  
corrélés entre  
eux ainsi que  
le groupe  
d'items  
précédent  
sont corrélés  
négativement  
avec l'item  
détendu<sup>67</sup>

<b>ICB<sup>7</sup></b>	Friedman & Gelso, 2000	7	Fuertes, 2015 (version observateur)	Mesure des manifestations comportementales de CT chez le T <sup>97</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Un peu à pas du tout) à 5 (Dans une large mesure)	32 (version originale); 21 (après analyse factorielle) <sup>8</sup>	3 facteurs : CT positif (surinvestissement et confusion des limites du cadre thérapeutique); CT négatif (sous-investissement et le rejet du P); CT total <sup>96</sup>	Pendant les séances pour le superviseur et après pour le superviseur <sup>97</sup>	AR (version originale); HR (version observateur) <sup>97</sup>	Superviseur et superviseur (version originale) (Friedman et Gelso, 1997) <sup>97</sup> ; Superviseur, superviseur observateur externe (version observateur) <sup>48</sup>	Les 21 items expliquent 40% de la variance des résultats. Chaque échelle possède une cohérence interne de 0.79 et l'instrument entier de 0.82. L'analyse des facteurs indique une F entre 0.36 et 0.84 <sup>97</sup>	V convergente est obtenue par la corrélation des résultats de CT total avec une mesure d'un seul item de CT (r = 0.43 p < 0.001); (Friedman & Gelso, 1997) <sup>97</sup> CT total corrèle significativement avec l'échelle de CT négatif (r = 0.79, p < 0.001) et avec l'échelle de CT positif (r = 0.86, p < 0.001) Les deux échelles de CT corréler ensemble (r = 0.36, p < 0.001) <sup>46</sup>
<b>IECS<sup>8</sup></b>	Susman et al., 1995	1	Birrigier, 1999	Mesure panthéorique qui définit et évalue les expériences internes (pensées, émotions, rationalisations et sensations corporelles) du T pendant sa formation et ses niveaux d'expérience. L'alliance thérapeutique, l'estime de soi du T et le style d'attachement se mesurent par les pensées et émotions du T pendant la séance <sup>15</sup>	SP	Dimension 1 : échelle nominale de 6 catégories (simple observation, compréhension, application, analyses, synthèses et évaluation); Dimension 2: échelle nominale de 7 catégories (T, P, T et P, relation thérapeutique, autre, P et autre et incodable); Dimension 3 :	Dimension 1 : 1 item; dimension 2 : 1 item; dimension 3 : 1 item; dimension 4 : 3 items	4 dimensions : -la dimension 1 différentielle 6 niveau hiérarchiques de la complexité cognitive; -la dimension 2 identifie la provenance de l'expérience interne (7 possibilités); -la dimension 3 consiste à évaluer la présence ou l'absence de la qualité du jugement dans l'expérience interne;	Après les séances <sup>15</sup>	AR <sup>15</sup>	T (répondent au questionnaire); C (cotation) <sup>15</sup>	F inter-juges dimension 1 : $\alpha = 0.80$ pour les pairs qui évalue les T au niveau du practicum (Susman et al. 1995) <sup>15</sup> Pour la version précédente à celle utilisée dans Birrigier 1999, la fidélité est estimée à $\kappa = 0.64$ pour la	Corrélation entre les différentes échelles de l'instrument WAI et la dimension 4 de l'IESC Échelles Total, Task et Goal du WAI corréler significativement (p < 0.5) avec l'échelle affect pour les tours de paroles du P (respectivement $\alpha = 0.444$ , $\alpha =$

<sup>7</sup> ICB aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute et dans le tableau des instruments évaluant les manifestations comportementales du thérapeute.

<sup>8</sup> IECS aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute et dans le tableau des instruments évaluant les manifestations comportementales du thérapeute.

						échelle de type Likert à 7 points : -3 (Très négatif) à 3 (Vraiment positif); Dimension 4 : échelle de type Likert à 6 points : 0 (Absent) à 5 (Très présent) <sup>15</sup>		-la dimension 4 évalue la présence des 3 domaines non-mutuels (affectif, comportemental et cognitif) de l'expérience interne <sup>15</sup>				dimension 1 et $\kappa = 0.61$ pour la dimension 2 dans un échantillon d'expériences internes générées par des internes en psychologie (Ries, 1998) <sup>15</sup> La dimension 4 de n'a pas été utilisée dans d'autres analyses de données et il n'y pas d'évidence en ce qui a trait à sa F ni à sa V <sup>15</sup>	0.470 et $\alpha = 0.438$ ) Échelles Total, Task et Bond du WAI corrélient significativement ( $p < 0.5$ ) avec l'échelle cognition pour les tours de paroles P : (respectivement $\alpha = 0.458$ , $\alpha = 0.430$ et $\alpha = 0.444$ ) et T : (respectivement $\alpha = 0.468$ , $\alpha = 0.412$ et $\alpha = 0.508$ ) Échelles Total et Task du WAI corrélient significativement ( $p < 0.5$ ) avec l'échelle cognition pour le tour du P (respectivement $\alpha = 0.427$ et $\alpha = 0.427$ ) <sup>15</sup>
<b>REACT</b> <sup>9</sup>	Najavits, 1992	4	Najavits, 1995; Chang, 2000 (version chinoise)	Mesure le CT T doit évaluer ses réponses cognitives et émotionnelles de chaque P Basé sur l'échelle qui a été testée et développée au Menninger Foundation (Colson et al., 1986) <sup>90</sup>	SP	Échelle de type Likert à 6 points <sup>90,22</sup> ; Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Jamais) à 5 (Vraiment souvent) (Najavits et Colson, 1992) <sup>115</sup>	40 (version originale) <sup>90</sup>	2 sous-échelles : émotions négatives (23 items) et émotions positives (12 items); 5 items ne sont pas clairement positifs ou négatifs ou ne sont pas appropriés dans ce contexte et sont donc exclus dans l'estimation du résultat total <sup>116</sup> 4 facteurs ont été dégagés de l'instrument : le T en	Après les 2 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 24 <sup>e</sup> séances de suivi <sup>90</sup>	AR <sup>90</sup>	T <sup>90</sup>	Structure factorielle qui semble dériver de la théorie de façon significative Variance totale des résultats expliquée par les 4 facteurs est de 52% (T en conflit avec lui-même :	V convergente modérément élevée avec les T, l'alliance thérapeutique, mais pas les P. Le résultat de REACT total est corrélé avec des mesures d'alliance (HAQ-II et le CALPAS) V de construit : résultats du REACT sont

<sup>9</sup> REACT aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute.

								conflit avec lui-même, le T concentré sur ses propres besoins, une connexion positive et un T en conflit avec le P <sup>90</sup>				28.9%, T concentré sur ses propres besoins : 10.7%, connexion positive : 7.2% et T en conflit avec le P : 5%) Cohérence interne élevée à chaque point de temps Les $\alpha$ sont de 0.82 pour la 2 <sup>e</sup> séance, 0.80 pour la 5 <sup>e</sup> séance et 0.81 pour la 24 <sup>e</sup> séance <sup>90</sup>	corrélés de façon modérée avec la version T de l'alliance thérapeutique ( $\alpha = 0.53$ à $0.73$ ), peu à modérément corrélés avec l'évaluation du P de l'alliance thérapeutique ( $\alpha = 0.21$ à $0.33$ ) (Najavits et al., 1995; .48 Wolff & Hayes, 2009) <sup>117</sup> Émotions négatives mesurées par REACT progressent tout au long du suivi si elles sont présentes initialement, émotions positives présentes en début de suivi restent élevées tout au long (Najavits, 2001; Najavits et al., 1995) <sup>117</sup>
<b>TAQ</b>	Fauth, 1999	3	Fauth, 2001; Kin, 2003 (version étendue)	Évalue la perception de la performance des T pendant la séance indirectement par les émotions associées à la séance (Nisbett & Wilson, 1977) <sup>40</sup> Les résultats représentent un indicateur unique du CT affectif <sup>40</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 0 (Pas du tout) à 4 (Beaucoup); ou à 6 points : 0 (Pas du tout) à 5 (Beaucoup) <sup>41</sup>	16; 22 <sup>40</sup>	3 échelles : défi, menace et dommage-perte	Après les séances <sup>40</sup>	AR <sup>40</sup>	T <sup>40</sup>	Les dimensions menace et dommage-perte étant moyennement corrélées, elles ont donc été fusionnées pour faire l'échelle de stress négatif Excellente	Bonne validité de construit, p.ex. : les résultats aux échelles défi et menace sont corrélés comme prédit par la théorie transactionnelle du stress (Fauth et al., 1999) <sup>40</sup>

												cohérence interne avec $\alpha$ entre -0.71 et 0.90 (Cooley & Klingler, 1989; Fauth et al., 1999) <sup>40</sup> Cohérence interne pour les échelles défi et stress négatif : 0.86 et 0.74 <sup>40</sup>	
<b>TPRQ</b>	Ashby, Ford, Guerne y, Guerne y & Snyder, 1957	1	Goldstein, 1971; Davis, Cook, Jennings & Heck, 1977 (TPRQ-R); Tryon, 1989 (TPRQ-R)	Évalue l'attitude et les sentiments du T par rapport à un P spécifique <sup>89</sup>	SP	Échelle de type Likert à 4 points : 1 à 4 (TPRQ version originale); Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Fortement en désaccord) à 5 (Fortement en accord) version TPRQ-R) <sup>89</sup>	35 (version originale)( Ashby et al., 1957) <sup>114</sup> ; 30 (version 1971) (Goldstein 1971) <sup>114</sup> ; 15 (version 1977) <sup>33</sup>	2 sous-échelles : efficacité et affection	Après les séances <sup>89</sup>	AR <sup>89</sup>	T <sup>89</sup>	Coefficient de F test-retest entre la 4 <sup>e</sup> et la 8 <sup>e</sup> séance : 0.85 pour l'échelle positive et 0.81 pour l'échelle négative (Ashby et al., 1957) <sup>114</sup>	Résultats de la sous-échelle de l'affection pris après l'évaluation sont positivement associés avec le nombre de séances, alors que résultats de la sous-échelle auto-efficacité sont positivement corrélés avec une fin de suivi hâtive <sup>113</sup> Résultats élevés des T sont corrélés avec certaines caractéristiques de P tel qu'une bonne conception et de bonne attitudes verbales (Davis et al., 1977; Lewis, Davis, Walker, & Jennings, 1981) <sup>89</sup>

TRQ <sup>10</sup>	Zittel, 2003	2	NS	Évalue les patrons de CT du T dans les séances de psychothérapie Évalue un large éventail de pensées, sentiments et comportements que peut exprimer le T par rapport à un P en particulier <sup>26</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Pas vrai) à 5 (Très vrai)	79 <sup>26</sup>	8 dimensions du CT : submergé/désorganisé; impuissant/inadéquat; positif; spécial/surinvesti; sexualisé; désengagé; parental/protecteur et critique/maltraitant. (Betan, 2005) <sup>26</sup>	Après les séances avec un P <sup>26</sup>	AR <sup>26</sup>	T <sup>26</sup>	Excellente cohérence interne, coefficients : $\alpha = 0.83$ pour submergé/désorganisé, $\alpha = 0.81$ pour impuissant/inadéquat, $\alpha = 0.78$ pour positif, $\alpha = 0.76$ pour spécial/surinvesti, $\alpha = 0.71$ pour sexualisé, $\alpha = 0.79$ pour désengagé, $\alpha = 0.73$ pour parental/protecteur et $\alpha = 0.81$ pour critique/maltraitant <sup>26</sup>	Différentes relations ont été trouvées entre le CT du T et certaines caractéristiques du P Corrélation positive entre fonctionnement du P et réponse du T ( $r = 0.29$ , $p < 0.001$ ) Hauts niveaux de fonctionnement du P liés négativement avec dimensions de réponse du T critique/maltraitant ( $r = 20.43$ , $p < 0.001$ ), impuissant/inadéquat ( $r = 20.35$ , $p < 0.001$ ) et submergé/désorganisé ( $r = 20.33$ , $p < 0.001$ ) <sup>26</sup> Réponses désengagées du T positivement liées à des P ayant un diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique et narcissique alors que corrélation est négative avec les troubles de
-------------------	--------------	---	----	---	----	---	------------------	---	---	------------------	-----------------	---	---

<sup>10</sup> TRQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute et dans le tableau des instruments évaluant les manifestations comportementales du thérapeute.

												personnalité dépendante et histrionique. CT positif associé au trouble de personnalité évitante aussi lié à la dimension parental/protecteur et spécial/surinvesti <sup>77</sup>	
<b>TSS</b>	Tracey, 1986	1	NS	Mesure la satisfaction globale du T par rapport au processus de suivi avec un P en particulier <sup>75</sup>	SP	Échelle de type Likert à 7 points : 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord)	7 <sup>75</sup>	NS	Après les séances de suivi <sup>75</sup>	AR <sup>75</sup>	T <sup>75</sup>	F test-retest d'une semaine : r = 0.55 (Tracey, 1986) <sup>75</sup> Bonne cohérence interne : $\alpha = 0.80^{110}$ , $\alpha = 0.93^{71}$ et $\alpha = 0.90^{75}$	TSS et des échelles du SEQ ont été corrélés ensemble Coefficient de corrélation pour l'échelle profondeur est de r = 0.08, pour l'échelle de la douceur r = 0.48, pour celle de l'éveil r = -0.27 et pour celle de la positivité r = 0.45 Donc, le TSS corrèle avec les échelles de la douceur et la positivité du SEQ <sup>75</sup>
<b>VPPS</b>	Suh, Strupp & O'Malley, 1973	3	NS	Évalue les différents facteurs qui influencent les résultats d'un suivi en psychothérapie, donc évalue à la fois les comportements et les attitudes du T et du P qui peuvent avoir un impact sur le progrès thérapeutique Comprend 3 évaluations globales et	NSP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Pas du tout) à 5 (Beaucoup)	80 <sup>92</sup>	8 sous-échelles : participation du P, hostilité du P, détresse psychique du P, exploration du P, exploration du T, chaleur et amicalité du T, attitude négative du T <sup>94</sup> , la dépendance du P <sup>23</sup>	Pendant les séances (évalue le 2 <sup>e</sup> 15 minutes de la séance) <sup>92</sup>	HR <sup>92</sup>	C <sup>91</sup>	Coefficients de F inter-juges : r = 0.92 pour l'hostilité du P, r = 0.92 pour la détresse psychique du P, r = 0.94 pour l'exploration du P, r = 0.94	Sous-échelles du VPPS possède une V prédictive. Les sous-échelles participation du P, l'hostilité du P, les dimensions du VPPS et l'engagement du P peuvent prédire les

8 sous-échelles  
 Évalue à la fois les  
 contributions  
 individuelles positives  
 et négatives Comporte  
 3 évaluations globales  
 : qualité de la relation,  
 productivité de la  
 séance et niveau de  
 fonctionnement du P  
 (Strupp, Chassan, &  
 Ewing, 1966)<sup>94</sup>

pour  
 l'exploration  
 du T,  $r =$   
 0.86 pour la  
 chaleur et  
 l'amicalité du  
 T,  $r = 0.79$   
 pour  
 l'attitude  
 négative du T  
 et  $r = 0.91$   
 pour la  
 participation  
 du P  
 Les  $\alpha$  de  
 cohérence  
 interne :  $\alpha =$   
 0.83 pour  
 l'hostilité du  
 P,  $\alpha = 0.92$   
 pour la  
 détresse  
 psychique du  
 P,  $\alpha = 0.96$   
 pour ,  
 l'exploration  
 du P,  $\alpha =$   
 0.96 pour  
 l'exploration  
 du T,  $\alpha =$   
 0.91 pour la  
 chaleur et  
 l'amicalité du  
 T,  $\alpha = 0.82$   
 pour  
 l'attitude  
 négative du T  
 et  $\alpha = 0.93$   
 pour la  
 participation  
 du P<sup>94</sup>

résultats évalués  
 par le T<sup>94</sup>  
 Les deux  
 dimensions du  
 processus  
 exploratoire  
 (combinaison  
 des sous-  
 échelles de  
 l'exploration du  
 P et du T et  
 détresse  
 psychotique du  
 P), et de la  
 dimension  
 relation offert  
 par le T qui  
 comprend les  
 sous-échelles  
 chaleur du T et  
 attitude  
 négative du T,  
 prédisent toutes  
 les deux  
 l'évaluation du  
 C par le T  
 (Windholz and  
 Silberschatz  
 1988)<sup>23</sup>  
 Enfin, les sous-  
 échelles chaleur  
 du T et  
 exploration du  
 T du VPPS sont  
 positivement  
 corrélées, alors  
 que la sous-  
 échelle hostilité  
 du P est  
 négativement  
 corrélée avec  
 les résultats du  
 P dans une  
 thérapie  
 interpersonnelle  
 pour la  
 dépression  
 (Rounsaville et  
 al., 1987)<sup>23</sup>



<b>VRS</b>	Brody & Farber, 1996	2	NS	Évalue les réactions émotionnelles du T perçues par lui-même après la lecture de vignettes cliniques de 3 cas différents Dans les vignettes, les diagnostics des P sont un trouble anxieux, un trouble de personnalité limite et la schizophrénie Il s'agit d'une projection de la réaction du T face à ce genre de P <sup>72</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Beaucoup moins qu'à l'habitude) à 5 (Beaucoup plus qu'à l'habitude)	20 <sup>72</sup>	3 facteurs dégagés par les analyses factorielles : CT positif, CT négatif et CT relié au comportement <sup>72</sup>	NS	AR <sup>72</sup>	T <sup>72</sup>	Les $\alpha$ de cohérence interne : 0.82 pour le CT positif, 0.84 pour le CT négatif et 0.76 pour le CT lié aux comportements <sup>19</sup>	Résultats de l'étude menée par Korobkin (2000) corrobore avec son hypothèse initiale que le CT du T est différent en fonction du diagnostic des P, et ce peu importe l'expérience du T. Cela est un indice de la V de construit de l'instrument <sup>72</sup>
------------	----------------------	---	----	---	----	--	------------------	---	----	------------------	-----------------	---	---

Tableau 6. Instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute

Instruments	Auteurs - date	Nombre de fois cités dans la recension	Auteurs et dates des modifications	Description partielle	Spécifique ou non au CT	Type de mesure	Nombre d'items	Dimensions	Temps de mesure	Hétéro ou auto-rapporté	Évaluateur	Fidélité	Validité
<b>GAFS</b>	American Psychiatric Association [APA], 1994	7	NS	Mesure le fonctionnement social, psychologique et occupationnel des P et peut être utilisé pour évaluer les manifestations cognitives du CT des T <sup>40</sup>	NSP	Résultats de 0 à 100 (100 équivaut à un fonctionnement adaptatif maximal)	1 <sup>40</sup>	2 dimensions: niveau de fonctionnement du P (quantitatif) et manifestations cognitives de CT du T (qualitatif)	Après les séances avec un P <sup>40</sup>	AR pour le résultat du GAFS; HR pour l'évaluation du CT <sup>40</sup>	T <sup>40</sup>	Variabilité dans les évaluations des T en raison de la nature subjective de la mesure <sup>40</sup> F varie de marginal à excellent (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995) <sup>40</sup> , avec une F test-retest (intra-classe) de 0.47 à 0.82 (J. B. W. Williams et al., 1992) <sup>40</sup>	Bonne V de construit car il permet de différencier les différents groupes diagnostiques (Goldman, Skodol, & Lave, 1992) <sup>40</sup> V convergente avec d'autres mesures de fonctionnement occupationnel et social (Goldman et al., 1992; Jones et al., 1995) <sup>40</sup>
<b>IC</b>	Baker-Brown et al., 2005	1	NS	Mesure du style cognitif et comparaison entre le P et le T <sup>32</sup>	NSP	Échelle de 7 résultats possibles de 1 (Pas d'évidence d'intégration et de différenciation) à 7 (Haut niveau d'intégration et de différenciation)	1 <sup>32</sup>	Différents éléments du style cognitif : intégration, différenciation, l'identification de catégorie supérieure qui lie deux concepts, la reconnaissance de buts conflictuels ou de valeurs contradictoires, la spécification de l'interaction des effets et des causes d'un événement, et l'élaboration des	Pendant les séances <sup>32</sup>	HR <sup>32</sup>	C <sup>2</sup> qualifiés <sup>3</sup>	Pour devenir coteur de l'instrument, il est exigé d'atteindre certaines normes d'accord inter-juges et de test-retest F inter-juges doit atteindre 0.85 avec les autres C et une F de 0.90 pour être un coteur <sup>32</sup>	Concept fortement accepté et utilisé dans différents domaines non-cliniques comme la politique et l'histoire sociale <sup>32</sup>

								raisons possibles qui fait en sorte que des personnes peuvent voir une même situation de différentes façons <sup>32</sup>					
<b>II</b>	Hille, 1985	1	NS	Mesure de l'intention du T : l'intention est une composante cognitive qui est un médiateur dans la prise du choix de l'intervention <sup>64</sup>	NSP	Identification des catégories	19 <sup>64</sup>	NS	Après les séances <sup>64</sup>	AR <sup>64</sup>	T <sup>64</sup>	NS	Analyse des intentions identifiées entre les séances montre que la fréquence des intentions est cohérente avec les étapes du processus thérapeutique. Mettre les limites diminue à travers les séances (r = -0.4, p < 0.05), obtenir de l'information diminue (r = -0.3, p < 0.01), support diminue (r = -0.53, p < 0.05), clarification diminue (r = -0.62, p < 0.01), espoir diminue (r = -0.64, p < 0.01), catharisme diminue (r = -0.61, p < 0.01), insight augmente (r = 0.53, p < 0.05), changement augmente (r =

												0.68, p < 0.001) et renforcement du changement augmente (r = 0.15, p < - 0.05) <sup>64</sup>	
<b>MSRS</b>	Bouchard, Picard, Audet, Brisson & Carrier, 1998	2	Goldfeld & Bouchard, 2004 (version auto-rapportée); Moraes, Hasselmann & Reichenheim, 2002 (version avec méthodologie quantitative); Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998 (version transculturellement)	Basé sur le CRS, qui couvre l'étendue des catégories des états mentaux et qui s'inspire de la vision totalitaire du CT. Peut être utilisé pour tout le matériel écrit, par exemple, dans l'étude de Goldfeld (2008), le matériel utilisé pour évaluer les états mentaux sont le CT (pensées, images, sentiments) que les T rapportent après leurs séances avec leur P <sup>52</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 5 points : 1 (Peu ou absente) à 5 (Très présente) (version auto-rapportée) <sup>52</sup>	7 (version 2004) <sup>52</sup>	3 catégories génériques majeures avec des sous-catégories d'états mentaux : l'état mental objectif-rationnel, l'état mental réactif et l'état mental réflexif (Normandin, 1991) <sup>52</sup>	Après les séances <sup>52</sup>	HR ou AR (version 2004) <sup>52</sup>	T et C ou juste T (version 2004) <sup>52</sup>	L'outil a été transculturellement adapté par Herdman, Fox-Rushby, et Badia (1998) et un ajout de méthodologie quantitative a été réalisé par Moraes, Hasselmann, and Reichenheim (2002). Qualité inter-juges était de $\kappa = 0.81$ (p < 0.001). Il a été prouvé à plusieurs reprises que les états mentaux étaient antagonistes comme réflexif vs réactif (r = - 0.70). L'état mental objectif rationnel a été fréquemment considéré comme non lié aux deux autres catégories.	Il existe une corrélation importante entre le ICB et le MSRS. Résultats réflexifs du MSRS ayant un contenu mental plus élevé, articulé et des réponses plus claires sont associés positivement avec des réponses de CT positif au ICB <sup>52, 91</sup>

												d'états mentaux : réflectif et réactif (Lecours et al., 1995; Normandin & Bouchard, 1993; Séguin & Bouchard, 1997) <sup>52</sup>	
SEQ <sup>11</sup>	Stiles, 1980	16	Stiles, Tupler & Carpenter, 1982; Stiles & Snow, 1984 (version 3); Stiles, 1994 (version 4); Fitzgerald, 1997 (SEQ-Termination)	Mesure l'impact émotionnel de la séance, la perception du T et du P de la séance et de la perception de la compétence du T <sup>50</sup>	SP	Échelle à 7 points sur continuum à 2 pôles extrêmes : 1 (représentant l'extrémité d'une caractéristique), 7 (représentant l'extrémité d'une caractéristique complémentaire) et 4 (une caractéristique neutre	22 dimensions (version originale) <sup>105</sup> ; 24 dimensions caractéristiques à 2 pôles; 27 dimensions (version 4) <sup>107</sup>	4 sous-échelles (structure factorielle) : profondeur, douceur, positivité et éveil	Après les séances <sup>42</sup>	AR <sup>42</sup>	T et P <sup>42</sup>	F bien établie (Mallincrodt, 1994) <sup>42</sup> Dans la lière partie du questionnaire évaluant la séance, 2 facteurs (la profondeur-valeur et la douceur) ont été extraits. Ces deux facteurs représentent 61% de la variance des résultats pour la version P et 62.5% pour la version T <sup>105</sup> Cohérence interne pour le T : $\alpha = 0.82$ pour la sous-échelle éveil et $\alpha = 0.91$ pour la sous-échelle profondeur (Stiles et Snow, 1984) <sup>42</sup>	V bien établie (Mallincrodt, 1994) <sup>42</sup> Malgré quelques exceptions, plusieurs index du SEQ et du SIS corrént fortement entre eux, p.ex. : Index des impacts positifs du SIS corrént de modérément à hautement avec des index de la profondeur du SEQ entre $\alpha = 0.44$ et $\alpha = 0.72$ <sup>107</sup> Sous-échelle éveil du SEQ peut être utilisée comme V discriminante, car elle ne corrént pas avec le SIS contrairement à l'échelle

<sup>11</sup> SEQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations affectives du thérapeute.

												positivité <sup>39</sup>	
<b>ST</b>	Stroop, 1935	1	NS	Évalue l'inconfort cognitif Plusieurs études (Hayes & Gelso, 1993; Gelso et al., 1995) <sup>43</sup> portant sur l'anxiété et le CT ont utilisé le rappel des participants de mots particuliers du P comme un indice des composantes cognitives de l'inconfort du T Utilisé pour évaluer à la fois l'attention cognitive et l'interférence cognitive (Stroop, 1935) <sup>45</sup>	NSP	Listes de mots désignant une couleur : rouge, bleu, brun et mauve, écrits dans une couleur d'encre différente que la signification du mot (Ex: le mot "rouge" est imprimé dans une encre bleu)	Tâche de performance <sup>e43</sup>	NS	Avant et après l'exposition à un p <sup>43</sup>	HR <sup>43</sup>	C <sup>43</sup>	NS	Les études ont établi la V de la tâche du test de ST dans l'identification de l'interférence cognitive en augmentant la latence dans le temps de réponse provoqué dans le cadre de situation anxiogène (Foa, Feske, Murdock, Kozak & McCarthy, 1991; Hayward, Ahmad & Wardle, 1994; Mattia, Heimberg & Hope, 1993; McNally, Kaspi, Riemann & Zeitlin, 1990; Rubino, Verucci & Fortuna, 1993) <sup>43</sup> Comme prédit, les situations nouvelles qui augmentent progressivement en difficulté augmentent le niveau d'anxiété (augmentation)

n de la  
pression  
sanguine ( $p <$   
 $0.01$ ), et  
augmentation  
de la latence  
dans la tâche  
du ST ( $p <$   
 $0.01$ )<sup>43</sup>

Tableau 7. Instruments évaluant les manifestations comportementales du thérapeute

Instruments	Auteurs - date	Nombre de fois cité dans la recension	Auteurs et dates des modifications	Description partielle	Spécifique ou non au CT	Type de mesure	Nombre d'items	Dimensions	Temps de mesure	Hétéro ou auto-rapporté	Évaluateur	Fidélité	Validité
<b>AI</b>	Bandura, Lipscher & Miller, 1960	4	Hayes & Gelso, 1993; Gelso et al., 1995	Système de cotation des comportements verbaux du T et son niveau d'inconfort quand le P exprime de l'attraction sexuelle ou de la colère (Long) Évalue les manifestations du CT en catégorisant les réponses verbales en termes qu'il s'agisse de comportements de rapprochement ou d'évitement (Bandura et al., 1960) <sup>40</sup>	SP	Ratio	NS	2 dimensions : comportements d'approches et comportements d'évitement 5 sous-catégories sont associées aux comportements d'approche, 5 aux comportements d'évitement et 1 est une catégorie correspondant à un comportement non classifiable <sup>40</sup>	Pendant les séances (ou après si enregistrés) <sup>79</sup>	HR <sup>79</sup>	C <sup>79</sup>	Proportion d'accord entre les 3 pairs d'évaluateurs : 0.69, 0.77 et 0.72; pour un taux moyen de 0.73 Des investigations ont démontré une F et un accord inter-juges (Bandura et al., 1960; Gelso et al., 1995; Hayes & Gelso, 1993; Latts & Gelso, 1995; Rosenberger & Hayes, 2002) <sup>40</sup>	Forte V de construit Des investigations ont démontré une V de construit pour le CT (Bandura et al., 1960; Gelso et al., 1995; Hayes & Gelso, 1993; Latts & Gelso, 1995; Rosenberger & Hayes, 2002) <sup>40</sup>
<b>BCQ</b>	Miller, Murphy & Buss, 1981	1	NS	Mesure la conscience du corps privé (des sensations internes du participant) et publique (des aspects observables du corps du participant) <sup>87</sup>	SP	Échelle de type Likert à 5 points : 0 (Pas caractéristique) à 4 (Très caractéristique)	15 <sup>87</sup>	2 échelles : conscience publique et conscience privée du corps	Après la séance <sup>87</sup>	AR <sup>87</sup>	T <sup>87</sup>	F test-retest modérée <sup>87</sup>	Corrélations modérées avec des instruments similaires comme l'inventaire de l'auto-conscience (r = 0.37 à 0.45), l'échelle d'hypochondrie du MMPI et l'échelle



													émotionnelle de EASI <sup>87</sup>
<b>FACS</b>	Ekman & Friesen, 1978	6	Ekman, Friesen & Tomkins, 1971 (FAST); Izard, Dougherty & Hembree, 1983 (AFFEX); Friesen & Ekman, 1982 (EMFACS) <sup>92</sup>	Méthode descriptive d'enregistrement objective et différentielle des comportements faciaux <sup>10</sup>	SP	Méthode compréhensible et largement utilisée pour décrire objectivement l'activité faciale d'un sujet <sup>100</sup>	NS	Dimension évaluée : Activité faciale, c'est-à-dire toutes les expressions faciales de la personne Activités faciales sont subdivisées en affects primaires, affects mixtes ou émotions = affect faciaux Expressivité d'une émotion = affectivité spécifique <sup>86</sup>	Pendant la séance <sup>86</sup>	HR <sup>86</sup>	C formés <sup>86</sup>	F bonne à excellente <sup>100</sup>	V concurrente a été démontrée par différents groupes de recherches indépendants (ex : Bartlett et al. (1999), Cohn et al. (1999), and Pantic & Patras (2006)) <sup>25</sup>
<b>FAPRS</b>	Callaghan & Follette, 1998	3	NS	Système de cotation initialement créé pour évaluer le comportement des T ayant peu d'expérience et qui font un suivi de psychothérapie fonctionnel analytique FAP Un code ait attribué à chaque tour de parole pour le T et pour le P <sup>20</sup>	NSP	Système de codes	25 codes (10 pour le P; 15 pour le T) <sup>20</sup>	2 catégories de codes : comportements du T et comportements du P	Pendant la séance <sup>20</sup>	HR <sup>20</sup>	C formés <sup>20</sup>	Grande variabilité dans les codes dans une même séance et d'une séance à l'autre, mais cette variabilité est attendue en raison de la nature de ce qui est évalué par la mesure $\kappa = 0.87$ Il y a des items où la F inter-juges est plus élevée que pour d'autres autant dans les codes de T que pour ceux du P <sup>21</sup>	V du système FAPRS est cohérent avec la théorie de la FAP (Callaghan et al., 2003) <sup>20</sup>
<b>NISA</b>	Davis, 1986	1	NS	Méthode de codage pour les mouvements adaptés des recherches passées sur les comportements non-	NSP	NS	17 <sup>33</sup>	2 grandes catégories de comportements non-verbaux : position et gesticulation	Pendant les séances <sup>33</sup>	HR <sup>33</sup>	C <sup>33</sup>	F inter-juges pour la catégorie position : 95% pour	Instrument permettant de mesurer la synchronisation des actions

	<p>verbaux et de l'analyse des mouvements de Laban Évaluation des mouvements individuels et des patrons interactionnels de mouvements entre le T et le P<sup>33</sup></p>	<p>Position divisée en 6 catégories : l'inclinaison, la bas du corps de la personne, la face supérieure, la face inférieure, la symétrie, les mains Gesticulation divisée en 5 catégories : la latéralité, l'unité gestuelle, l'amplitude gestuelle, la dynamique et la complexité spatiale<sup>33</sup></p>	<p>l'inclinaison, 98% pour le bas de la personne, 98% pour la face supérieure, 97% pour la face inférieure, 100% pour la symétrie et 94% pour les mains F inter-juges pour la catégorie gesticulation : 99% pour la latéralité, 98% pour l'unité gestuelle, 97% pour l'amplitude gestuelle, 92% pour la dynamique et 85% pour la complexité spatiale Les <math>\alpha</math> de cohérence interne pour la catégorie position : <math>\alpha = 0.62</math> pour l'inclinaison, <math>\alpha = 0.67</math> pour le bas de la personne, <math>\alpha = 0.54</math> pour la face supérieure, <math>\alpha = 0.44</math> pour la face inférieure, <math>\alpha = 0.70</math> pour la symétrie et <math>\alpha</math></p> <p>entre le P et le T, particulièrement en ce qui a trait à l'échange de tours de parole qui a été reconnu comme un phénomène apparent (Chapple and Arensberg's 1940)<sup>33</sup></p>
--	---	--	--

												= 0.90 pour les mains Les $\alpha$ de cohérence interne pour la catégorie gesticulation : $\alpha = 0.82$ pour la latéralité, $\alpha = 0.81$ pour l'unité gestuelle, $\alpha = 0.68$ pour l'amplitude gestuelle, $\alpha = 0.62$ pour la dynamique et $\alpha = 0.60$ pour la complexité spatiale <sup>33</sup>	
PQS <sup>12</sup>	Jones, Cumming & Horowitz, 1988, cite dans Tobin 2006	10	Jones, 2000	Mesure descriptive des procédures en psychothérapie adaptée pour l'analyse quantitative Les prototypes développés ont permis d'identifier les ingrédients actifs du processus thérapeutique <sup>1</sup> Instrument qui consiste à décrire les actions, les comportements et les pensées du T et du P de façon individuelle et en dyade Basé sur le Q-sort Method développé par Friedler, 1952; Apfelbaum, 1958; Rawn, 1958 <sup>8</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 9 points : 1 (Pas caractéristique) à 9 (Très caractéristique)	100 <sup>1</sup>	2 facteurs dégagés : les techniques psychodynamiques et celles de la thérapie cognitivo-comportementale	Pendant les séances <sup>1</sup>	HR <sup>1</sup>	C formés <sup>1</sup>	F a été démontrée dans une variété d'échantillons différents dans différents types de traitement : psychodynamique, cognitivo-comportementale, centré sur le P, gestalt, relationnelle-émotive et la thérapie interpersonnelle (Ablon & Jones, 1999, 2002; Jones, Cum-	V a été démontrée dans une variété d'échantillons différents dans différents types de traitement : psychodynamique, cognitivo-comportementale, centré sur le P, gestalt, relationnelle-émotive et la thérapie interpersonnelle (Ablon & Jones, 1999, 2002; Jones, Cum-

<sup>12</sup> PQS aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute, dans le tableau des instruments évaluant les manifestations affectives du thérapeute et dans le tableau des instruments évaluant les interactions entre le patient et le thérapeute.

												& Horowitz, 1988; Jones, Hall, & Parke, 1991; Jones & Pulos, 1993) <sup>1</sup> Niveau d'accord entre les experts coteurs est élevé pour les 2 principales approches : 0.94 psychodynamique et 0.95 cognitivo-comportementale <sup>1</sup>	& Horowitz, 1988; Jones, Hall, & Parke, 1991; Jones & Pulos, 1993) <sup>1</sup> V de construit et discriminante de la mesure ont été démontrées dans différentes études (Jones et al. 1998, 1991, Jones, Krupnick, & Kerig, 1987; Jones & Pulos, 1993) <sup>2</sup>
<b>RIAS</b>	Roter, 2001	3	NS	Instrument quantitatif largement utilisé pour la communication médecin-P Évalue autant les échanges verbaux spécifiques que le comportement affectif global des orateurs <sup>58</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 6 points : 1 (Bas ou peu) à 6 (Élevé)	Aspects à évaluer pour P et T : irritation; anxiété; dominance; intérêt; cordialité; engagement ; sympathie; respect; l'interactivité l'impatience seulement évaluée pour T Détresse seulement évaluée pour P <sup>58</sup> et autre au besoin <sup>99</sup>	Comportements classés en différentes catégories comprenant chacune de 2 à 4 sous-catégories Catégorie Éducation et conseils donnés au P : information médicale donnée, information psychosociale donnée, conseil médical donné et conseil psychosocial donné Catégorie Cueillette de données : question ouverte à propos des aspects médicaux, question ouverte à propos des aspects psychosociaux, question fermée à propos des aspects médicaux et	Pendant la séance <sup>58</sup>	HR <sup>58</sup>	C <sup>58</sup>	L'instrument a un haut niveau de F et de cohérence interne : la moyenne de la F pour les P et les médecins est de $\alpha = 0.83$ <sup>58</sup>	Les études ont démontrés qu'il possède un niveau élevé de V prédictive et concomitante Les études ont liés les aspects de communication aux fautes professionnelles des médecins, à la satisfaction du P vis-à-vis son médecin, au rappel du P et aux améliorations du niveau de la détresse émotionnel du P Le RIAS a été utilisé pour évaluer les

								question fermée à propos des aspects psychosociaux Catégorie Construire une relation : conversation sociale positive, négative et émotionnelle Catégorie Activation et partenariat: facilitateur à la participation et conversation procédurale <sup>99</sup>				programmes de formation à la communication <sup>98</sup>	
<b>SISC-INTER</b>	Froján, Calero & Montaño, 2007	1	NS	Protocole d'observation qui catégorise les fonctions des comportements verbaux d'un T en séance <sup>47</sup>	NSP	Échelle nominale	8 catégories <sup>47</sup> , 7 catégories <sup>11</sup> <sub>5</sub>	8 ou 7 catégories de fonctions spécifiques : discriminatoire, renforçatrice, informatif, motivationnel, instructionnel, autre et évocatrice 4 activités : évaluer, expliquer, méthode socratique et fournir une orientation clinique	Pendant les séances <sup>11</sup> <sub>5</sub>	HR <sup>115</sup>	C <sup>115</sup>	Dans l'étude originale, l'accord inter-juges est bon à excellent (Froján et al., 2008) <sup>115</sup> avec un $\kappa$ se situant entre 0.68 et 0.84 avec une précision d'observateur entre 87 et 93% (Bakeman, 2000; Bakeman, Quera, McArthur, & Robinson, 1997) <sup>115</sup>	Selon l'approche basée sur les hypothèses, la V de construit peut constituer une stratégie méthodologique qui supporte la V de l'instrument <sup>115</sup> Catégories du SISC-INTER ont été développées par un comité de T sur les fonctions comportementales des énoncés du T pendant l'interaction clinique Observations informelles utilisées comme fondement empirique pour développer les codes

													d'observation <sup>15</sup>
<b>TBC</b>	Forgatch & Chamberlain, 1982	1	Bischoff & Tracey, 1995 (TBC-R)	Évalue les comportements du T en séance selon s'ils sont directifs et non-directifs Les comportements verbaux codés ne sont pas exclus de l'analyse <sup>116</sup>	SP	À chaque tour de parole, le comportement est coté dans une catégorie Échelle nominale S'il y a plus d'un comportement dans un tour de parole, seul le dernier est considéré pour la cotation <sup>16</sup>	NS	2 types de comportements du T : directifs et non-directifs Comportements directifs comprennent 5 catégories : enseignement, structure, questions directives, confrontation et interprétations Comportements non-directifs comprennent 4 catégories : support, questions supportantes, interprétations supportantes, comportements facilitateurs de la thérapie <sup>116</sup> La version originale ne contenait pas les catégories questions et interprétation <sup>16</sup>	Pendant les séances <sup>116</sup>	HR <sup>116</sup>	C <sup>116</sup>	F inter-juges : $\kappa = 0.57$ et un pourcentage d'accord de $0.75^{116}$ Évaluation de la F de la cotation du groupe donne $r = 0.83$ ( $p < 0.01$ ), ce qui suggère que l'évaluation des interactions se présentant dans une séance est très fidèle entre les équipes de C <sup>16</sup>	Bonne V prédictive (Patterson & Forgatch, 1985) <sup>116</sup> Bonne V apparente et de contenu (Bischoff & Tracey, 1995) <sup>116</sup>
<b>TBCL</b>	Bennun, Hahlweg, Schindler & Langlotz, 1986	1	NS	P évalue le comportement du T, en choisissant sur un continuum de paires d'adjectifs ayant une signification opposée, quels mots décrivent le mieux le comportement du T en séance <sup>37</sup>	SP	Continuum allant de 1 à 6 présentant une paire d'adjectifs ayant une signification opposée placés à chaque extrémité du continuum : 1 et 6 (Vraiment); 2 et 5 (Un peu); 3 et 4 (Un petit peu)	29 <sup>37</sup>	3 principaux facteurs dégagés par les analyses : considération positive-intérêt, compétence - expérience, activation, conseil dirigé (Bennun, Hahlweg, Schindler, & Langlotz, 1986; Bennun & Schindler, 1988) <sup>37</sup>	Après les séances <sup>37</sup>	HR <sup>37</sup>	P <sup>37</sup>	Le TBC atteint les standards de F Cohérence interne élevée avec un $\alpha = 0.95^{37}$	Le TBC atteint les standards de V <sup>37</sup> Évidence de V de critère : T et le P perçoivent des bénéfices (la réduction de symptômes, la comparaison du P de lui-même avant et après le traitement et les mesures

objectives de diminution de symptômes)  
Corrélation positive entre ce qui est perçu par le T et les résultats identifiés (Bennun, Hahlweg, Schindler, & Langlotz; 1986; Bennun & Schindler, 1988)<sup>37</sup>  
V est prouvée par le fait que l'instrument possède autre version dans laquelle le T évalue les comportements du P (Bennun, Hahlweg, Schindler, and Langlotz; 1986; Bennun & Schindler, 1988)<sup>37</sup>  
Corrélations entre les deux versions sont significatives variant de  $r = 0.68$  à  $0.81$ . Cela signifie que les P et les T ont une perception similaire du processus thérapeutique, preuve d'une V convergente de

l'instrument  
V apparente  
indique que  
l'instrument  
évalue ce qu'il  
doit évaluer et  
ce, de façon  
pratique. La  
longueur, le  
fait que  
l'instrument  
soit simple à  
comprendre  
rend son  
utilisation  
facile et  
accessible. La  
simplicité de  
l'instrument  
ne laisse pas  
de place à la  
mauvaise  
interprétation  
ou à la  
confusion. De  
plus, les 3  
facteurs  
extraits des  
analyses vont  
de pair avec  
les variables  
étudiées dans  
l'instrument<sup>37</sup>



Tableau 8. Instruments évaluant les interactions entre le patient et le thérapeute

Instruments	Auteurs - date	Nombre de fois cité dans la recension	Auteurs et dates des modifications	Description partielle	Spécifique ou non au CT	Type de mesure	Nombre d'items	Dimensions	Temps de mesure	Hétéro ou auto-rapporté	Évaluateur	Fidélité	Validité
<b>ARM</b>	Agnew - Davies et al., 1998	1	NS	Mesure qui décrit le P, le T et la relation P-T évaluée par différentes versions de l'instrument pour le P et pour le T <sup>106</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 7 points : 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord)	28 <sup>106</sup>	5 facteurs : limites, partenariat, confiance, ouverture, initiative du P	Avant, après et 3 mois après le suivi <sup>106</sup>	AR <sup>106</sup>	T et P <sup>106</sup>	Accord entre les coteurs a tendance à être plus élevé pour les forces et les aspects observables de la thérapie que pour les aspects relationnels Limites (0.82 pour le P et 0.85 pour le T), partenariat (P : 0.80 et T : 0.81), confiance (P : 0.87 et T : 0.86), ouverture (P : 0.77 et T : 0.86), et initiative du P (P : 0.55 et T : 0.55); donc la dernière dimension a une cohérence interne faible <sup>106</sup>	Échelle d'ouverture liée conceptuellement à l'échelle de capacité de travail du P de l'instrument CALPAS (Marmar et al., 1989) <sup>3</sup> Ouverture est évaluée comme une dimension relativement indépendante <sup>3</sup>
<b>CALPAS</b>	Greens on, 1965; Sterba, 1934 (version	11	Marmar, Gaston et al., 1989 Gaston, 1991 (F) Horvath,	Mesure de 24 items qui évalue 4 dimensions indépendantes de l'alliance thérapeutique <sup>23</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 7 points : 1 (Pas du tout) à 7 (Vraiment beaucoup)	28 <sup>23</sup>	4 échelles : engagement du P, capacité de travail du P, compréhension et intensité de la	Pendant et après la séance <sup>23</sup>	HR ou AR selon la version <sup>23</sup>	Juges indépendants; C; T; P <sup>23</sup>	Haute F des échelles (Hovarth, Gaston et Lunorsky, 1993) <sup>53</sup>	NS

n théoriqu ue)	Gaston & Luborsky, 1993	participation du T et travail consensuel stratégique	Bonne F générale de la mesure avec un indice de F moyen pour toutes les mesures estimé à 0.86 Instruments évalués par le T sont les plus fidèles (r = 0.93), et la F de l'échelle P est de 0.88 F test-retest acceptable (Gaston & Marmar, 1994; Martin et al., 2000) <sup>53</sup> F inter-juges acceptable (Gaston & Marmar, 1994; Martin et al., 2000) <sup>53</sup> Utilisation de juges indépendants : corrélation inter-échelles varie de 0.33 à 0.83 (Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu, & Garant, 1994) <sup>53</sup> Les $\alpha$ de cohérence interne : entre 0.95 à 0.97; et intra-classe : entre 0.89 et 0.97 Cohérence interne des $\alpha$ :
----------------------	-------------------------------	--	---

												<p>résultat total : 0.96; capacité de travail du P : 0.89; engagement du P : 0.90; travail consensuel stratégique : 0.90; et compréhension et intensité de l'investissement du T : 0.87<sup>23</sup></p>	
<b>CLOIT</b>	Kiesler et al., 1986	2	Kiesler, 1987	Évalue notre propre style interpersonnel (ou comportement interpersonnel) <sup>29</sup> ou celui des autres Écart du résultat se situe entre - 45.25 et 45.25 Résultats négatifs signifient soumission, hostilité, alors que résultats positifs indiquent dominance ou isolement dans les échelles de contrôle et d'affiliation respectivement <sup>80</sup>	NSP	Cocher les items qui correspondent aux actions pouvant se produire dans vos relations	96 <sup>80</sup>	16 échelles : dominant, compétitif, méfiant, froid, hostile, détaché, inhibé, non-assuré, soumis différent, confiance, chaleureux, amical, sociable, exhibitionniste et assuré <sup>29</sup>	Pendant (observateurs); après (P et T) <sup>80</sup>	HR/AR <sup>80</sup>	Observateurs, P ou T <sup>80</sup>	La F test-retest est suffisante (Van Denburg et Kiesler, 1993; Weinstock-Savoy, 1986) <sup>29</sup> La F inter-juges est acceptable (Van Denburg et Kiesler, 1993; Weinstock-Savoy, 1986) <sup>29</sup> La cohérence interne est adéquate (Van Denburg et Kiesler, 1993; Weinstock-Savoy, 1986) <sup>29</sup>	Des V prédictives et convergentes ont été rapportées dans différentes études (Kiesler et Goldston, 1988; Kiesler et Watkins, 1989; Van Denburg et Kiesler, 1993; et Weinstock-Savoy, 1986) <sup>29</sup>
<b>CLOIT</b>	Kiesler, 1984	4	Mahalik, 1993	Décrit les comportements interpersonnels du P et du T, puisque les observateurs évaluent les interactions avec le	NSP	Cocher les items qui correspondent aux actions pouvant se produire dans vos relations	96 <sup>80</sup>	16 échelles : dominant, compétitif, méfiant, froid, hostile, détaché, inhibé, non-assuré, soumis	Pendant (observateurs); après (P et T) <sup>80</sup>	HR/AR <sup>80</sup>	C indépendants, P ou T <sup>80</sup>	F inter-juges modérée à élevée : entre 0.56 et 0.83 (Weinstock-Savoy,	Les V convergentes et prédictives ont été démontrées (Kiesler,

				P ou le T pendant la séance <sup>70</sup>				différent, confiance, chaleureux, amical, sociable, exhibitionniste et assuré <sup>70</sup>				1986) <sup>80</sup> Cohérence interne estimée des échelles se situe entre 0.29 et 0.89 (médiane de 0.55) <sup>111</sup>	1987; Kiesler & Goldston, 1988; Weinstock-Savoy, 1986) <sup>80</sup>
<b>CRQ</b> <sup>13</sup>	Barber et al., 1998	3	Zicha-Mano, 2014; McCarthy, 2008	Mesure les schémas relationnels centraux des individus Évalue les caractéristiques individuelles relatives aux différentes personnes significatives basées sur les croyances et les attentes se rapportant aux relations de la petite enfance <sup>24</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 7 points : 1 (Jamais vrai ou typique de moi ou des autres) à 7 (Toujours vrai ou typique de moi ou des autres)	139 <sup>24</sup>	3 dimensions majeures contenant au total 7 ou 8 sous-échelles chacune Dimension désir : supportant, confiant et indépendant, en conflit, reconnu, faire confiance, être sexuel, ne pas être abandonné Dimension réaction des autres : me blessent, m'aiment, sont indépendants, me contrôlent, sont hors de contrôle, sont anxieux, sont sexuels Dimension mes réactions : se sentir valorisé, prendre soin des autres, se sentir anxieux, éviter les conflits, ne pas se sentir apprécié, être indépendant, se sentir sexuel, et dominant	Après avoir pensé à un P en particulier <sup>r</sup> <sup>24</sup>	AR <sup>24</sup>	T et P <sup>24</sup>	Après 1 an, les résultats aux sous-échelles étaient significativement corrélés entre temps 1 et temps 2 avec une corrélation moyenne de $r = 0.65$ ( $p < 0.001$ ) pour la dimension de souhait, $r = 0.66$ ( $p < 0.001$ ) pour la dimension de relation avec les autres et $r = 0.63$ pour la dimension de mes réactions (Barber et al 1998) <sup>24</sup> Sous-échelles des dimensions varient entre $\alpha = 0.78$ et $\alpha = 0.95$ pour les 7 sous-échelles de la dimension souhait	V convergente et discriminante ont été démontrées en comparant le CRQ avec le IIP-CS (Alden et al. 1990) <sup>24</sup> , une mesure évaluant la sévérité et les difficultés personnelles expérimentés par chacune des 3 composantes La sous-échelle supportant de la dimension souhait est associée négativement avec les échelles Vindictive and Cold scale de L'IIP-CS. L'échelle est en conflit de la même

<sup>13</sup> CRQ aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations cognitives du thérapeute et dans le tableau des instruments évaluant les manifestations affectives du thérapeute.

(médiane de 0.90), entre  $\alpha = 0.82$  à 0.95 pour la dimension réaction des autres (médiane de 0.88), et entre  $\alpha = 0.71$  et  $\alpha = 0.94$  pour la dimension mes réactions (médiane de 0.89) (Barber et al, 1998)<sup>24</sup>

dimension du CRQ est positivement associée avec les échelles Domineering et Vindictive de l'IIP-CS. Comme attendu, la dimension souhait était en général non corrélée avec les sous-échelles de l'IIP-CS. Les sous-échelles me blessent et m'aiment de la dimension relation avec les autres sont corrélées positivement et négativement (respectivement) avec le résultat moyen de l'IIP-CS. La sous-échelle me contrôlent de la même dimension est positivement liée aux échelles Nonassertive et Exploitable. La moyenne des résultats de l'IIP-CS est négativement corrélée avec

les sous-échelles se sentir valorisé, indépendant et positivement corrélée avec les sous-échelles se sentir anxieux, et ne pas se sentir apprécié de la dimension mes réactions. La sous-échelle prendre soin était négativement associée avec les sous-échelles Vindictive et Cold de l'IIP-CS. La sous-échelle être dominant était associée positivement avec la sous-échelle Domineering de l'IIP-CS. Chacun de ces résultats sont théoriquement cohérent et pris ensemble, ils supportent la V convergente et discriminante du CRQ (Barber, et al.

													1998) <sup>24</sup>
<b>ICRS</b>	Strong & Hills, 1986	2	Strong et al., 1988; Litchenberg, 2003	Système d'évaluation manualisé pour coter les réponses en utilisant le cercle interpersonnel (Kiesler, 1983, 1996; Leary, 1957) <sup>75</sup> qui consiste à coder chaque discours et à le catégoriser dans 1 des 8 catégories ou combinaisons de ces catégories qui forment 4 quadrants <sup>75,113</sup>	NSP	Attribution à une catégorie ou un code	NS	2 dimensions : dominance ou affiliation et 8 catégories (octants) définissant le style interpersonnel : leader, personne qui se dépasse, critique, méfiant, effacé, docile, coopératif et maternant Ces 8 dimensions forment 4 quadrants de styles complémentaires : dominant-amical, soumis-amical, soumis-hostile, dominant-hostile	Pendant les séances <sup>75</sup>	HR <sup>75</sup>	C formés <sup>75</sup>	Moyenne de la F inter-juges pour ceux ayant utilisé les 8 catégories et les instructions sur le vidéo est de $\kappa = 0.79$ (étendue entre $\kappa = 0.62 - 0.88$ ) La moyenne de la F inter-juges pour ceux qui ont utilisé les 4 quadrants $\kappa = 0.82$ (étendue de $\kappa = 0.73 - 0.91$ ) <sup>75</sup>	L'arrangement circulaire par types de comportements interpersonnels est fortement supporté dans la littérature (e.g., Gifford & O'Conner, 1987; Gurtman, 1992; Kiesler, 1983, 1996; Tracey, 1994; Tracey & Schneider, 1995; Wiggins, Phillips, & Trapnell, 1989) <sup>113</sup> Beaucoup de support concernant la V pour la cotation par les 8 catégories (octants) (Strong, Hills, Kilmartin, et al., 1988; Tracey, 1994; Tracey & Guinee, 1990) <sup>113</sup> ; alors que l'utilisation des codes extrêmes sont moins validés (Tracey, Guinee, 1990) <sup>113</sup>

<b>IMI<sup>14</sup></b>	Kiesler, 1975	16	Kiesler, 1976 (2 <sup>e</sup> version); Kiesler, 1987; Kiesler & Schmidt, 1993 (version circumplexe)	Évalue les impacts reçus du T et les organise sur la base des comportements interpersonnels du postulat des catégories du cercle interpersonnel développé par Lorr et McNair <sup>53</sup>	SP	Échelle de type Likert à 4 points (version initiale à version circumplexe) : 1 (Pas du tout) à 4 (Vraiment beaucoup)	259 (version originale) <sup>95</sup> ; 15 (version 2); 56 (version circumplexe) <sup>56</sup>	Version originale : 15 catégories interpersonnelles <sup>95</sup> Version 2 : 8 catégories : T dominant pour P dominant, T soumis pour P dominant, T dominant pour un P soumis et T soumis pour un P soumis Version Circumplexe : 2 dimensions (affiliation et contrôle) et 8 catégories de réactions de CT : dominant, dominant-hostile, hostile-soumis, soumis, amical-soumis, amical et amical-dominant <sup>56</sup>	Après les séances <sup>56</sup>	AR <sup>56</sup>	T (versions antérieures à IMI-C); T rapporte et C formés cotent (IMI-C) <sup>56</sup>	Version circumplexe a démontré une meilleure F que les autres versions (Schmidt, Wagner, & Kiesler, 1999) <sup>53</sup> La médiane des coefficients alpha obtenus pour chacun des octants se situent entre 0.69 et 0.85 pour 10 échantillons, ce qui indique une forte F pour les échelles du IMI-C (Kiesler & Auerbach, 2004) <sup>53</sup>	Version circumplexe a démontré une meilleure V que les autres versions (Schmidt, Wagner, & Kiesler, 1999) <sup>53</sup> L'instrument se repose sur 2 construits centraux : le message évoqué de Beier (1966) <sup>95</sup> et l'impact du message <sup>95</sup>
<b>INTREX ou SASB INTREX</b>	Benjamin, 1983	11	Davies-Osterkamp, Hartkamp & Junkert, 1993 (forme courte et version allemande); Benjamin, 2000 (forme moyenne); Landry, 1998 (forme longue)	Basé sur la théorie de SASB circumplex system, la mesure introjective est la version AR du SASB et elle évalue comment les individus agissent en terme d'affiliation (s'attaque ou d'affilie) et de contrôle (se contrôle ou se libère) <sup>62</sup> L'instrument doit être coté 2 fois par le participant La première fois, le participant doit décrire comment il se conduirait au meilleur	NSP	Selon les coefficients des deux dimensions (affiliation et contrôle), la position du T se place sur les deux axes du quadrant du Circumplex System allant de -1000 et +1000; Pour l'évaluation des 8 octants, une échelle d'intervalles de 10 points allant de 0 (Jamais ou pas du tout) à 100	8 : 1 item par octant (forme courte); 16 : 2 items par octant (forme moyenne); 36 : 4 ou 5 items par octant (forme longue) <sup>63</sup>	2 dimensions (axes): affiliation, contrôle 8 octants : émanciper, affirmer, amour actif, protéger, contrôler, blâmer, attaquer, ignorer	Avant, pendant et après le suivi, après chaque séance <sup>63</sup>	AR <sup>63</sup>	T (version thérapeute) P (version client) <sup>63</sup>	F test-retest : 0.786 pour la version courte; 0.841 pour la version moyenne et 0.87 pour la version longue Cohérence interne ne peut pas être évaluée dans la forme courte La F moitié-moitié a été	Des comparaisons ont été réalisées entre les résultats du INTREX et ceux du GAS et du SCL-90-R Global Severity Index. Des test-t indépendants ont été réalisés et ils étaient tous significatifs

<sup>14</sup> IMI aurait aussi pu être placé dans le tableau des instruments évaluant les manifestations affectives du thérapeute.



	<p>de lui-même et la seconde fois, au pire de lui-même<sup>85</sup>  L'instrument évalue à la fois le style général des interactions sociales et la perception que le participant a de ses interactions dans une relation spécifique<sup>74</sup>  Dans Henri (1993), les T sont catégorisés sur la base de leur pire introjection et senti dans 3 quadrants (quadrant 2 = se rejeter et se négliger, quadrant 3 = se culpabiliser et s'oppresser et quadrant 4 s'autogérer et se cultiver  Les C évaluent également le mouvement de la position sur le quadrant à travers le processus thérapeutique<sup>62</sup></p>	<p>(Toujours ou parfaitement) est utilisée<sup>11</sup></p>	<p>évaluée et la moyenne des corrélations est d'environ 0.82 pour la forme moyenne et 0.76 pour la forme longue<sup>63</sup></p> <p>(p &lt; .05) avec des différences qui allaient dans des directions attendues. Les mesures de niveau de fonctionnement, de symptômes et du changement perçus sont cohérentes avec la division en groupes positifs et négatifs des échantillons de P sur la base du changement introspectif de ces P<sup>62</sup>  Un fort support appuie les hypothèses basées sur la théorie qui lie l'état d'introjection du T, le processus interpersonnel de la thérapie et les résultats :  - Les cas de pauvres résultats (sans changement au niveau de l'introjection) sont caractéristiqu</p>
--	--	---	--

es des  
comportemen  
ts  
interpersonnel  
s des T qui  
ont pour  
effets de  
renforcer une  
introjection  
négative du P  
- Le nombre  
de  
communicatio  
ns qui sont  
hostiles ou  
contrôlantes  
est hautement  
corrélé avec  
des  
communicatio  
ns auto-  
culpabilisante  
s de la part du  
P  
-Les T qui ont  
une  
introjection  
de  
désaffiliation  
tendent à  
s'engager  
davantage  
dans des  
problèmes  
interpersonnel  
s qui sont  
associés à de  
faibles  
résultats  
thérapeutique  
s.<sup>62</sup>  
V de contenu  
est établie  
par le fait que  
les P sont  
typiquement  
d'accord avec  
les résultats  
donnés par

												informatique qui sont résumés dans l'évaluation du SASB INTREX <sup>12</sup>	
<b>PCS</b>	Penman, 1980	1	NS	Pour étudier les relations à travers une analyse de la communication verbale selon la classification des schémas de Penman <sup>36</sup> Le système de classification reconnaît les caractéristiques des discours verbaux incluant les comportements paralinguistiques et extralinguistiques Le message est interprété et classifié en terme de l'intention de l'orateur <sup>96</sup>	NSP	Cotation des éléments du discours sur une échelle nominale et schématisation en matrices	16 codes, identifier 3 caractéristiques par code (échelle de catégorisation) (latent); 9 codes, identifier 4 caractéristiques par code (échelle de catégorisation) (manifeste) <sup>96</sup>	2 dimensions étudiées représentant les 2 axes de la matrice : puissance (qui signifie l'influence interpersonnelle) et engagement (mesuré par les facteurs interpersonnels d'affiliation, de sociabilité, d'acceptation et de solidarité) L'analyse du discours est séparée en 2 catégories : le latent <sup>36</sup> qui représentent chacun une matrice spécifique Discours manifeste formé de 9 sous-catégories représentant des comportements, (agresser donner conseil, supporter, ne pas être d'accord, être d'accord, échanger, éviter, demander et concéder) qui comprennent 4 caractéristiques différentes par catégories. Discours latent formé de 16 sous-catégories : rejeter, contrôler, initier, partager, conter,	Pendant les séances <sup>96</sup>	HR <sup>96</sup>	C formés <sup>96</sup>	Dans des conditions en laboratoire pour des relations maritales, la F test-retest de la version originale est environ de $\kappa = 0.70$ Dans les études de supervision et de psychothérapie, le $\kappa$ se situe entre 0.63 et 0.71 pour le discours manifeste et entre 0.71 et 0.81 pour le discours latent (Abadie, 1986; Holloway et al., 1989; Holloway, Wampold, & Nelson, 1990; Martin, et al., 1987) <sup>96</sup>	NS

								résister, offrir, collaborer, s'évader, s'abstenir, rechercher, obliger, se retirer, se soumettre, renoncer, s'agripper, représentant des comportements qui comprennent chacun 3 caractéristiques différentes <sup>96</sup>					
<b>QUAINT pour CCRT</b>	Luborsky, Crits-Christoph & Mellon, 1990	10	Hamilton, 2009 (version 104 items)	Méthode adaptative quantitative développée à partir du CCRT Évalue quantitativement les thèmes de 10 épisodes relationnels (REs), les épisodes relationnels dérivent du concept de Relationship Anecdote Paradigm (Crits-Christoph 1998) <sup>59</sup> Le CCRT est une méthode qui sert à guider le jugement clinique dans le choix du matériel à aborder dans les séances de psychothérapie Évalue chacun des épisodes relationnels comparativement au CCRT qui indique simplement si le thème est présent ou absent <sup>8</sup>	NSP	Échelle de type Likert à 5 points (pour évaluer chaque épisode relationnel) : 1 (Pas présent) à 5 (Fortement présent)	91 :32 souhaits, 30 réponses autres et 29 réponses soi (version originale); 104 : 32 souhaits, 32 réponses autres, 40 réponses soi (version 2009) <sup>8</sup>	3 dimensions : souhaits demandés de la part du P, réponses de l'autre par rapport au souhait demandé et réponses du P en réaction à la réponse de l'autre <sup>6</sup>	Pendant les séances <sup>8</sup>	HR <sup>8</sup>	Juges ou C <sup>8</sup>	F inter-juges pour la version QUAINT-38 utilisée dans l'étude de Crits-Christoph, Demorest, Muenz, et Baranackie (1994), se situe entre 0.64 pour l'item de la catégorie souhait : "Other to be deferring and submitting to me" et 0.97 pour l'item faisant partie de la catégorie souhait : "Other to be attacking and rejecting me" <sup>59</sup> L'intégralité des épisodes relationnels ont une corrélation intra-classe de 0.68	Il a été constaté que les thèmes interpersonnels étaient similaires (Crits-Christoph et al., 1994; cités dans Hamilton, 2009 De plus, les patrons interpersonnels identifiés avec une personne significative dans la vie du P sont souvent similaires à ceux identifiés avec les patrons interactionnels qui se produisent avec le T (Connolly et al., 1996) <sup>59</sup>

												(Crits-Christoph et al. 1988) <sup>28</sup>	
<b>RRS</b>	Samstag et al., 2000	3	NS	Échelle basée sur la théorie de Safran, Muran, Samstag et al. (cf. Safran & Muran, 2000) <sup>88</sup> Mesure de rupture ou d'impasse dans un cadre d'alliance thérapeutique Un observateur évalue une portion de 5 minutes d'une séance Évaluation consiste en 3 parties : identifier le type de rupture, y attribuer une cote de durée selon l'échelle établie et le descriptif Les C doivent également indiquer l'intensité de la rupture sur la seconde échelle établie <sup>88</sup> Enfin, des notes doivent être prises concernant le comportement du P et du T pour faciliter la vérification des codes <sup>85</sup>	NSP	1 <sup>e</sup> partie : échelle de type Likert à 5 points : 0 (Aucun) à 4 (Élevé) 2 <sup>e</sup> partie : descriptif	T : 3 catégories d'items et 8 items P : 4 items <sup>88</sup>	3 dimensions à évaluer : le type de rupture (3 types de rupture possibles : s'en aller, aller vers et aller contre), la durée, descriptif	Pendant la séance <sup>88</sup>	HR <sup>88</sup>	C <sup>88</sup>	Avec une corrélation intra-classe pour des C indépendants, l'étendue des coefficients est entre 0.77 et 0.82 et entre 0.95 et 0.99 F inter-juges pour tous les types de rupture : entre r = 0.60 et r = 0.90 (McEwan, 2005) <sup>85</sup>	NS
<b>SASB</b>	Benjamin, 1974	29	Benjamin, 1987; Benjamin, 1996; Tress, 2002	Développé pour que les P s'autoévaluent en utilisant les 4 dimensions dégagées par les recherches sur les bases interpersonnelles de Benjamin (1974) <sup>4</sup> Utilisé pour évaluer les paires de dyades interactionnelles Les variables du modèle complexe du SASB sont organisées autour d'un cercle à 2 dimensions	NSP	Échelle à intervalles de 11 points : 0 (Pas du tout) à 100 (Tout à fait, parfaitement) Les axes d'affiliation-désaffiliation sont évalués sur une échelle de 18 points	108 catégories <sup>85</sup>	4 dimensions : le référent, le focus, l'attachement et l'axe d'interdépendance <sup>4</sup> Focus peut se faire sur 3 personnes : le soi, l'autre et l'introjection Dimension d'interdépendance est représentée sur 2 axes : affiliation-désaffiliation et interdépendance Pour chaque type de focus, la dimension	Pendant les séances <sup>85</sup>	HR <sup>85</sup>	C <sup>85</sup>	F test-retest de dans un intervalle de 4 à 6 semaines : 0.80 Pour la version moyenne, la cohérence interne de l'instrument est de 0.82 <sup>85</sup>	V de contenu supportée par le jugement d'experts et par l'évaluation de ses dimensions Au-delà de la V attendue pour les mesures auto-rapportées se rapportant à l'attitude ou à la

Le cercle est défini par  
une dimension  
horizontale  
d'affiliation et une  
dimension verticale  
d'interdépendance  
Dans le modèle, il y a  
3 cercles, 1 pour  
chaque focus : sur soi,  
sur l'autre et celui  
d'introjection<sup>55</sup>

d'affiliation et de  
désaffiliation est la  
même Axe  
horizontal :  
affiliation (amour) et  
désaffiliation (haine)  
Axe  
interdépendance :  
chacune des  
positions du focus a  
un terme particulier.  
Focus sur les autres :  
contrôle vs donner  
de l'autonomie  
Focus sur soi : se  
soumettre vs prendre  
de l'autonomie  
Focus introjection :  
se restreindre vs être  
spontané  
Chacune des sous-  
dimensions peut être  
agie de façon  
positive ou négative<sup>4</sup>  
3 patrons  
relationnels : le  
conflit, l'attaque et  
le contrôle

personnalité<sup>85</sup>

## **L'utilisation du terme du CT**

D'abord, nous observons que dans certaines études, d'autres termes étaient utilisés pour définir les réactions du thérapeute qui se rapportent à la définition du CT. En fait, plusieurs mesures opérationnalisent les réactions du thérapeute en séance ou entre les séances, alors que les auteurs de ces mesures n'indiquent pas qu'il s'agit du CT et que cela correspond à la définition déterminée dans le cadre de ce mémoire. Tel est le cas pour 24 instruments sur les 60 retenus (voir les tableaux 1 à 3). De ces 24 instruments, il y en a 14 qui sont composés de certains items se rapportant à la définition du CT (instruments non spécifiques) et dix autres qui sont composés d'items qui se rapportent tous à la définition du CT (instruments spécifiques). Il est possible de supposer que les auteurs de ces 24 instruments ne considèrent pas que les concepts opérationnalisés s'avèrent être du CT. L'auteure du présent mémoire a donc considéré important de rapporter ces instruments puisque cela consiste en un exemple qui illustre la complexité à faire l'évaluation des instruments opérationnalisant le CT : il ne semble pas y avoir un consensus de la définition entre les auteurs ni entre les approches.

Les instruments non spécifiques regroupent 23 des 60 instruments retenus et parmi ceux-ci, 14 de ces instruments n'abordent pas le terme du CT. Certains instruments non spécifiques utilisés dans des études dans lesquelles les auteurs n'abordent pas le CT ont comme premier objectif d'évaluer l'interaction entre le patient et le thérapeute, tels que l'Agnew Relationship Measure (ARM; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham, & Shapiro, 1998) et le Rupture Resolution Scale (RRS; Miller, 2007). Ce dernier instrument évalue plus précisément les comportements du thérapeute et du patient lors d'une rupture d'alliance. D'autres instruments ont comme objectif de décrire le style interpersonnel du thérapeute et du patient, tels que le Checklist of Interpersonal Transaction (CLOIT; Mahalik, Hill, O'Grady, & Thompson, 1993), le Checklist of Psychotherapy Transaction (CLOPT; Mahalik et al., 1993) et l'Interpersonnal Communication Rating Scale (ICRS; Lichtenberg & Tracey, 2003). Parmi les instruments de mesure non spécifiques retenus, n'abordant pas le CT alors qu'il est en question et qui entrent dans la catégorie des interactions entre le patient et le thérapeute, certains évaluent la communication patient-thérapeute comme le Penman Classification Scheme (PCS; Reandeu & Wampold, 1991) et les styles interactionnels du thérapeute et du patient comme le Interpersonal Communication Rating Scale (ICRS; T. J. G. Tracey, Sherry,

& Albright, 1999). Le CALPAS (Chisholm, 1998) est quant à lui un instrument d'alliance qui évalue l'implication du thérapeute dans le suivi et le niveau d'accord entre le thérapeute et le patient en ce qui a trait aux buts et aux objectifs de la thérapie. Deux autres instruments qui entrent dans la catégorie des instruments non spécifiques sont l'Integrative Complexity (IC), qui évalue la complémentarité cognitive entre le patient et le thérapeute (Davidson, Livingstone, McArthur, Dickson, & Gumley, 2007), et l'Intention List, qui évalue les intentions du thérapeute quant à ses interventions désirées. D'autres de ces mesures concernent la communication du thérapeute et les composantes reliées à des comportements non verbaux qui s'inscrivent dans l'action de communiquer, tels que le Therapist's Verbal Behavior (SISC-INTER; Virues-Ortega, Montaña-Fidalgo, Froján-Parga, & Calero-Elvira, 2011), le Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS; Busch et al., 2009), le Nonverbal Interaction and States Analysis (NISA ; Davis & Hadiks, 1994) et le Roter Interaction Analysis System (RIAS; Cruz et al., 2011). Le Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) est quant à lui un instrument non-spécifique qui quantifie, entre autres, des caractéristiques propres au thérapeute qui se rapportent à l'aspect affectif de ce dernier (O'Malley, Suh, & Strupp, 1983). Dans l'article recensé se rapportant à cet instrument, les auteurs, O'Malley, Suh et Strupp (1983) n'abordent pas l'instrument en faisant référence au CT. Parmi les instruments non-spécifiques et qui n'abordent pas le CT, ceux évaluant l'interaction patient-thérapeute totalisent sept instruments, ceux se rapportant à la communication du thérapeute en totalisent quatre, ceux se rapportant à la cognition du thérapeute en représentant deux et une mesure se rapporte aux aspects affectifs du thérapeute.

Non seulement les auteurs des articles qui se rapportent aux instruments non spécifiques n'abordaient pas toujours le CT alors que l'instrument évalué y fait référence, mais il en est aussi le cas pour les auteurs des articles recensés de certains instruments spécifiques. Les instruments spécifiques représentent 37 des 60 instruments retenus et parmi ceux-ci, dix n'abordent pas le CT. De ces dix instruments spécifiques, deux d'entre eux évaluent les manifestations comportementales du CT comme le Therapist Behavior Code (TBCo; Watson & McMullen, 2005) et le Therapist Behavior Checklist (TBCh; Duncan, 2001) et une seule évalue les manifestations affectives du thérapeute; le Therapist Satisfaction Scale (TSS; Lichtenberg & Tracey, 2003). La majorité des instruments spécifiques qui n'abordent pas le CT évaluent les symptômes du thérapeute dans le cadre de suivi thérapeutique. Cela regroupe



sept instruments sur les 13 recensés se rapportant aux symptômes du thérapeute. Ces instruments correspondent à l'évaluation des symptômes dépressifs chez le thérapeute, pour le Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Gilbert, McEwan, Matos, & Rivis, 2011) et le Maslach Burnout Inventory (MBI; Linehan, Cochran, Mar, Levensky, & Comtois, 2000), à l'évaluation des réactions de coping suite au stress par le COPE; (Briggs, 2006) et le Ways of Coping (WCQ; Goodman, 1997), à l'évaluation de symptômes généraux par le Brief Symptom Inventory (BSI; Curtis, 1997), et à l'évaluation des réactions du thérapeute à la suite d'un évènement spécifique par le Impact of Events Scale (IES; Amen, 2003) et le Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Branson, 2012). Pourtant, des construits semblables qui se réfèrent également au développement de symptômes du thérapeute ont été évalué par d'autres instruments à l'intérieur d'études dont les auteurs spécifiaient qu'il s'agissait du CT. C'est le cas pour le State-trait Anxiety Inventory, (STAI; Latts, 1997), qui évalue l'anxiété, le Trauma Stress Institute Belief Scale, (TSIBS; Marmaras, 2001) et le World Assumption Scale (WAS; Long, 1999), qui évaluent les croyances fondamentales, le Body Shape Questionnaire (BSQ; Schwimmer, 2010), qui évalue la perception de son corps, le Symptom Checklist (SCL-90; Amen, 2003), qui évalue la présence de symptômes généraux, et le Stress Appraisal Scale (SAS; McIntyre & Schwartz, 1998), qui évalue l'anxiété du thérapeute dans le cas où son patient souhaiterait construire une relation thérapeutique. Ces derniers instruments mettent tous en lumière des réactions possibles du thérapeute pendant ou à la suite des rencontres.

### **Différents instruments pour évaluer un même construit**

Les résultats de la recension permettent de faire un second constat relatif au nombre d'instruments de mesure recensés. Non seulement il semble y avoir un nombre élevé d'instruments de mesure évaluant les manifestations du CT, mais il existe beaucoup d'instruments de mesure utilisés pour évaluer un même construit. Ainsi, l'évaluation des stratégies de coping est présentée dans deux études à l'aide du COPE (Briggs, 2006; Briggs & Munley, 2008) et dans une autre étude à l'aide du WCQ (Goodman, 1997). Ces deux instruments semblent avoir été développés au cours de la même période (1989 pour le COPE et 1988 pour le WCQ). Bon nombre d'items sont identiques pour ces instruments et tous les deux utilisent des échelles de type Likert de quatre points évaluant la fréquence de l'utilisation de chacune des stratégies de coping présentées. Le WCQ contient huit dimensions qui sont

semblables aux 13 sous-échelles du COPE. En effet, la dimension « gestion de confrontation » du WCQ peut être associée à la sous-échelle « coping actif » du COPE, « la distance » du WCQ avec « la suppression des activités courantes » du COPE, « l'autocontrôle » avec « l'acceptation » et « le coping de rétention », « la recherche du support social » avec « la recherche de support social pour des raisons émotionnelles, pour des raisons instrumentales et pour la ventilation des émotions », « l'acceptation de la responsabilité » avec « l'acceptation », « les stratégies d'échappement-évitement » avec « le désengagement comportemental », « le déni », « le désengagement mental » et « se tourner vers la religion », « planifier une résolution de problèmes » avec « faire une planification », et enfin, « faire une réévaluation positive » avec « réinterpréter positivement » et « croître ».

De surcroît, dix instruments de mesure qui évaluent les manifestations affectives du CT du thérapeute ont de nombreux items en commun ou possèdent des ressemblances concernant le construit évalué, leurs facteurs ou leurs dimensions. Cela signifie qu'il ne semble pas y avoir de communication entre les auteurs puisque de nombreux outils, sans être des modifications, ont été développés alors qu'il s'agissait des mêmes construits.

De plus, ces dix instruments, le CT Questionnaire (CQ; Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) et le Therapist Response Questionnaire (TRQ; Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingardi, 2014), qui évaluent à la fois les manifestations cognitives, affectives et comportementales ont les mêmes huit dimensions : submergé-désorganisé, sans aide, inadéquat, positif, spécial-surinvesti, sexualisé, désengagé, parental-protecteur, critiqueur-maltraitant (Betan et al., 2005; Lingardi, Tanzilli, & Colli, 2015). Le TRQ consiste en 21 items qui correspondent à des communications de patients. Le thérapeute doit inscrire sur une échelle de type Likert de un à cinq à quelle intensité il vit les réactions : complexité, hostilité, subtilité, présence d'une demande implicite, chaleur, passivité et focus (sur soi, le thérapeute, ou d'autres événements ou personnes externes). Les 21 items sont classés en fonction des huit dimensions nommées plus haut (Tracey, Hays, Malone, & Herman, 1988). Le CT Questionnaire est quant à lui un instrument évaluant les réactions du thérapeute en séance vis-à-vis un patient. L'instrument est composé de 79 items qui correspondent à des réactions possibles du thérapeute. Ces items sont regroupés en 8 facteurs, équivalents aux dimensions nommées plus haut (Betan et al., 2005).

Aussi, l'Experience and Attitude Scale (EAS; Atsidis, 2012), le Vignette Rating Scale (VRS; Korobkin, 2000) et le Therapist Personal Reactions Questionnaire (TPRQ; Mohr, 2002), qui évaluent les manifestations affectives, mais aussi les pensées du thérapeute qui pourraient représenter des manifestations cognitives du CT, possèdent également certaines ressemblances. En fait, le EAS et le VRS ont une majorité d'items (15 items communs et 10 items évaluant l'attitude du thérapeute vis-à-vis ses réactions pour le EAS) et de facteurs identiques (3 facteurs communs; CT positif, CT négatif et CT relatif aux comportements) et ce qui les distingue est davantage le contexte de leur utilisation (Brody & Farber, 1996). Le EAS vise à évaluer les réactions du thérapeute en séance vis-à-vis un patient et l'attitude qu'il a par rapport à ses propres réactions, alors que le VRS vise à évaluer les réactions potentielles du thérapeute suite à la lecture de vignettes cliniques. Le TPRQ, quant à lui, vise également à évaluer les réactions du thérapeute face à son patient. Les items correspondent à des états plus précis que pour les deux autres instruments, mais des parallèles peuvent être faits entre les différents items. Par exemple, l'item « J'aime le patient plus que la majorité de mes patients » du TPRQ (Tryon, 1989) peut être associé à l'item « J'aime le patient » du EAS et du VRS (Brody & Farber, 1996). Plusieurs autres items semblent également évaluer des manifestations de CT semblables.

Également, le Befindlichkeitsskala (BFs; Martin et al., 2007), le Data Collection Instrument (DCI; Whitney, 1998), le Feeling Word Checklist (FWC; R. Holmqvist & Armelius, 1994), le Ratings of Emotional Attitudes to Client by Treaters Scale (REACT; Najavits et al., 1995) et le Therapist Appraisal Questionnaire (TAQ; Fauth & Hayes, 2006), qui évaluent uniquement les manifestations affectives, partagent beaucoup d'éléments en commun, tels que l'échelle utilisée, le construit évalué et les items utilisés. Ces cinq derniers instruments (évaluant uniquement les manifestations affectives) sont tous composés d'un nombre d'items plus ou moins élevé (entre dix et 58 items) qui représentent des émotions. Selon l'instrument, le thérapeute doit identifier l'intensité à laquelle il a ressenti l'émotion pendant la séance ou à quel point il ressent cette émotion par rapport à un patient en particulier. Cela signifie que ces cinq instruments (le BFs, le DCI, le FWC, le REACT et le TAQ) évaluent un même construit et ont des items semblables. Les items du BFs et du REACT sont des items qui comportent une phrase mettant en perspective les émotions que le thérapeute peut ressentir; alors que les items du DCI, du FWC et du TAQ ne sont que des mots

qui représentent des affects. Les BFs évaluent davantage des états affectifs généraux alors que les autres instruments se rapportent à des états réactionnels vis-à-vis des patients. Il y a 20 instruments des 60 recensés qui évaluent les manifestations affectives. Cela signifie que la moitié de ces 20 instruments partagent certains items entre eux.

### **Différents instruments pour une même base théorique**

Nous constatons par ailleurs que le développement de différents instruments découle du principe interactionnel de complémentarité de Kiesler (1988, 1996; cités dans Hafkenscheid, 2012) et de la théorie du cercle interpersonnel de Benjamin (1983; cités dans Henry, Schacht, & Strupp, 1990).

La théorie de Kiesler (1996; cités dans Hafkenscheid, 2012) est un cercle interpersonnel bidimensionnel. Sur l'axe vertical, le principe de complémentarité implique que le comportement dominant d'une des personnes de l'interaction entraînerait chez l'autre un comportement de soumission (réciprocité). Sur l'axe horizontal, le principe de complémentarité prédirait la similarité (correspondance): cela pourrait être que la sympathie génère de la convivialité chez l'autre, de l'hostilité et de l'agressivité chez l'autre. Kiesler avance que la complémentarité interpersonnelle serait bidirectionnelle et les personnes au sein d'une interaction se renforcent mutuellement, ce qui conduirait à des cycles vicieux qui se perpétuent (Hafkenscheid, 2012).

Le cercle interpersonnel de Benjamin se base sur l'idée que, dans une interaction, les comportements de l'un peuvent être complémentaires aux comportements de l'autre, et formeraient ensemble un patron de comportements spécifiques. Benjamin émet l'hypothèse que chaque comportement provoquerait le comportement contraire chez l'autre au niveau de la dimension de la puissance, alors qu'il produirait un appariement au niveau de la dimension de l'affiliation (Tracey, Sherry, & Albright, 1999). Cette théorie n'est pas liée directement au CT, mais étant donné que les instruments découlant du cercle interpersonnel évaluent les comportements, les états affectifs et l'interaction entre le thérapeute et le patient, les instruments qui y sont liés évaluent les manifestations du CT du thérapeute.

Les instruments basés sur ces théories n'ont pas tous le même objectif, mais ils

évaluent tous des composantes et des aspects de la relation thérapeutique, comme le style interpersonnel, les interactions patient-thérapeute et la perception de chacun par rapport à ces interactions, leur discours, et les épisodes et dyades relationnelles composant une séance de suivi. Ces instruments se basant sur la théorie de Kiesler sont le Impact Message Inventory (IMI; Hafkenscheid, 2012), le ICRS (Lichtenberg & Tracey, 2003), le CLOPT (Mahalik et al., 1993), le CLOIT; (Mahalik et al., 1993), alors que ceux se basant sur la théorie de Benjamin sont le Introject Questionnaire (INTREX; Henry, Schacht, Strupp, Butler, & Binder, 1993), qui est la version auto-rapportée du Structural Analysis of Social Behavior (SASB; Mendelsohn, 2008), faisant également partie des instruments de mesure recensés, le Qualitative Assessment of Interpersonal Themes Instrument (QUAINT; Arachtingi, 1997), qui est l'instrument de mesure quantitatif du Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). Le CCRT est exclu de la recension puisqu'il est qualitatif. Ces mesures font donc toutes partie des manifestations interactionnelles de CT et elles sont considérées comme des instruments non spécifiques, excepté pour le IMI. Les instruments nommés ont donc beaucoup de similitudes entre eux. Par exemple, dans l'étude de Goldman (2010), l'auteur compare le IMI et le CLOIT en ce qui a trait à leurs items. L'auteur énonce que les items correspondants visent les réponses d'un acteur qui décrit l'autre acteur d'une même interaction.

### **Instruments auto-rapportés versus hétéro-rapportés**

Un autre constat ressorti concerne la quantité d'instruments de mesure auto-rapportés versus ceux hétéro-rapportés. Avant d'effectuer la recension, il était attendu que la plupart des instruments seraient auto-rapportés, c'est-à-dire que ce soit le thérapeute qui s'auto-évalue pendant ou après les rencontres. Les résultats indiquent qu'il y a effectivement beaucoup plus d'instruments qui sont auto-rapportés, mais également que le type d'évaluateur, c'est-à-dire le thérapeute (auto-rapporté), l'observateur externe ou le patient (tous deux hétéro-rapportés), est souvent spécifique pour chaque type de manifestation évalué. Cela signifie que les instruments qui évaluent un type de manifestation sont majoritairement évalués par un type particulier d'évaluateur. Les 13 instruments recensés qui évaluent les symptômes du thérapeute sont uniquement auto-rapportés et ceux qui évaluent les 20 manifestations affectives sont aussi, à trois exceptions près (le CT index; Hayes et al., 1997, le VPPS; Henry et al., 1993 qui sont hétéro-rapportés; et le ICB; Hayes et al., 1997 qui est à la fois auto et hétéro-rapporté), auto-

rapportés. Les six instruments qui évaluent les manifestations cognitives et les 12 instruments d'interactions patient-thérapeute sont partagés également entre les types d'évaluateurs, c'est-à-dire qu'il y a autant d'instruments auto-rapportés qu'hétéro-rapportés. De plus, dans les interactions patient-thérapeute, il y a trois instruments qui sont à la fois hétéro et auto-rapportés, et dont les trois types d'évaluateurs peuvent faire l'évaluation : le patient, le thérapeute et l'observateur. Ces derniers instruments sont le CALPAS (Gaston, 1991), le CLOIT (Mahalik et al., 1993) et le CLOPT (Mahalik et al., 1993). Enfin, un seul instrument a comme évaluateur le patient; il s'agit du TBCh qui évalue les perceptions du patient de l'alliance qu'il a avec son thérapeute (Duncan, 2001). Dans la recension, les instruments qui avaient ce type d'évaluateur étaient exclus. En effet, l'auteure du mémoire considère qu'un instrument évalué par un patient peut être subjectif et il pourrait être affecté par le transfert du patient. Le TBCh a cependant été conservé, car dans son protocole de passation, les résultats sont comparés à ceux du Client Behavior Checklist (CBC; Duncan, 2001). Le CBC a pour but d'évaluer la perception que le thérapeute a de son alliance avec son patient. Une corrélation des résultats des deux instruments est réalisée de sorte que si une corrélation est satisfaisante, les résultats du TBCh sont plus fiables que dans le cas contraire.

## Discussion

### Résumé des constats

Les différents constats qui ont émergé de cette recension permettent de conclure, tel qu'anticipé, qu'il y a plusieurs lacunes dans la littérature concernant les instruments de mesure des manifestations du CT.

Rappelons d'abord, que nous observons que les auteurs des instruments de mesure évaluant, de façon spécifique ou non, le construit du CT n'utilisent pas tous le terme « CT ». Effectivement, une bonne partie des instruments non spécifiques évalue la relation thérapeutique, mais étrangement, sans qu'on mentionne que cette relation inclue ou intègre le construit de CT même si elle y correspond. Cela signifie que plusieurs auteurs ne considèrent pas la relation thérapeutique comme étant liée au CT. Pourtant, la définition de la relation thérapeutique intègre les manifestations de CT (si le CT est vue selon la définition totalistique). Ce premier constat permet d'identifier un facteur qui peut contribuer aux difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la recension. En effet, l'absence de consensus quant à la définition du CT entre les auteurs génère des difficultés importantes lors de la recherche d'études sur le sujet, que ce soit pour une recension ou le développement d'instruments évaluant des manifestations de CT. Long (1997) avait rapporté un autre constat dans son étude sur l'inconfort des thérapeutes vis-à-vis la colère et l'attirance sexuelle qu'ils peuvent ressentir à l'égard d'un patient. Il nomme qu'avant la réalisation de sa propre étude, plusieurs auteurs avaient déjà examiné, par l'entremise d'une vignette clinique, certaines réactions spécifiques des intervenants. Ces réactions pouvaient être de l'attirance sexuelle, des traits anxieux, des états anxieux et/ou de l'empathie. Long (1997) cite Cocolla (1995) qui fait part des difficultés à réaliser une recension de la littérature sur le sujet parce que le terme CT est fréquemment non défini et il est utilisé de manière incohérente. Cela signifie que non seulement le terme CT n'est pas toujours utilisé alors qu'il en est question, mais qu'en plus, lorsqu'il l'est, la définition de ce terme n'est pas la même entre les différentes études.

Les symptômes du thérapeute semblent également être un élément de discordance dans la littérature. Il ne semble pas y avoir d'entente entre les auteurs si les symptômes peuvent être considérés ou non comme une manifestation du CT. Dans la présente recension, une partie des

mesures spécifiques que les auteurs ne relient pas explicitement au CT sont des mesures qui évaluent les symptômes du thérapeute tels que le traumatisme vicariant. Il est vrai qu'il peut y avoir des variables qui peuvent influencer la relation entre le développement de symptômes et les déclencheurs du CT en rencontre, mais à notre avis, le développement de symptômes du thérapeute correspond tout de même à une manifestation de CT. En effet, nous pouvons croire que le développement de symptômes chez le thérapeute peut avoir un impact sur l'alliance thérapeutique, l'efficacité du thérapeute et même les résultats thérapeutiques, comme ce qui est décrit par les adeptes de la définition totalistique du CT. Ackerman et Hilsenroth (2003) ont rapporté que la flexibilité, l'honnêteté, le respect, l'assurance, la confiance, la chaleur, l'intérêt et l'ouverture du thérapeute sont corrélés positivement à l'alliance thérapeutique. Ces résultats appuient l'idée qu'un thérapeute ayant développé certains symptômes serait moins disponible cognitivement et émotionnellement en séance, et aurait peut-être moins d'assurance. Donc, il est possible de faire le parallèle entre les symptômes du thérapeute et le CT puisque tous deux sont reconnus comme affectant l'alliance thérapeutique.

Cependant, dans l'étude de Amen (2003) dans laquelle sont utilisés le IES et le STSS, les auteurs considèrent que le traumatisme vicariant n'est pas équivalent à du CT. Dans cette étude, l'IES vise à évaluer les signes et les symptômes d'évitement et d'intrusion de thérapeutes qui travaillent avec une clientèle souffrant de trouble de stress post-traumatique. Selon certains auteurs (Pearlman & Saakvitne, 1995; cités dans Amen, 2003), le traumatisme vicariant se réfère à une transformation de la personne plus globale et négative que du CT et qui a des conséquences sur l'identité de cette personne. Pourtant, dans le même domaine, les auteurs de certains articles recensés utilisant le WAS et le TSIBS, qui sont des instruments évaluant les réactions traumatiques du thérapeute travaillant avec une clientèle souffrant de symptômes post-traumatiques, font mention du CT. Forester (2001) spécifie que le CT est une caractéristique inévitable de tout travail thérapeutique. Le CT est une composante inévitable de tout travail thérapeutique, et il ne se limite donc pas au travail avec les patients traumatisés. Dans l'étude de Long (1999), où est utilisé le WAS, l'auteur explique qu'indépendamment de l'approche thérapeutique utilisée, le thérapeute peut avoir de fortes réactions, conscientes comme inconscientes, à l'égard du patient et du matériel qu'il rapporte en rencontre. Long (1999) souligne qu'en d'autres mots, cela signifie que le thérapeute expérimente du CT dans le cadre de ces rencontres.



Certains auteurs considèrent que les symptômes du thérapeute sont du CT et d'autres non. Branson (2012) cite Kanter (2007) qui rappelle que certains chercheurs ont interprété que le traumatisme vicariant est inclus dans le CT, alors que pour d'autres, comme Figley (2002), les symptômes attribués au traumatisme vicariant doivent être distingués du CT. Kanter (2007 ; cité dans Branson, 2012) est d'avis que les conséquences négatives occasionnées par le partage de l'expérience traumatique des patients résultent de problèmes non résolus de la part du thérapeute. Ceci ramène à l'avant-scène la controverse toujours actuelle à savoir si les symptômes de traumatisme vicariant vécus par le thérapeute peuvent correspondre à du CT. Dans le présent mémoire, l'auteure a considéré les mesures évaluant les symptômes du thérapeute comme des manifestations de CT pour mieux représenter l'étendue de la littérature concernant les instruments de mesure évaluant le CT et non dans le but de prendre position dans la controverse.

Par ailleurs, il semble y avoir plusieurs instruments qui mesurent des construits semblables. Dans d'autres domaines de la psychologie, les instruments de mesure les plus recommandés, appelés « norme de référence, sont généralement assez clairement identifiés ou reconnus dans la littérature comme étant les plus fiables et les plus valides pour évaluer un construit donné et une population donnée. Et ces instruments sont d'ailleurs généralement aussi les plus utilisés dans ce domaine. Par exemple, le Hamilton Depression Rating Scale a été la norme de référence pour l'évaluation de la dépression pendant plus de 40 ans (Bagby, Ryder, Schuller, & Marshall, 2004). Le Beck Depression Inventory est aussi reconnu comme étant une norme de référence pour l'évaluation de la dépression (Bagby et al., 2004). Or, il ne semble pas y avoir d'équivalent pour ce qui est de l'évaluation des manifestations du CT.

Une hypothèse qui pourrait expliquer l'absence de norme de référence, pour les mesures du CT, est l'absence d'une définition du CT ayant un haut niveau d'accord entre les auteurs. Cela a comme conséquence une absence de régularité dans l'opérationnalisation des manifestations du CT, du développement d'un instrument de mesure et de l'utilisation de celui-ci. Il est possible qu'un auteur souhaitant évaluer un aspect des manifestations du CT trouve ardu de trouver de la littérature qui correspond à la fois à l'aspect du CT qu'il souhaite étudier et à la définition du CT à laquelle il adhère. Cela pourrait expliquer le besoin des auteurs de développer leur propre instrument. Un autre élément qui pourrait expliquer l'absence de norme

de référence est le fait d'utiliser d'autres termes que le CT pour définir ce même construit. En effet, les auteurs des articles qui n'utilisaient pas le terme CT pour définir les manifestations du thérapeute pouvaient utiliser par exemple : pour les symptômes des thérapeutes, tout dépendait des symptômes évalués, Derogatis et Melisaratos (1983) ont utilisé «symptômes psychologiques» pour le BSI, Briggs et Munley (2008) ont utilisé «stratégies de coping» pour le COPE, Gilbert, McEwan, Matos et Rivis (2011) ont utilisé «stress et anxiété» pour le DASS, Amen (2003) a utilisé «les signes et symptômes d'évitement et d'intrusions» pour le IES, Linehan et ses collègues (2000) ont utilisé «burnout» pour le MBI, Branson (2012) a utilisé «trauma vicariant», «stress traumatique secondaire», «fatigue de compassion» et «burnout» pour le STSS, Goodman (1997) a utilisé «stratégies de coping» pour le WCQ; pour les manifestations affectives, Kokotovic et Tracey (1990) ont utilisé le terme «satisfaction» pour le TSS et O'Malley et ses collègues (1983) ont utilisé le terme «caractéristiques» pour le VPPS; pour les manifestations cognitives, Davidson et ses collègues (2007) ont utilisé «style cognitif» pour le IC et Hill et O'Grady (2001) ont utilisé «intentions» pour le IL; pour les manifestations comportementales, Busch et ses collègues (2009) ont utilisé «parole» et «formation de comportement» pour le FAPRS, Davis et Hadiks (1994) ont utilisé «interactions non-verbales» pour le NISA, Cruz et ses collègues (2011) ont utilisé «les composantes des réponses» pour le RIAS, Duncan (2001) a utilisé «qualités personnelles» et «interventions» pour le TBCL et Watson et McMullen (2005) ont utilisé «comportements» pour le TBC. Pour ce qui est des interactions, plusieurs types de manifestations pouvaient être observés, donc il est impossible d'identifier certains termes qui pourraient faire référence à l'ensemble des manifestations du CT qui peut se retrouver dans l'interaction patient-thérapeute.

Le fait de ne pas avoir de mesure Gold norme de référence clairement identifiée par la communauté scientifique du domaine du CT pourrait par ailleurs expliquer pourquoi plusieurs auteurs développent leur propre instrument pour opérationnaliser les manifestations du CT. Les instruments qui ont été développés par un auteur et qui n'ont été utilisés qu'une seule fois par le même auteur ont cependant été exclus pour la présente recension. Le développement d'instruments de mesure pour une utilisation unique (ou presque) amène plusieurs difficultés. En effet, cela rend les tâches de recherche plus ardues, surtout pour ce qui est de la recension, car cela nécessite une sélection plus large et diverse d'études. Une autre conséquence est la difficulté à comparer les études et les instruments de mesure entre eux. Il ne semble pas y avoir

une volonté de la part des différents auteurs du domaine à s'unir pour développer un même outil à partir de ceux qui ont des qualités psychométriques reconnues ou même identifier un instrument qui semblerait plus simple à utiliser en clinique. Dans le cas où un auteur développe un nouvel outil évaluant un même construit qu'un autre instrument déjà existant, l'auteur devrait apporter des différences et ou des modifications de d'autres instruments. Malheureusement, comme observé dans les résultats, la littérature empirique des instruments de mesure évaluant les manifestations du CT n'est pas parcimonieuse. Il y a un manque d'effort de la part des auteurs de justifier le développement de nouveaux instruments par la comparaison et l'amélioration des instruments existants.

De plus, plusieurs instruments ont une base théorique commune, dont le principe interactionnel de complémentarité de Kiesler (1988, 1996; Hafkenscheid, 2012) et la théorie du cercle interpersonnel de Benjamin (1983; cités dans Henry et al., 1990). Ces instruments ont été inclus dans la recension parce qu'ils possèdent tous des items qui évaluent le comportement, le discours, le style interactionnel du thérapeute et la perception que ce dernier a de ses patients. Le CT étant une composante de la relation thérapeutique, la littérature abordant la relation thérapeutique peut être pertinente pour l'approfondissement dans le domaine du CT et du développement des instruments de mesure évaluant les manifestations du CT. Il semble aussi que l'alliance et la relation sont des théories davantage étudiées et qu'elles influencent la littérature concernant le CT. Étant donné que la gestion du CT favorise un meilleur résultat thérapeutique, les cliniciens gagneraient à élargir la littérature sur la gestion du CT, à faire plus de croisements entre ces différents domaines de littérature scientifique et à développer un outil utile et possédant de bonnes qualités psychométriques pour évaluer la présence du CT en séance.

Un autre constat est qu'il existe un plus grand nombre d'instruments de mesure auto-rapportés que hétéro-rapportés. Cela n'est pas surprenant compte tenu du fait que le CT est plus facilement identifiable pour le thérapeute lui-même et plus pratique dans le cadre de rencontre de psychothérapie. Il est tout de même intéressant que le type de manifestation de CT et le type d'évaluateur de l'instrument de mesure, soit un instrument auto-rapporté ou hétéro-rapporté, soient liés. En effet, un type d'évaluateur (le client, le thérapeute ou un observateur externe comme le superviseur, par exemple) est plus ou moins fréquemment

utilisé selon le type de manifestations évaluées (affectives, cognitives, comportementales, les symptômes du thérapeute ou l'interaction thérapeute-patient). Cela pourrait être expliqué par le fait que les instruments évaluant le même type de manifestation évaluent des construits ayant beaucoup de similitude et/ou que leur évaluation semble plus facile par un type d'évaluateur particulier. Par exemple, il semble plus pratique d'évaluer les manifestations affectives par l'auto-évaluation du thérapeute et d'évaluer les comportements du thérapeute par le biais d'observateurs externes. Même si les affects sont des états qui peuvent être observables, il est possible que le thérapeute arrive à en dissimuler. Un instrument de mesure hétéro-rapporté pour évaluer les manifestations affectives du thérapeute pourrait donc présenter davantage de lacunes. Cependant, les instruments auto-rapportés présentent également leurs propres biais et limites. Colli et ses collègues (2014), en critiquant le TRQ, un instrument de mesure spécifique auto-rapporté évaluant les manifestations affectives du thérapeute, soulignent que ce type de mesure est limité à ce que le thérapeute expose de lui-même. En effet, l'évaluation du thérapeute de ses propres affects peut être affectée par ses défenses ou ses difficultés à reconnaître des émotions inconscientes; ces deux biais étant inhérents à la méthode d'évaluation. Il est possible de penser que certains biais du thérapeute sont particulièrement liés à différents mécanismes de défense que le thérapeute utilise, de façon consciente ou inconsciente, dans le but de réguler l'activation de ses propres conflits. D'autres biais sont identifiés par Najavits et ses collègues (1995), au sujet de l'instrument REACT, et par Hill et O'Grady (2001), pour l'instrument IL, mais qui s'appliquent à tous les autres instruments auto-rapportés (indépendamment que l'instrument soit spécifique ou non et du type de manifestation qu'il évalue), tels que la désirabilité sociale, le désir de performance et la fatigue du thérapeute. Des critiques semblables pourraient être émises concernant les types d'évaluateurs en fonction des autres types de manifestation. Par exemple, un observateur externe pourrait davantage constater les comportements du thérapeute puisque son attention est consacrée à l'observation des comportements du thérapeute, alors que le thérapeute n'accorde pas sa totale attention à ses propres comportements. Cependant, si l'observateur est le patient, il serait possible que ses observations concernant les comportements du thérapeute soient teintées par ce qu'il éprouve et ressent vis-à-vis son thérapeute. Pour avoir la mesure la plus objective possible, il serait pertinent qu'une même mesure soit évaluée par tous les types d'observateurs : observateurs externes indépendants, patient, superviseur et thérapeute. Cela

voudrait dire que l'instrument serait adapté pour différents types d'évaluateurs et que chaque version correspondrait à un type : chaque version (donc évaluateur) de l'instrument permet de prendre une prise de mesure pour chaque mesure. Donc pour une même mesure, item ou dimension évaluée, le patient, le thérapeute, un observateur externe et le superviseur en ferait l'évaluation. Dans la recension, seulement trois instruments de mesure ont des versions différentes. Il s'agit du CALPAS, du CLOIT et du CLOPT. Cependant, dans le protocole de passation de ces instruments, il n'est pas spécifié que les différentes versions de l'instrument, donc les résultats fournis par chaque type d'évaluateur, doivent être utilisées et comparées. Cela permettrait de tirer plus solides conclusions, puisque la comparaison des résultats des différentes versions permet à la fois de dégager la validité des résultats ayant accès à l'accord inter-juges, mais aussi des informations concernant les perceptions du thérapeute (pertinentes pour les manifestations affectives particulièrement) et d'observateurs externes indépendants (permettant une mesure plus valide).

Enfin, pour ce qui est des instruments de mesure évaluant les comportements du thérapeute, plusieurs critiques ont été faites à leur sujet. Effectivement, certains auteurs comme Watson et McMullen (2005) et Bandura et ses collègues (1960) soulèvent l'importance d'évaluer les comportements non verbaux. Dans la recension, seul le NISA évalue la gestuelle et la position du thérapeute en séance. À l'égard du TBCo, Watson et McMullen (2005) indiquent pourtant que les comportements non verbaux ont une influence sur la relation thérapeutique. Par exemple, ces comportements peuvent être le contact visuel, le regard et les expressions du thérapeute qui montrent de l'intérêt envers son patient (Watson, 2001; cités dans Watson & McMullen, 2005), les indices cinétiques et proxémiques (D'Augelli, 1974; cités dans Watson & McMullen, 2005), la qualité vocale (Rice, 1965; cités dans Watson & McMullen, 2005), le ton de la voix (Caracena & Vicory, 1969; cités dans Watson & McMullen, 2005), et le rythme du discours (Barrington, 1961; cités dans Watson & McMullen, 2005).

### **Qualités psychométriques des instruments**

Les différents instruments de mesure, présentés dans cette recension, ont des qualités psychométriques (fidélité test-retest, fidélité inter-juge, consistance interne, validité de critère, de construit et de contenu) variées. Dans la littérature, les qualités psychométriques des

instruments de mesure évaluant les manifestations du CT ne sont pas toujours rapportées dans les études et ces instruments ne sont pas toujours valides. Les instruments de mesures dont aucune valeur psychométrique n'était rapportée dans aucune étude ainsi que les instruments de mesures dont une des valeurs psychométriques étaient invalides, n'ont pas été retenus pour les résultats de la recension. Non seulement les valeurs psychométriques n'étaient pas toujours rapportées, mais ce ne sont pas toujours les mêmes qualités qui sont rapportées d'un instrument de mesure à l'autre. Par exemple, dans l'étude de Gaston et Marmar (1994) et de Martin et ses collègues (2000) cités dans Goldman (2010), les auteurs rapportent la validité de construit du BFIs en le comparant à d'autres instruments de mesure (Profile and Mood States; PMS; et le HADS) évaluant l'anxiété et la dépression et ils ne rapportent aucune donnée pour la fidélité de l'instrument. Pour l'instrument DCI, Whitney (1998) ne rapporte que la validité de construit en soulignant que les professionnels semblent avoir un patron typique de réponse en fonction des problématiques des patients. Il s'agit pourtant de deux instruments évaluant des manifestations affectives et qui partagent des items semblables, tel que mentionné plus haut. Il serait donc nécessaire que d'autres études évaluent et comparent ces deux instruments de mesure pour évaluer s'ils sont équivalents ou non en terme de qualité psychométrique.

Il est très difficile de comparer la validité entre les instruments puisque ceux-ci n'opérationnalisent pas tous les mêmes manifestations de CT. De plus, même si certains partagent un certains nombres d'items, la majorité non, ce qui rend la comparaison encore plus complexe. Le manque de continuité entre les instruments de mesures expliqué par le fait que leur composition est différente d'un instrument à l'autre (items et mesures) consiste en un problème majeure, rendant difficile la comparaison de la qualité psychométrique des instruments existants. De ne pas comparer les instruments entre eux a comme répercussion de ne pas pouvoir identifier l'instrument qui est le plus valide pour l'évaluation d'un type de manifestation de CT, par exemple. De plus, étant donné que la plupart des instruments de mesure n'évalue pas qu'un seul type de manifestation du CT (symptômes du thérapeute, affectives, cognitives, comportementales, interactionnelles entre le thérapeute et le patient), il est difficile de conserver la regroupement fait dans ce présent mémoire, c'est-à-dire en rassemblant les instruments selon le type de manifestation, pour faire les comparatifs.

Donc, non seulement la comparaison est difficile parce que beaucoup d'instruments évaluent des manifestations différentes ou des aspects de manifestations différents, parce qu'ils ne partagent pas tous les mêmes items, mais même lorsque les instruments partagent les mêmes items, les qualités psychométriques rapportées dans la littérature ne sont pas toujours présentes et elles ne sont pas toutes les mêmes. Cela nécessite donc des études supplémentaires que celles existantes pour avoir une meilleure vue d'ensemble sur la validité et la fidélité des différents instruments de mesure présentés, ainsi que pour avoir des valeurs comparatives entre les instruments.

### **Recommandations**

Les auteurs des prochaines études dans le domaine du CT auraient sans doute intérêt à développer un instrument de mesure hétéro et auto-rapporté. Avoir un instrument de mesure avec une version pour le thérapeute, une version pour un observateur externe et une version pour le patient (observateur interne) permettrait d'estimer et éventuellement contrôler les biais nommés précédemment qui sont inhérents aux instruments auto-rapportés, mais permettrait également d'accéder à des données importantes sur le thérapeute, le patient et à des éléments qui pourraient ne pas capter l'attention ou la conscience du thérapeute et du patient. Il serait à la fois possible d'avoir accès à des informations personnelles sur le thérapeute et sur le patient comme leurs intentions, certaines émotions ressenties dans la séance pouvant ne pas être observables, et à la fois à des manifestations du CT inconscientes, comme des comportements agis involontairement, qui pourraient être détectées par un observateur externe. En effet, il serait pertinent qu'il y ait même plus d'un observateur, c'est-à-dire un externe et un interne, qui est en l'occurrence le patient. De plus, l'observateur externe pourrait être le superviseur comme dans le ICB. En effet, le ICB a été créé dans le but de mesurer la perception du superviseur concernant les manifestations du CT du thérapeute supervisé (Friedman & Gelso, 2000). Les auteurs de l'instrument croient que le superviseur est en bonne position pour juger les manifestations du thérapeute supervisé puisqu'il connaît les enjeux et les conflits psychologiques de son supervisé et il devrait avoir une meilleure compréhension de la dynamique qui se joue entre le thérapeute et son patient qu'un autre type d'évaluateur externe. Friedman et Gelso (2000) justifient leur choix d'observateur en élaborant que même si le

superviseur peut présenter certains biais, comme tout type d'évaluateur, il peut avoir une évaluation supérieure en termes d'efficacité, d'objectivité et d'implication.

L'instrument de mesure à développer devrait également évaluer les différents types de manifestations du CT à la fois : affectives, cognitives, comportementales et symptomatiques. Une attention particulière devra être portée pour évaluer plus spécifiquement les manifestations comportementales non verbales puisque cet aspect a souvent été oublié dans les instruments de mesure évaluant les manifestations comportementales. Les manifestations du CT comportementales non verbales sont pourtant des éléments contre-transférentiels qui donnent beaucoup d'informations autant sur des aspects conscients et inconscients. Cet instrument serait utile à la clinique et permettrait d'avoir accès à un large éventail de manifestations du CT et à beaucoup de sources d'informations différentes (puisque les évaluateurs seront à la fois le thérapeute lui-même, le client et le superviseur).

### **Biais méthodologiques potentiels**

Enfin, comme toutes études, la présente recension présente différents risques de biais. D'abord, même si l'auteure a fourni un effort important, surtout en ce qui a trait à l'élaboration de l'équation utilisée pour le lancement de recherche d'articles dans *Psycnet*, il se peut que tous les termes faisant référence au CT n'aient pas été évoqués. Les efforts fournis avaient pour but de rendre la recension soit la plus inclusive possible, pourtant, il est possible de croire qu'en raison de la quantité importante de termes pour désigner le CT, plusieurs mesures n'ont pas été détectées par la recherche. En effet, comme nous l'avons constaté dans les résultats, plusieurs articles recensés évaluent le CT, mais ils abordent le concept en utilisant des termes différents que le CT dans le contexte de leur recherche. D'ailleurs, il a été remarqué que certains instruments ou versions d'instruments de mesure évaluant les manifestations de CT sont nommés dans les études recensées. Ces instruments qui correspondaient pourtant au critère d'inclusion et d'exclusion de la recension n'ont pourtant pas été recensés avec le moteur de recherche. Cela représente une lacune vis-à-vis la méthodologie utilisée et cela signifie que les études existantes et correspondant aux critères de recherche n'ont pas été toutes recensées. Un exemple indiquant que ce risque de biais est possible est que plusieurs instruments de l'Université Vanderbilt se rapportant à la relation thérapeutique ont été cités dans les articles recensés (même s'ils n'ont pas tous été inclus dans les résultats), à l'exception du Vanderbilt



Therapeutic Stategies Scale (VTSS; Najavits & Strupp, 1994). Celui-ci a pourtant été présenté dans le cadre théorique de Najavits et Strupp (1994), mais il n'a pas pu être conservé parce qu'il n'a pas été utilisé dans une des méthodologies des articles recensés et que cela consistait en un critère de sélection. Cet instrument n'aurait pas été inclus dans la recension puisqu'il évalue la qualité générale des techniques psychodynamiques du thérapeute et l'adhésion au protocole (Henry et al., 1993), mais cela indique tout de même qu'il correspondait aux mots-clés du lancement de la recherche et qu'il n'a pas été recensé. Il s'agit là d'une des lacunes de la recension.

Un autre élément à considérer dans l'évaluation des risques de biais de la recension est que la détermination de la correspondance ou de la non-correspondance d'un instrument de mesure au concept du CT s'est faite de façon subjective. En effet, même si cette détermination est basée sur la définition de l'approche totalistique du CT, il est possible qu'un autre auteur ait sélectionné différemment les instruments de mesure inclus dans la présente recension. Par exemple, à l'exception du TBCh, les instruments de mesure portant sur les comportements du thérapeute et dont le patient est l'évaluateur ont été exclus parce que, selon l'auteure du mémoire, cela ferait davantage référence au construit de transfert que celui du CT. Plusieurs instruments non spécifiques ont également été inclus alors qu'ils n'abordaient pas directement le CT, mais il a été déduit, par la correspondance à la définition du CT choisie, que cela pouvait en être. Douze instruments de mesure ont été inclus alors que le construit mesuré était l'interaction patient-thérapeute et la relation thérapeutique. Certains auteurs auraient pu décider d'exclure tous ces instruments, évaluant que la relation thérapeutique n'est pas assez spécifique pour l'opérationnalisation du CT. Enfin, les instruments de mesure évaluant les réactions symptomatiques des thérapeutes auraient également pu être exclus. Étant donné que le développement de symptômes peut être dû à l'ensemble de la pratique clinique d'un thérapeute, cela aurait pu ne pas être considéré comme étant du CT.

## Conclusion

Les différentes lacunes de la littérature présentées dans la partie précédente peuvent servir d'indices d'orientation pour le développement de meilleurs outils opérationnalisant les manifestations du CT. Les outils développés devraient permettre de bien identifier la présence du CT en séance afin que le thérapeute soit en mesure de le gérer. Si le CT est bien utilisé par le thérapeute en rencontre de suivi et étudié dans les séances de supervision, il n'est pas une entrave aux bons résultats thérapeutiques. Même, au contraire, le CT peut donner beaucoup d'éléments relatifs à l'expérience du patient dans les rencontres (Normandin & Ensink, 2007) et des données sur ses dynamiques et pathologies (Betan, 2009) et le CT peut contribuer de façon importante au sentiment de spontanéité, à l'authenticité, à la vivacité et à l'expérience analytique dans la relation thérapeutique (Ogden, 2004). Quand l'alliance thérapeutique est positive et que le thérapeute divulgue des aspects généraux de son CT, la thérapie gagne davantage de profondeur et offre de meilleurs résultats thérapeutiques (Myers & Hayes, 2006). Certaines manifestations comportementales du CT sont même utiles et nécessaires pour créer un rapprochement expérientiel avec le patient. Selon Hayes et McCrae (cités dans Hayes et al., 1998), ces manifestations, nommées réactions d'approche par les auteurs, sont la compréhension compatissante, l'identification avec le patient, le soulagement et d'autres émotions positives dirigées vers le patient.

Les différents résultats et la discussion qui les a suivis ne vont pas dans le même sens que ceux de l'étude de Hofsess (2008) et de Hofsess et Tracey (2010). Cette étude consiste en un développement d'items représentant des manifestations comportementales, cognitives et affectives du CT et a été réalisée par des experts dans le domaine du CT. Suite au développement de cette liste, différents cliniciens ont été invités à identifier à quel point chacun des items correspond à une manifestation du CT. Les résultats de cette étude indiquent que les cliniciens ont un degré d'accord très élevé, et ce, même à travers les différentes approches thérapeutiques. Il est donc surprenant de constater que la littérature empirique ne représente pas le degré d'accord des cliniciens rapporté par cette étude. Ceci révèle qu'il serait souhaitable qu'il y ait une meilleure communication et une meilleure alliance entre le domaine de la clinique et celui de la recherche en ce qui a trait au CT. Cela fait référence à ce qu'avancent Betan et ses collaborateurs dans leur article de 2005, dans lequel il cite également

d'autres auteurs (Farber, 1996; Colson, 1986; Holmqvist, 1996; McIntyre, 1998 et Dubé & Normandin, 1999), que la littérature sur le CT est riche et très répandue, mais elle très limitée pour ce qui est relatif à la littérature empirique.

## Bibliographie

- <sup>15\*</sup> Abdo, C. H. (2013). Sexuality and couple intimacy in dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 593-598. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a262
- <sup>2</sup> Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75. doi:10.1037/0022-006X.67.1.64
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- <sup>3</sup> Agnew- Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155-172.
- <sup>4</sup> Alpher, V. S. (1991). Interpersonal process in psychotherapy: Application to a case study of conflict in the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 550-562. doi:10.1037/0033-3204.28.4.550
- <sup>5</sup> Amen, T. M. (2003). *An investigation of the psychological consequences to sex offender treatment providers*. (63), ProQuest Information & Learning, US.
- Anxiety in the elderly: Treatment and research*. (1991). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- <sup>6</sup> Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research*, 7(4), 397-417. doi:10.1080/10503309712331332103
- <sup>7</sup> Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- <sup>8</sup> Arachtingi, B. M. (1997). *Client perceived facilitative conditions of therapists and parental figures and therapists' ratings of transference*. (58), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.proquest.com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/304310111/fulltext PDF/FE00E00957084F75PQ/1?accountid=12008>
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.
- <sup>9</sup> Atsidis, J. (2012). *Psychologists' perception of and countertransference reactions toward victims of domestic violence*. (72), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.proquest.com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/875292543/fulltext PDF/37A1C3189B574252PQ/1?accountid=12008>
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163-2177.

---

\*Les annotations correspondent aux références des tableaux 1 à 5

- Bair, S. E. (2008). *Predicting therapy working alliance through client adult attachment and client perceptions of therapist behaviors*. (68), ProQuest Information & Learning, US.
- Bandura, A., Lipsher, D. H., & Miller, P. E. (1960). Psychotherapists approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology, 24*(1), 1-8. doi:10.1037/h0043403
- <sup>10</sup>Bänninger-Huber, E. (1997). Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. In P. E. E. L. Rosenberg (Ed.), *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)* (pp. 414-433). New York, NY, US: Oxford University Press.
- <sup>11</sup>Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy, 52*(1), 67-77. doi:10.1037/a0038457
- Benecke, C., & Krause, R. (2007). Dyadic facial affective indicators of severity of symptomatic burden in patients with panic disorder. *Psychopathology, 40*(5), 290-295. doi:10.1159/000104745
- <sup>12</sup>Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C., & Critchfield, K. L. (2006). The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 2*, 83-109.
- <sup>13</sup>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*(5), 890-898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890
- <sup>14</sup>Betan, E., & Westen, D. (2009). Countertransference and Personality Pathology: Development and Clinical Application of the Countertransference Questionnaire. In R. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 179-198): Humana Press.
- <sup>15</sup>Biringer, J. A. (1999). *The in-session thoughts and feelings of counselor trainees in relationship to measures of the working alliance, counselor self-estimate and adult attachment style*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>16</sup>Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology, 42*(4), 487.
- Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy, 50*(2), 224-234. doi:10.1037/a0031384
- <sup>17</sup>Branson, D. C. (2012). *The relationship between vicarious trauma and sexual desire among behavioral health clinicians*. (72), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>18</sup>Briggs, D. B. (2006). *Therapist stress, career sustaining behavior, coping and the working alliance*. (66), ProQuest Information & Learning, US.
- Briggs, D. B., & Munley, P. H. (2008). Therapist stress, coping, career sustaining behavior and the working alliance. *Psychological Reports, 103*(2), 443-454. doi:10.2466/PRO.103.6.443-454
- <sup>19</sup>Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*(3), 372-380. doi:10.1037/0033-3204.33.3.372
- Brown, L. S. (2001). Feelings in context: Countertransference and the real world in feminist therapy. *J Clin Psychol, 57*(8), 1005-1012. doi:10.1002/jclp.1068

- <sup>20</sup>Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy, 40*(3), 280-290. doi:10.1016/j.beth.2008.07.003
- Butler, S. F., Flasher, L. V., & Strupp, H. H. (1993). Countertransference and qualities of the psychotherapist. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp. 342-360). New York, NY, US: Basic Books.
- <sup>21</sup>Callaghan, G. M. (1999). *Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change.* (59), ProQuest Information & Learning, US.
- Calvert, P. D. (1997). *Gender differences in clinician predictions of working alliance with borderline personality disordered and posttraumatic stress disordered clients.* (57), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>22</sup>Chang, C.J. R. (1999). *The influences of Taiwan group counselors' family-of-origin experiences and training levels on countertransference reaction.* (60; Doctoral dissertation, University of Northern Colorado).
- Chang, J., & Kim, B. (2014). A survey study of the satisfaction and attitude of the Korean psychiatrists toward antipsychotic polypharmacy. *Annals of Clinical Psychiatry, 26*(1), 64-69.
- <sup>23</sup>Chisholm, S. M. A. (1998). *A comparison of the therapeutic alliances of premature terminators versus therapy completers.* (59), ProQuest Information & Learning, US.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. . (2006). *Psychotherapy for borderline personality : focusing on object relations.* (Vol. xiii). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- <sup>24</sup>Coble, H. M. (2001). *Therapists' attachment, interpersonal functioning, and countertransference: A test of a mediational model.* (62), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>25</sup>Cohn, J. F., Ambadar, Z., & Ekman, P. (2007). Observer-based measurement of facial expression with the Facial Action Coding System. *The handbook of emotion elicitation and assessment, 203-221.*
- <sup>26</sup>Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry, 171*(1), 102-108. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(2), 100-114. doi:10.1037/a0038879
- <sup>27</sup>Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C. A., & Spohn, H. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Psychiatric Services, 37*(9), 923-928.
- Cooper-White, P. C. (2002). *The therapist's use of self: Countertransference in pastoral counseling and clinical social work.* (62), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>28</sup>Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(4), 513-521. doi:10.1037/0033-3204.27.4.513
- <sup>29</sup>Crowder, D. A. (2000). *Early termination status in adult outpatient psychotherapy: Relationship to interactional variables.* (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Cruz, M., Roter, D., Cruz, R. F., Wieland, M., Cooper, L. A., Larson, S., & Pincus, H. A. (2011). Psychiatrist-patient verbal and nonverbal communications during split-

- treatment appointments. *Psychiatric Services*, 62(11), 1361-1368. doi:10.1176/appi.ps.62.11.1361
- <sup>30</sup>Curtis, A. B. (1997). *Therapist traumatization from exposure to clients with post-traumatic stress disorder*. (57), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>31</sup>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(1), 12-25. doi:10.1080/10503307.2011.622312
- <sup>32</sup>Davidson, K., Livingstone, S., McArthur, K., Dickson, L., & Gumley, A. (2007). An integrative complexity analysis of cognitive behaviour therapy sessions for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(4), 513-523. doi:10.1348/147608307X191535
- <sup>33</sup>Davis, M., & Hadiks, D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393-405. doi:10.1002/1097-4679(199405)50:3<393::AID-JCLP2270500311>3.0.CO;2-T
- <sup>34</sup>Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. 35.
- <sup>35</sup>Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289.
- <sup>36</sup>Deschenaux, E., Lecours, S., Doyon, J., & Briand-Malenfant, R. (2012). Countertransference in the Rorschach situation as a clue to the patient's affective functioning: An exploratory study. *Rorschachiana*, 33(2), 125-144. doi:10.1027/1192-5604/a000032
- Dube J, Normandin L (1999): The mental activities of trainee therapists of children and adolescents: the impact of personal psychotherapy on the listening process. *Psychotherapy*; 33:216–228
- <sup>37</sup>Duncan, L. A. (2001). *Persistently and seriously mentally ill individuals perception of the working alliance and caseworker characteristics*. (62), ProQuest Information & Learning, US.
- Normandin, L., & Ensink, K. (2007). La GAC 1: grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 57-74
- Eizirik, M., Schestatsky, S., Krue, L., & Ceitlin, L. H. F. (2011). Countertransference in the initial visit of women victims of sexual violence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 16-22. doi:10.1590/S1516-44462010005000019
- <sup>38</sup>Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R., & Margison, F. R. (2001). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems *Helping skills: The empirical foundation* (pp. 9-19). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- <sup>39</sup>Elliott, R., & Wexler, M. M. (1994). Measuring the impact of sessions in process: experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166.
- Ellis, A. (2001). Rational and irrational aspects of countertransference. *J Clin Psychol*, 57(8), 999-1004. doi:10.1002/jclp.1067
- <sup>40</sup>Fauth, J., & Hayes, J. A. (2006). Counselors' Stress Appraisals as Predictors of Countertransference Behavior With Male Clients. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 430-439. doi:10.1002/j.1556-6678.2006.tb00427.x

- <sup>41</sup>Fauth, J. M. (2001). *Countertransference as a function of male client gender role conformity, therapists' gender role attitudes, and therapists' stress appraisals*. (61), ProQuest Information & Learning, US.
- Ferenczi, S. (1919). On the Technique of Psychoanalysis: IV. The Control of the Countertransference. Further Contributions on the Theory and Technique of Psychoanalysis.
- <sup>42</sup>Fitzgerald, K. M. (1997). *Therapist reactions to the termination of short-term treatment*. (57), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>43</sup>Fluharty, L. B. (1996). *The effects of sexual knowledge, professional status, and client gender, on male and female therapists' comfort with client-presented sexual material*. (56), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>44</sup>Forester, C. A. (2001). *Body awareness: An aspect of countertransference management that moderates vicarious traumatization*. (61), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>45</sup>Friedman, N. E. (1995). *A preliminary study of the measurement of objective and subjective countertransference*. (55), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>46</sup>Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behavior. *J Clin Psychol*, 56(9), 1221-1235. doi:10.1002/1097-4679(200009)56:9<1221::AID-JCLP8>3.0.CO;2-W
- <sup>47</sup>Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., & Montaña-Fidalgo, M. (2009). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates: A case study. *Psychotherapy Research*, 19(1), 30-41.
- <sup>48</sup>Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2015). Using the Inventory of Countertransference Behavior as an observer-rated measure. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(1), 38-56. doi:10.1080/02668734.2014.1002417
- <sup>49</sup>Ganey, K. R. (2005). *Resilience and emotional depletion as predictors of dyadic satisfaction of psychologists in Pennsylvania*. (65), ProQuest Information & Learning, US.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74. doi:10.1037/1040-3590.3.1.68
- Geller, J. D., Lehman, A. K., & Farber, B. A. (2002). Psychotherapists' representations of their patients. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 733-745. doi:10.1002/jclp.2001
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243. doi:10.1177/0011000085132001
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306. doi:10.1037/0022-0167.41.3.296
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 356-364. doi:10.1037/0022-0167.42.3.356
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 418-422. doi:10.1037/0033-3204.38.4.418



- Gelso, C. J., & Hayes, J. (2012). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Routledge.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. *J Clin Psychol*, *58*(7), 861-867. doi:10.1002/jclp.2010
- <sup>50</sup>Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(1), 29-35. doi:10.1089/cyber.2009.0139
- <sup>51</sup>Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*(3), 239-255. doi:10.1348/147608310X526511
- Gillen, S., Schuster, T., Zum Büschenfelde, C. M., Friess, H., & Kleeff, J. (2010). Preoperative/neoadjuvant therapy in pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis of response and resection percentages. *PLoS medicine*, *7*(4), e1000267.
- Gitelson, M. (1952). The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, *33*, 1-10.
- <sup>52</sup>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*(5), 523-534. doi:10.1080/10503300801968640
- <sup>53</sup>Goldman, G. A. (2010). *Complementarity as a moderator of the rigidity-alliance relationship: Five re-analyses of archival data*. (70), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>54</sup>Goodman, J. H. (1997). *How therapists cope with client suicidal behavior*. (57), ProQuest Information & Learning, US.
- Grabhorn, R., Kaufhold, J., Michal, M., & Overbeck, G. (2005). The therapeutic relationship as reflected in linguistic interaction: Work on resistance. *Psychotherapy Research*, *15*(4), 470-482. doi:10.1080/10503300500091215
- Gronendyke, J. M. (1995). *Research into countertransference: Implications for behavior therapy and the therapeutic alliance*. (56), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>55</sup>Gumz, A., Bauer, K., & Brähler, E. (2012). Corresponding instability of patient and therapist process ratings in psychodynamic psychotherapies. *Psychotherapy Research*, *22*(1), 26-39. doi:10.1080/10503307.2011.622313
- Guse, J. (2012). *Evaluating clinician countertransference in Narcissistic personality disorder*. (72), ProQuest Information & Learning, US.
- Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy: An integrated account. *Archives of General Psychiatry*, *33*(11), 1291-1302. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770110019001
- <sup>56</sup>Hafkenscheid, A. (2012). Assessing objective countertransference with a computer-delivered impact message inventory (IMI-C). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(1), 37-45. doi:10.1002/cpp.734
- <sup>57</sup>Hahn, S. R., Thompson, K. S., Wills, T. A., Stern, V., & Budner, N. S. (1994). The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of clinical epidemiology*, *47*(6), 647-657.

- <sup>58</sup>Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C., & Frankel, R. M. (2009). Nonverbal sensitivity in medical students: Implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine*, *24*(11), 1217-1222. doi:10.1007/s11606-009-1107-5
- <sup>59</sup>Hamilton, J., & Kivlighan, D. M. (2009). Therapists' projection: The effects of therapists' relationship themes on their formulation of clients' relationship episodes. *Psychotherapy Research*, *19*(3), 312-322. doi:10.1080/10503300902838130
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2008). The psychometric properties of the Illness Management and Recovery scale: Client and clinician versions. *Psychiatry Research*, *160*(2), 228-235. doi:10.1016/j.psychres.2007.06.013
- <sup>60</sup>Hayes, J., Riker, J., & Ingram, K. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research*, *7*(2), 145-153.
- Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy*, *45*(4), 521-535.
- <sup>61</sup>Hayes, J. A., Yeh, Y.-J., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(4), 345-355. doi:10.1002/jclp.20353
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: science informing practice. *J Clin Psychol*, *57*(8), 1041-1051. doi:10.1002/jclp.1072
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy (Chic)*, *48*(1), 88-97. doi:10.1037/a0022182
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: what the experts think. *Psychol Rep*, *69*(1), 139-148. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1961782>
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, *45*(4), 468-482. doi:10.1037/0022-0167.45.4.468
- Hayes, J. A., Yeh, Y.-J., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(4), 345-355. doi:10.1002/jclp.20353
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, *31*, 81-84.
- <sup>62</sup>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*(6), 768-774. doi:10.1037/0022-006X.58.6.768
- <sup>63</sup>Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(3), 441-447. doi:10.1037/0022-006X.61.3.441
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., . . . Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(8), 602-612. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01423.x
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., . . . Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *343*. doi:10.1136/bmj.d5928

- <sup>64</sup>Hill, C. E., & O'Grady, K. E. (2001). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations *Helping skills: The empirical foundation* (pp. 87-113). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- <sup>65</sup>Hoffman, D. W. (2000). *Responses of female therapists to angry female clients: Countertransference considerations*. (61), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>66</sup>Hofsess, C. D. (2008). *Countertransference as a prototype: The development and validation of a measure*. (68), ProQuest Information & Learning, US.
- Hofsess, C. D., & Tracey, T. J. G. (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology, 57*(1), 52-67. doi:10.1037/a0018111
- Holmqvist, R. (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(8), 455-461. doi:10.1097/00005053-199808000-00002
- <sup>67</sup>Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (1994). Emotional reactions to psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*(3), 204-209. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01578.x
- <sup>68</sup>Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(11), 660-666. doi:10.1097/00005053-199611000-00002
- <sup>69</sup>Hürny, C., Bernhard, J., Coates, A., Peterson, H. F., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R. D., . . . Goldhirsch, A. (1996). Responsiveness of a single-item indicator versus a multi-item scale: assessment of emotional well-being in an international adjuvant breast cancer trial. *Medical care, 34*(3), 234-248.
- Jahoda, A., Selkirk, M., Trower, P., Pert, C., Kroese, B. S., Dagnan, D., & Burford, B. (2009). The balance of power in therapeutic interactions with individuals who have intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology, 48*(1), 63-77. doi:10.1348/014466508X360746
- Johnston, S. H. (2001). *Therapists' modifications of psychotherapeutic boundaries*. (62), ProQuest Information & Learning, US.
- Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C., & Buchholz, M. B. (2015). Countertransference as object of empirical research? *International Forum of Psychoanalysis, 24*(2), 96-108. doi:10.1080/0803706X.2012.737933
- Kaslow, F. W. (2001). Whither countertransference in couples and family therapy: A systemic perspective. *J Clin Psychol, 57*(8), 1029-1040. doi:10.1002/jclp.1071
- Keough, K. A. (2005). *Negative therapy experiences from a patient's perspective: Therapy out of balance*. (65), ProQuest Information & Learning, US.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 13*(1), 38-56.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- <sup>70</sup>Kiesler, D. J., & Goldston, C. S. (1988). Client-therapist complementarity: An analysis of the Gloria films. *Journal of Counseling Psychology, 35*(2), 127-133. doi:10.1037/0022-0167.35.2.127
- <sup>71</sup>Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*(1), 16.
- <sup>72</sup>Korobkin, S. B. (2000). *Therapist experience and patient diagnosis as predictors of therapist perception of countertransference*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

- <sup>73</sup>Kotsis, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., Machado, M. O., Carvalho, A. F., Creed, F., . . . Hyphantis, T. (2012). Anxiety and depressive symptoms and illness perceptions in psoriatic arthritis and associations with physical health-related quality of life. *Arthritis Care & Research*, *64*(10), 1593-1601. doi:10.1002/acr.21725
- <sup>74</sup>Landry, R. W. (1998). *Client-therapist interpersonal variables and premature termination during the early stage of psychotherapy*. (59), ProQuest Information & Learning, US.
- Latts, M. G. (1997). *A revision and validation of the Countertransference Factors Inventory*. (58), ProQuest Information & Learning, US.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *32*(3), 405-415. doi:10.1037/0033-3204.32.3.405
- Lenhardt, K. M. (1995). *The relationship between psychoanalysts' theoretical orientation, gender, and level of experience and their understanding and utilization of erotic countertransference*. (56), ProQuest Information & Learning, US.
- Lewis, A. (1996). *A meeting of Minds : mutually in psychoanalysis* (T. A. Press Ed. Vol. 4). Hillsdale: The Analytic Press, Inc.
- <sup>75</sup>Lichtenberg, J. W., & Tracey, T. J. G. (2003). Interaction rules and strategies in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, *50*(3), 267-275. doi:10.1037/0022-0167.50.3.267
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *39*(1), 3-11. doi:10.1037/0033-3204.39.1.3
- <sup>76</sup>Linehan, M. M., Cochran, B. N., Mar, C. M., Levensky, E. R., & Comtois, K. A. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disordered clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the Maslach Burnout Inventory. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*(3), 329-337. doi:10.1016/S1077-7229(00)80091-7
- <sup>77</sup>Lingiardi, V., Tanzilli, A., & Colli, A. (2015). Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy*, *52*(2), 228-237. doi:10.1037/a0037919
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Labouvie, E., Pratt, E. M., Hayaki, J., Walsh, B. T., . . . Fairburn, C. G. (2005). Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: A study of process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(6), 1097-1106. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1097
- <sup>78</sup>Long, J. A. (1999). *Countertransference and theoretical perspective. (vicarious traumatization, therapist response, posttraumatic stress disorder, trauma therapy)*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>79</sup>Long, L. E., Jr. (1997). *Psychologists' discomfort level with client sexual attraction or anger as a function of counselor sexual orientation, experience level, and counselor and client gender*. (58), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>80</sup>Mahalik, J. R., Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Thompson, B. J. (1993). Rater characteristics influencing rating on the Checklist of Psychotherapy Transactions—Revised. *Psychotherapy Research*, *3*(1), 47-56. doi:10.1080/10503309312331333659
- Maiter, S., Alaggia, R., & Trocmé, N. (2004). Perceptions of Child Maltreatment by Parents from the Indian Subcontinent: Challenging Myths About Culturally Based Abusive Parenting Practices. *Child Maltreatment*, *9*(3), 309-324. doi:10.1177/1077559504266800

- Marcus, D. K., & Buffington-Vollum, J. K. (2005). Countertransference: A social relations perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, *15*(3), 254-283. doi:10.1037/1053-0479.15.3.254
- 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. *Psychother Res*, *23*(2), 152-168. doi:10.1080/10503307.2012.747013
- <sup>81</sup>Marmaras, E. (2001). *The relationship between empathy and attachment styles and vicarious traumatization in female trauma therapists*. (62), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>82</sup>Martin, A., Buchheim, A., Berger, U., & Strauss, B. (2007). The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 46-58. doi:10.1080/10503300500485565
- <sup>83</sup>McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(7), 923-931. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F
- <sup>84</sup>Meehan, K. B., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2012). Construct validity of a measure of affective communication in psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, *29*(2), 145-165. doi:10.1037/a0027450
- Mellor, D., & Deering, R. (2010). Professional response and attitudes toward female-perpetrated child sexual abuse: A study of psychologists, psychiatrists, probationary psychologists and child protection workers. *Psychology, Crime & Law*, *16*(5), 415-438. doi:10.1080/10683160902776850
- <sup>85</sup>Mendelsohn, L. (2008). *Evaluating alliance ruptures: Assessment of learned skills, trainee characteristics, and clinical experience*. (69), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>86</sup>Merten, J., Anstadt, T., Ullrich, B., Krause, R., & et al. (1996). Emotional experience and facial behavior during the psychotherapeutic process and its relation to treatment outcome: A pilot study. *Psychotherapy Research*, *6*(3), 198-212.
- <sup>87</sup>Miller, L. C., Murphy, R., & Buss, A. H. (1981). Consciousness of body: Private and public. *Journal of personality and social psychology*, *41*(2), 397.
- <sup>88</sup>Miller, R. (2007). *The relationship of the resolution of therapeutic alliance ruptures and the construct of referential activity to change processes in psychotherapy*. (67), ProQuest Information & Learning, US.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. M., & Altman, D. G. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement*.
- <sup>89</sup>Mohr, J. J. (2002). *Client avoidance in first sessions of counseling: The moderating role of therapist attachment*. (62), ProQuest Information & Learning, US.
- Money-Kyrle, R. E. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *The International Journal of Psychoanalysis*, *37*, 360-365.
- Mooney, J. E. (2015). *Validation of the Conners Comprehensive Behavior Rating Scale (CBRS) and Conners Early Childhood (EC) with a Vietnamese population*. (76), ProQuest Information & Learning, US.
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(2), 173-185. doi:10.1037/0033-3204.43.2.173

- Naidich, J. B., & Motta, R. W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice, 1*(1), 35-54. doi:10.1300/J288v01n01\_04
- <sup>90</sup>Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., . . . Onken, L. S. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*(4), 669-677. doi:10.1037/0033-3204.32.4.669
- <sup>91</sup>Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(1), 114-123. doi:10.1037/0033-3204.31.1.114
- <sup>92</sup>Normandin, L. (1991). La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutiques. Thèse inédite. Université de Montréal.
- <sup>93</sup>Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research, 3*(2), 77-94. doi:10.1080/10503309312331333689
- Ogden, T. H. (2004). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *The Psychoanalytic Quarterly, 73*(1), 167-195. doi:10.1002/j.2167-4086.2004.tb00156.x
- <sup>94</sup>O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(4), 581-586. doi:10.1037/0022-006X.51.4.581
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 29*(3), 240-245. doi:10.1037/0022-0167.29.3.240
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*: WW Norton & Co.
- <sup>95</sup>Perkins, M. J., Kiesler, D. J., Anchin, J. C., Chirico, B. M., Kyle, E. M., & Federman, E. J. (1979). The Impact Message Inventory: A new measure of relationship in counseling/psychotherapy and other dyads. *Journal of Counseling Psychology, 26*(4), 363.
- Racker, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *The psychanalytic Quaterly, 26*(3), 303-357.
- <sup>96</sup>Reandeu, S. G., & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 107-114. doi:10.1037/0022-0167.38.2.107
- Reich, A. (1951). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis, 32*, 25-31.
- <sup>97</sup>Rosenberger, E. W. (2000). *Exploring a model of countertransference: A case study*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 221-232. doi:10.1037/0022-0167.49.2.221
- Rosberg, J. L., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(9), 702-708. doi:10.1097/NMD.0b013e318186de80
- <sup>98</sup>Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling, 46*(4), 243-251.

- <sup>99</sup>Roter, D. L., & Larson, S. (2001). The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: an illustrative use of the Roter Interaction Analysis System. *Health Communication, 13*(1), 33-48.
- Salz, T. F. (1998). *Countertransference and its relationship to patients' personality styles*. (59), ProQuest Information & Learning, US.
- Sanderson, B. E. (1996). *Preventing sexual exploitation by psychotherapists through identifying and managing countertransference in clinical supervision and case consultation*. (56), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>100</sup>Sayette, M. A., Cohn, J. F., Wertz, J. M., Perrott, M. A., & Parrott, D. J. (2001). A psychometric evaluation of the facial action coding system for assessing spontaneous expression. *Journal of Nonverbal Behavior, 25*(3), 167-185.
- Schwartz, H. (2007). *Therapists' ways of knowing: Body, affect, self and other*. (68), ProQuest Information & Learning, US.
- Schwartz, R. C., & Wendling, H. M. (2003). Countertransference reactions toward specific client populations: A review of empirical literature. *Psychol Rep, 92*(2), 651-654. doi:10.2466/PRO.92.2.651-654
- <sup>101</sup>Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*(3), 270.
- <sup>102</sup>Schwimmer, G. (2010). *The influence of female therapist body image on the perceived management of countertransference in the treatment of female anorexic and bulimic clients: Implications for practice*. (71), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>103</sup>Sehl, M. R. (1997). *Erotic countertransference and clinical social work practice: A national survey of psychotherapists' sexual feelings, attitudes, and responses*. (58), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>104</sup>Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 104-115. doi:10.1037/0022-006X.75.1.104
- <sup>105</sup>Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*(2), 176.
- <sup>106</sup>Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 791-802. doi:10.1037/0022-006X.66.5.791
- <sup>107</sup>Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 175.
- <sup>108</sup>Strong, S. R. (1988). *Interpersonal Communication Rating Scale*: Virginia Commonwealth Univ
- Swaney, K. B., & Stone, G. L. (1990). Therapist awareness of covert reactions to client interpersonal behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*(3), 375-389. doi:10.1521/jscp.1990.9.3.375
- Thomas, B. M. (1996). *An analysis of the countertransference behavior of selected ministerial subjects*. (57), ProQuest Information & Learning, US.

- Thomas, S. E. G., Werner-Wilson, R. J., & Murphy, M. J. (2005). Influence of Therapist and Client Behaviors on Therapy Alliance. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 27(1), 19-35. doi:10.1007/s10591-004-1968-z
- <sup>109</sup>Tobin, M. J. (2006). *Countertransference and therapeutic interaction: An exploratory study*. (67), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>110</sup>Tracey, T. J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 784.
- <sup>111</sup>Tracey, T. J., & Guinee, J. P. (1990). Generalizability of Interpersonal Communications Rating Scale ratings across presentation modes. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 330-336. doi:10.1037/0022-0167.37.3.330
- Tracey, T. J., Hays, K. A., Malone, J., & Herman, B. (1988). Changes in counselor response as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 119-126. doi:10.1037/0022-0167.35.2.119
- <sup>112</sup>Tracey, T. J. G., & Schneider, P. L. (1995). An evaluation of the circular structure of the Checklist of Interpersonal Transactions and the Checklist of Psychotherapy Transactions. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 496-507. doi:10.1037/0022-0167.42.4.496
- <sup>113</sup>Tracey, T. J. G., Sherry, P., & Albright, J. M. (1999). The interpersonal process of cognitive-behavioral therapy: An examination of complementarity over the course of treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 80-91. doi:10.1037/0022-0167.46.1.80
- <sup>114</sup>Tryon, G. S. (1989). The therapist personal reaction questionnaire: A cluster analysis. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 21(4), 149-156.
- Van De Water, R. C. (1996). *Vicarious traumatization of therapists: The impact of working with trauma survivors*. (57), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>115</sup>Virues-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011). Descriptive analysis of the verbal behavior of a therapist: A known-group validity analysis of the putative behavioral functions involved in clinical interaction. *Behavior Therapy*, 42(4), 547-559. doi:10.1016/j.beth.2010.12.004
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., . . . Thase, M. E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255-265. doi:10.1037/0033-3204.41.3.255
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33. doi:10.1080/10503300512331327010
- <sup>116</sup>Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An Examination of Therapist and Client Behavior in High- and Low-Alliance Sessions In Cognitive-Behavioral Therapy and Process Experiential Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 297-310. doi:10.1037/0033-3204.42.3.297
- Wertz, C. A. (2001). *Vicarious traumatization: The relationship of absorption, emotional empathy and exposure to traumatized clients to ptsd symptom-like behavior in therapists*. (61), ProQuest Information & Learning, US.
- <sup>117</sup>Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163-172. doi:10.1037/a0023200



- Whitney, H. J. (1998). *A comparative study of the emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients*. (58), ProQuest Information & Learning, US.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., & Thon, N. (2011). The therapist's reaction to a patient's suicide: Results of a survey and implications for health care professionals' well-being. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 99-105. doi:10.1027/0227-5910/a000062

**Annexe A**

**27 critères PRISMA**

*(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse; Gillen, Schuster, Zum Büschenfelde, Friess, & Kleeff, 2010)*

**Table 1: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis**

Section/Topic	#	Checklist item	Reported on page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

## Annexe B

### Grille d'évaluation des risques de biais des études d'une recension (Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias adapté de Higgins et Altman; Higgins et al., 2011)

Bias domain	Source of bias	Support for judgment	Review authors' judgment (assess as low, unclear or high risk of bias)
Selection bias	Random sequence generation	Describe the method used to generate the allocation sequence in sufficient detail to allow an assessment of whether it should produce comparable groups	Selection bias (biased allocation to interventions) due to inadequate generation of a randomised sequence
	Allocation concealment	Describe the method used to conceal the allocation sequence in sufficient detail to determine whether intervention allocations could have been foreseen before or during enrolment	Selection bias (biased allocation to interventions) due to inadequate concealment of allocations before assignment
Performance bias	Blinding of participants and personnel*	Describe all measures used, if any, to blind trial participants and researchers from knowledge of which intervention a participant received. Provide any information relating to whether the intended blinding was effective	Performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and personnel during the study
Detection bias	Blinding of outcome assessment*	Describe all measures used, if any, to blind outcome assessment from knowledge of which intervention a participant received. Provide any information relating to whether the intended blinding was effective	Detection bias due to knowledge of the allocated interventions by outcome assessment
Attrition bias	Incomplete outcome data*	Describe the completeness of outcome data for each main outcome, including attrition and exclusions from the analysis. State whether attrition and exclusions were reported, the numbers in each intervention group (compared with total randomised participants), reasons for attrition or exclusions where reported, and any reinclusions in analyses for the review	Attrition bias due to amount, nature, or handling of incomplete outcome data
Reporting bias	Selective reporting	State how selective outcome reporting was examined and what was found	Reporting bias due to selective outcome reporting
Other bias	Anything else, ideally prespecified	State any important concerns about bias not covered in the other domains in the tool	Bias due to problems not covered elsewhere

\*Assessments should be made for each main outcome or class of outcomes.

## Annexe C

### Articles recensés pour chaque instrument de mesure

#### ACQ :

Meehan, K. B., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2012). Construct validity of a measure of affective communication in psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 29(2), 145-165. doi:10.1037/a0027450

#### AI :

Fauth, J. M. (2001). *Countertransference as a function of male client gender role conformity, therapists' gender role attitudes, and therapists' stress appraisals*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Fauth, J., & Hayes, J. A. (2006). Counselors' Stress Appraisals as Predictors of Countertransference Behavior With Male Clients. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 430-439. doi:10.1002/j.1556-6678.2006.tb00427.x

Fluharty, L. B. (1996). *The effects of sexual knowledge, professional status, and client gender, on male and female therapists' comfort with client-presented sexual material*. (56), ProQuest Information & Learning, US.

Long, L. E., Jr. (1997). *Psychologists' discomfort level with client sexual attraction or anger as a function of counselor sexual orientation, experience level, and counselor and client gender*. (58), ProQuest Information & Learning, US.

#### ARM :

Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802. doi:10.1037/0022-006X.66.5.791

#### BFs :

Martin, A., Buchheim, A., Berger, U., & Strauss, B. (2007). The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. *Psychotherapy Research*, 17(1), 46-58. doi:10.1080/10503300500485565

#### BSI :

Curtis, A. B. (1997). *Therapist traumatization from exposure to clients with post-traumatic stress disorder*. (57), ProQuest Information & Learning, US.

Rosenberger, E. W. (2000). *Exploring a model of countertransference: A case study*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

#### BSQ :

Schwimmer, G. (2010). *The influence of female therapist body image on the perceived management of countertransference in the treatment of female anorexic and bulimic clients: Implications for practice*. (71), ProQuest Information & Learning, US.

#### CALPAS :

Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67-77. doi:10.1037/a0038457

Chisholm, S. M. A. (1998). *A comparison of the therapeutic alliances of premature terminators versus therapy completers*. (59), ProQuest Information & Learning, US.

- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: The moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, *102*(12), 1960-1970. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x
- Dunn, H., Morrison, A. P., & Bentall, R. P. (2006). The Relationship between Patient Suitability, Therapeutic Alliance, Homework Compliance and Outcome in Cognitive Therapy for Psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(3), 145-152. doi:10.1002/cpp.481
- Gaiton, L. R. (2005). *Investigation of therapeutic alliance in a treatment study with substance-abusing women with PTSD*. (65), ProQuest Information & Learning, US.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, *1*(2), 104-112. doi:10.1080/10503309112331335531
- Goldman, G. A. (2010). *Complementarity as a moderator of the rigidity-alliance relationship: Five re-analyses of archival data*. (70), ProQuest Information & Learning, US.
- Hunter, J. A., Button, M. L., & Westra, H. A. (2014). Ambivalence and alliance ruptures in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(3), 201-208. doi:10.1080/16506073.2014.899617
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *15*(1-2), 45-53. doi:10.1080/10503300512331327047
- Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., . . . Onken, L. S. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *32*(4), 669-677. doi:10.1037/0033-3204.32.4.669
- Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *35*(3), 392-404. doi:10.1037/h0087654
- CLOIT :**
- Crowder, D. A. (2000). *Early termination status in adult outpatient psychotherapy: Relationship to interactional variables*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Mahalik, J. R., Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Thompson, B. J. (1993). Rater characteristics influencing rating on the Checklist of Psychotherapy Transactions—Revised. *Psychotherapy Research*, *3*(1), 47-56. doi:10.1080/10503309312331333659
- CLOPT :**
- Crowder, D. A. (2000). *Early termination status in adult outpatient psychotherapy: Relationship to interactional variables*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Friedman, N. E. (1995). *A preliminary study of the measurement of objective and subjective countertransference*. (55), ProQuest Information & Learning, US.
- Mahalik, J. R., Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Thompson, B. J. (1993). Rater characteristics influencing rating on the Checklist of Psychotherapy Transactions—Revised. *Psychotherapy Research*, *3*(1), 47-56. doi:10.1080/10503309312331333659
- Sofair-Fisch, M. S. (2000). *Countertransference: Therapists' and raters' discrepancies and their effect on treatment outcome*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- CM :**
- Hofsess, C. D. (2008). *Countertransference as a prototype: The development and validation of a measure*. (68), ProQuest Information & Learning, US.

Hofsess, C. D., & Tracey, T. J. G. (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology, 57*(1), 52-67. doi:10.1037/a0018111

**COPE :**

Briggs, D. B. (2006). *Therapist stress, career sustaining behavior, coping and the working alliance*. (66), ProQuest Information & Learning, US.

Briggs, D. B., & Munley, P. H. (2008). Therapist stress, coping, career sustaining behavior and the working alliance. *Psychological Reports, 103*(2), 443-454. doi:10.2466/PRO.103.6.443-454

**CQ :**

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*(5), 890-898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890

Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In R. A. L. J. S. Ablon (Ed.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ, US: Humana Press.

Cartwright, C., & Read, J. (2011). An exploratory investigation of psychologists' responses to a method for considering "objective" countertransference. *New Zealand Journal of Psychology, 40*(1), 46-54.

Gorman-Ezell, K. E. (2010). *Eating disorder professionals and the relationship between countertransference, eating attitudes, body image, and self-esteem*. (71), ProQuest Information & Learning, US.

Kholooci, H. (2008). *An examination of the relationship between countertransference and mindfulness and its potential role in limiting therapist abuse*. (68), ProQuest Information & Learning, US.

**CRQ :**

Coble, H. M. (2001). *Therapists' attachment, interpersonal functioning, and countertransference: A test of a mediational model*. (62), ProQuest Information & Learning, US.

Masiello, G. J. (2001). *Adult attachment styles as predictors of core conflictual relationship patterns*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Zilcha-Mano, S., McCarthy, K. S., Dinger, U., & Barber, J. P. (2014). To what extent is alliance affected by transference? An empirical exploration. *Psychotherapy, 51*(3), 424-433. doi:10.1037/a0036566

**CRS :**

Dubé, J. É., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: A construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy, 61*(4), 351-374.

Lecours, S., Bouchard, M.-A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology, 12*(2), 259-279. doi:10.1037/h0079634

Normandin, L. (1991). La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutiques [Reflexivity in countertransference as constitutive element of therapeutic work and space]. Unpublished doctoral dissertation, Université de Montréal.

Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77-94. doi:10.1080/10503309312331333689

**CT INDEX :**

Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. doi:10.1037/0033-3204.39.1.3

**DASS :**

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. doi:10.1348/147608310X526511

**DCI :**

Whitney, H. J. (1998). *A comparative study of the emotional reactions of psychotherapists to case studies depicting borderline and dysthymic patients*. (58), ProQuest Information & Learning, US.

**DDPRQ :**

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. doi:10.1037/0022-006X.75.1.104

**EAS :**

Atsidis, J. (2012). *Psychologists' perception of and countertransference reactions toward victims of domestic violence*. (72), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.proquest.com/acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/875292543/fulltextPDF/37A1C3189B574252PQ/1?accountid=12008>

Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380. doi:10.1037/0033-3204.33.3.372

Korobkin, S. B. (2000). *Therapist experience and patient diagnosis as predictors of therapist perception of countertransference*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

**ECQ :**

Sehl, M. R. (1997). *Erotic countertransference and clinical social work practice: A national survey of psychotherapists' sexual feelings, attitudes, and responses*. (58), ProQuest Information & Learning, US.

Sehl, M. R. (1998). Erotic countertransference and clinical social work practice: A national survey of psychotherapists' sexual feelings, attitudes, and responses. *Journal of Analytic Social Work*, 5(4), 39-55.

**FACS :**

Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research*, 7(4), 397-417. doi:10.1080/10503309712331332103

Bänninger-Huber, E. (1997). Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. In P. E. E. L. Rosenberg (Ed.), *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)* (pp. 414-433). New York, NY, US: Oxford University Press.

Benecke, C., & Krause, R. (2007). Dyadic facial affective indicators of severity of



symptomatic burden in patients with panic disorder. *Psychopathology*, 40(5), 290-295. doi:10.1159/000104745

Ekman, P., & Rosenberg, E. L. (1997). *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)*: Oxford University Press, USA.

Merten, J., Anstadt, T., Ullrich, B., Krause, R., & et al. (1996). Emotional experience and facial behavior during the psychotherapeutic process and its relation to treatment outcome: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 6(3), 198-212.

Rasting, M., & Beutel, M. E. (2005). Dyadic affective interactive patterns in the intake interview as a predictor of outcome. *Psychotherapy Research*, 15(3), 188-198. doi:10.1080/10503300512331335039

#### **FAPRS :**

Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290. doi:10.1016/j.beth.2008.07.003

Callaghan, G. M. (1999). *Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change*. (59), ProQuest Information & Learning, US.

Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl Jr, L. E., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98-116. doi:10.1037/h0100648

#### **FWC :**

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(1), 12-25. doi:10.1080/10503307.2011.622312

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*, 10(4), 462-473. doi:10.1093/ptr/10.4.462

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*, 35(3), 174-182. doi:10.1080/16506070600862518

Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 660-666. doi:10.1097/00005053-199611000-00002

Holmqvist, R., & Armelius, B.-Å. (1996). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, 6(1), 70-78. doi:10.1080/10503309612331331588

Holmqvist, R., & Fogelstam, H. (1996). Psychological climate and countertransference in psychiatric treatment homes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(4), 288-295. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb10650.x

Rosberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002

Rosberg, J. L., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 702-708. doi:10.1097/NMD.0b013e318186de80

Tobin, M. J. (2006). *Countertransference and therapeutic interaction: An exploratory study*. (67), ProQuest Information & Learning, US.

**GAFS :**

Bøggwald, K.-P., Høglend, P., & Sørbye, Ø. (1999). Measurement of transference interpretations. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 8(4), 264-273.

Fauth, J. M. (2001). *Countertransference as a function of male client gender role conformity, therapists' gender role attitudes, and therapists' stress appraisals*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Fauth, J., & Hayes, J. A. (2006). Counselors' Stress Appraisals as Predictors of Countertransference Behavior With Male Clients. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 430-439. doi:10.1002/j.1556-6678.2006.tb00427.x

Kaufman, M. B. (1998). *Effects of therapist self-monitoring on therapeutic alliance and subsequent therapeutic outcome*. (58), ProQuest Information & Learning, US.

Kaufman, M. (2000). Effects of therapist self-monitoring on therapeutic alliance and subsequent therapeutic outcome. *The Clinical Supervisor*, 19(1), 41-59. doi:10.1300/J001v19n01\_03

Kim, S. M. S. (2013). *Affective cultural countertransference reactions to Asian American clients: A mixed methods exploratory study*. (73), ProQuest Information & Learning, US.

Rosberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002

**IC :**

Davidson, K., Livingstone, S., McArthur, K., Dickson, L., & Gumley, A. (2007). An integrative complexity analysis of cognitive behaviour therapy sessions for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(4), 513-523. doi:10.1348/147608307X191535

**ICB :**

Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2013). Real relationship, working alliance, transference/countertransference and outcome in time-limited counseling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3-4), 294-312. doi:10.1080/09515070.2013.845548

Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2015). Using the Inventory of Countertransference Behavior as an observer-rated measure. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(1), 38-56. doi:10.1080/02668734.2014.1002417

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(5), 523-534. doi:10.1080/10503300801968640

Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 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(2), 152-168. doi:10.1080/10503307.2012.747013

Mohr, J. J. (2002). *Client avoidance in first sessions of counseling: The moderating role of therapist attachment*. (62), ProQuest Information & Learning, US

Rosenberger, E. W. (2000). *Exploring a model of countertransference: A case study*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

**ICRS :**

Lichtenberg, J. W., & Tracey, T. J. G. (2003). Interaction rules and strategies in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 267-275. doi:10.1037/0022-0167.50.3.267

Tracey, T. J. G., Sherry, P., & Albright, J. M. (1999). The interpersonal process of cognitive-behavioral therapy: An examination of complementarity over the course of treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 80-91. doi:10.1037/0022-0167.46.1.80

**IECS :**

Birringer, J. A. (1999). *The in-session thoughts and feelings of counselor trainees in relationship to measures of the working alliance, counselor self-estimate and adult attachment style*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

**IES :**

Amen, T. M. (2003). *An investigation of the psychological consequences to sex offender treatment providers*. (63), ProQuest Information & Learning, US.

Curtis, A. B. (1997). *Therapist traumatization from exposure to clients with post-traumatic stress disorder*. (57), ProQuest Information & Learning, US.

Forester, C. A. (2001). *Body awareness: An aspect of countertransference management that moderates vicarious traumatization*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), No Pagination Specified. doi:10.2196/jmir.8.4.e31

Marmaras, E. (2001). *The relationship between empathy and attachment styles and vicarious traumatization in female trauma therapists*. (62), ProQuest Information & Learning, US.

Van De Water, R. C. (1996). *Vicarious traumatization of therapists: The impact of working with trauma survivors*. (57), ProQuest Information & Learning, US.

**IL :**

Hill, C. E., & O'Grady, K. E. (2001). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations *Helping skills: The empirical foundation* (pp. 87-113). Washington, DC, US: American Psychological Association.

**IMI :**

Crowder, D. A. (2000). *Early termination status in adult outpatient psychotherapy: Relationship to interactional variables*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

Dougall, J. L. (2010). *The influence of client socioeconomic status on counselors' attributional biases and objective countertransference reactions*. (71), ProQuest Information & Learning, US.

Dougall, J. L., & Schwartz, R. C. (2011). The influence of client socioeconomic status on psychotherapists' attributional biases and countertransference reactions. *American Journal of Psychotherapy*, 65(3), 249-265.

Erasmus, E. (2006). *Therapist awareness of countertransference as a predictor of psychotherapy process and outcome*. (67), ProQuest Information & Learning, US.

Friedman, N. E. (1995). *A preliminary study of the measurement of objective and subjective countertransference*. (55), ProQuest Information & Learning, US.

Goldman, G. A. (2010). *Complementarity as a moderator of the rigidity-alliance relationship: Five re-analyses of archival data*. (70), ProQuest Information & Learning, US.

- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: Do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 31-40. doi:10.1002/cpp.349
- Hafkenscheid, A. (2012). Assessing objective countertransference with a computer-delivered impact message inventory (IMI-C). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(1), 37-45. doi:10.1002/cpp.734
- Hafkenscheid, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: A comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 17(4), 393-403. doi:10.1080/10503300600702323
- Martin, A., Buchheim, A., Berger, U., & Strauss, B. (2007). The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. *Psychotherapy Research*, 17(1), 46-58. doi:10.1080/10503300500485565
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F
- Schwartz, R. C., Smith, S. D., & Chopko, B. (2007). Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: An empirical test of theory. *American Journal of Psychotherapy*, 61(4), 375-393.
- Smith, J. L. (2007). *Therapists' reactions with adult female sex abusers/offenders: Implications for policy and practice*. (68), ProQuest Information & Learning, US.
- Sofair-Fisch, M. S. (2000). *Countertransference: Therapists' and raters' discrepancies and their effect on treatment outcome*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Swaney, K. B., & Stone, G. L. (1990). Therapist awareness of covert reactions to client interpersonal behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(3), 375-389. doi:10.1521/jscp.1990.9.3.375
- Watts, P. (2004). *The therapist's experience of the interpersonal impact of the patient and its relationship to psychotherapy outcome*. (64), ProQuest Information & Learning, US.

#### **INTREX :**

- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67-77. doi:10.1037/a0038457
- Coady, N. F., & Marziali, E. (1994). The association between global and specific measures of the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 17-27. doi:10.1037/0033-3204.31.1.17
- Goldman, G. A. (2010). *Complementarity as a moderator of the rigidity-alliance relationship: Five re-analyses of archival data*. (70), ProQuest Information & Learning, US.
- Gumz, A., Bauer, K., & Brähler, E. (2012). Corresponding instability of patient and therapist process ratings in psychodynamic psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 22(1), 26-39. doi:10.1080/10503307.2011.622313
- 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(6), 768-774. doi:10.1037/0022-006X.58.6.768
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441-447.

doi:10.1037/0022-006X.61.3.441

Hilliard, R. B. (1995). *Disaffiliative interpersonal process in psychotherapy: An empirical inquiry based on the Structural Analysis of Social Behavior*. (56), ProQuest Information & Learning, US.

Karpiak, C. P., & Benjamin, L. S. (2004). Therapist Affirmation and the Process and Outcome of Psychotherapy: Two Sequential Analytic Studies. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 659-676. doi:10.1002/jclp.10248

Landry, R. W. (1998). *Client-therapist interpersonal variables and premature termination during the early stage of psychotherapy*. (59), ProQuest Information & Learning, US.

Mendelsohn, L. (2008). *Evaluating alliance ruptures: Assessment of learned skills, trainee characteristics, and clinical experience*. (69), ProQuest Information & Learning, US.

Peschken, W. E. (2000). *Interpersonal process, therapists' supportive and interpretive interventions, and intrapsychic change in psychodynamic psychotherapy*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

#### **MBI :**

Ganey, K. R. (2005). *Resilience and emotional depletion as predictors of dyadic satisfaction of psychologists in Pennsylvania*. (65), ProQuest Information & Learning, US.

Linehan, M. M., Cochran, B. N., Mar, C. M., Levensky, E. R., & Comtois, K. A. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disordered clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the Maslach Burnout Inventory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 329-337. doi:10.1016/S1077-7229(00)80091-7

#### **MSRS :**

Bischsel, L. S. (2013). *Therapist personality, countertransference and the working alliance; the potential mediating effect of therapist mental activity in work with difficult patients*. (74), ProQuest Information & Learning, US.

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(5), 523-534. doi:10.1080/10503300801968640

#### **NISA :**

Davis, M., & Hadiks, D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393-405. doi:10.1002/1097-4679(199405)50:3<393::AID-JCLP2270500311>3.0.CO;2-T

#### **PCS :**

Reandeu, S. G., & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: A multiple-case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 107-114. doi:10.1037/0022-0167.38.2.107

#### **PQ-SET :**

Ablon, J. S. (1999). *Empirical validation of treatment models: An examination of psychotherapy process and outcome*. (59), ProQuest Information & Learning, US.

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83. doi:10.1093/ptr/8.1.71

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75. doi:10.1037/0022-006X.67.1.64

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy:

- Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.775
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216-231. doi:10.1037/0033-3204.43.2.216
- Arachtingi, B. M. (1997). *Client perceived facilitative conditions of therapists and parental figures and therapists' ratings of transference*. (58), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.proquest.com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/304310111/fulltextPDF/FE00E00957084F75PQ/1?accountid=12008>
- Bullock, J., & Shean, G. D. (1993). Hospitalization and other prescreening practices: A function of therapist's orientation? *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 36(1), 34-38.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., & Karasu, T. B. (1993). Development of a therapist activity rating scale: Preliminary findings. *Psychological Reports*, 72(3, Pt 2), 1139-1144. doi:10.2466/pr0.1993.72.3c.1139
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The Therapeutic Procedures Inventory: Psychometric properties and relationship to phase of treatment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 223-234. doi:10.1037/h0101230
- Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404. doi:10.1037/h0087654

#### QUAINT :

- Arachtingi, B. M. (1997). *Client perceived facilitative conditions of therapists and parental figures and therapists' ratings of transference*. (58), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.proquest.com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/304310111/fulltextPDF/FE00E00957084F75PQ/1?accountid=12008>
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 513-521. doi:10.1037/0033-3204.27.4.513
- Dazzi, N., & Petruccelli, I. (1997). The "Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)" in an Italian sample of different psychotherapies. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 13(4), 235-244.
- Hall, W. C. (2000). *Working through the patient's problematic relationship pattern: An empirical investigation of transference/countertransference enactments in two short-term psychotherapy cases*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Hamilton, J. W. (2000). *Effect of therapist countertransference on formulation of client transference*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Hamilton, J., & Kivlighan, D. M. (2009). Therapists' projection: The effects of therapists' relationship themes on their formulation of clients' relationship episodes. *Psychotherapy Research*, 19(3), 312-322. doi:10.1080/10503300902838130
- Jarry, J. L. (2010). Core conflictual relationship theme-guided psychotherapy: Initial effectiveness study of a 16-session manualized approach in a sample of six patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 385-394. doi:10.1348/147608310X486093
- Nagy, J. D. (2002). *The relationship between change in interpersonal process during*

*therapeutic alliance ruptures, and psychotherapy outcome.* (62), ProQuest Information & Learning, US.

Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 114-123. doi:10.1037/0033-3204.31.1.114

Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24(3), 269-285. doi:10.1080/10503307.2013.874054

**REACT :**

Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In R. A. L. J. S. Ablon (Ed.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ, US: Humana Press.

Chang, C.-J. R. (2000). *The influences of Taiwan group counselors' family-of-origin experiences and training levels on countertransference reaction.* (60), ProQuest Information & Learning, US.

Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., . . . Onken, L. S. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 669-677. doi:10.1037/0033-3204.32.4.669

Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163-172. doi:10.1037/a0023200

**RIAS :**

Cruz, M., Roter, D., Cruz, R. F., Wieland, M., Cooper, L. A., Larson, S., & Pincus, H. A. (2011). Psychiatrist-patient verbal and nonverbal communications during split-treatment appointments. *Psychiatric Services*, 62(11), 1361-1368. doi:10.1176/appi.ps.62.11.1361

Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C., & Frankel, R. M. (2009). Nonverbal sensitivity in medical students: Implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1217-1222. doi:10.1007/s11606-009-1107-5

Hall, J. A., Ship, A. N., Ruben, M. A., Curtin, E. M., Roter, D. L., Clever, S. L., . . . Pounds, K. (2015). Clinically relevant correlates of accurate perception of patients' thoughts and feelings. *Health Communication*, 30(5), 423-429. doi:10.1080/10410236.2013.865507

**RRS :**

Mendelsohn, L. (2008). *Evaluating alliance ruptures: Assessment of learned skills, trainee characteristics, and clinical experience.* (69), ProQuest Information & Learning, US.

Miller, R. (2007). *The relationship of the resolution of therapeutic alliance ruptures and the construct of referential activity to change processes in psychotherapy.* (67), ProQuest Information & Learning, US.

Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646-657. doi:10.1080/10503307.2013.843803

**SAS :**

McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder.

*Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<923::AID-JCLP6>3.0.CO;2-F

**SASB :**

- Alpher, V. S. (1991). Interpersonal process in psychotherapy: Application to a case study of conflict in the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 550-562. doi:10.1037/0033-3204.28.4.550
- Alpher, V. S. (1991). Interdependence and parallel processes: A case study of structural analysis of social behavior in supervision and short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 218-231. doi:10.1037/0033-3204.28.2.218
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67-77. doi:10.1037/a0038457
- Bedics, J. D., Henry, W. P., & Atkins, D. C. (2005). The Therapeutic Process As a Predictor of Change in Patients' Important Relationships During Time-Limited Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 279-284. doi:10.1037/0033-3204.42.3.279
- Bennett, D., & Parry, G. (1998). The accuracy of reformulation in cognitive analytic therapy: A validation study. *Psychotherapy Research*, 8(1), 84-103. doi:10.1093/ptr/8.1.84
- Coady, N. F., & Marziali, E. (1994). The association between global and specific measures of the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 17-27. doi:10.1037/0033-3204.31.1.17
- Goldman, G. A. (2010). *Complementarity as a moderator of the rigidity-alliance relationship: Five re-analyses of archival data*. (70), ProQuest Information & Learning, US.
- Grabhorn, R., Kaufhold, J., Michal, M., & Overbeck, G. (2005). The therapeutic relationship as reflected in linguistic interaction: Work on resistance. *Psychotherapy Research*, 15(4), 470-482. doi:10.1080/10503300500091215
- Gumz, A., Bauer, K., & Brähler, E. (2012). Corresponding instability of patient and therapist process ratings in psychodynamic psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 22(1), 26-39. doi:10.1080/10503307.2011.622313
- Hall, W. C. (2000). *Working through the patient's problematic relationship pattern: An empirical investigation of transference/countertransference enactments in two short-term psychotherapy cases*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Hamilton, J., & Kivlighan, D. M. (2009). Therapists' projection: The effects of therapists' relationship themes on their formulation of clients' relationship episodes. *Psychotherapy Research*, 19(3), 312-322. doi:10.1080/10503300902838130
- Hamilton, J. W. (2000). *Effect of therapist countertransference on formulation of client transference*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Harrist, R. S., Quintana, S. M., Strupp, H. H., & Henry, W. P. (1994). Internalization of interpersonal process in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 49-57. doi:10.1037/0033-3204.31.1.49
- Hartkamp, N., & Schmitz, N. (1999). Structures of introject and therapist-patient interaction in a single case study of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(2), 199-215. doi:10.1093/ptr/9.2.199
- 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(6), 768-774. doi:10.1037/0022-006X.58.6.768
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1992). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 523-535). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441-447. doi:10.1037/0022-006X.61.3.441
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 434-440. doi:10.1037/0022-006X.61.3.434
- Hilliard, R. B. (1995). *Disaffiliative interpersonal process in psychotherapy: An empirical inquiry based on the Structural Analysis of Social Behavior*. (56), ProQuest Information & Learning, US.
- Karpiak, C. P., & Benjamin, L. S. (2004). Therapist Affirmation and the Process and Outcome of Psychotherapy: Two Sequential Analytic Studies. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 659-676. doi:10.1002/jclp.10248
- Landry, R. W. (1998). *Client-therapist interpersonal variables and premature termination during the early stage of psychotherapy*. (59), ProQuest Information & Learning, US.
- Macdonald, J., Cartwright, A., & Brown, G. (2007). A quantitative and qualitative exploration of client-therapist interaction and engagement in treatment in an alcohol service. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 247-268. doi:10.1348/147608306X156553
- Macdonald, J., Cartwright, A., & Brown, G. (2007). A quantitative and qualitative exploration of client-therapist interaction and engagement in treatment in an alcohol service. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 247-268. doi:10.1348/147608306X156553
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Gick, M., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2012). The impact of attachment anxiety on interpersonal complementarity in early group therapy interactions among women with binge eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16(4), 255-271. doi:10.1037/a0029464
- Nieuwenhuis, J. A. (2002). *Formations, ruptures, rebounds, and repairs: An intensive investigation of changes in the therapeutic relationship*. (62), ProQuest Information & Learning, US.
- O'Brien, K. G. (2003). *Patient sexual orientation and clinical intervention: A study of psychoanalytic psychologists' biases and countertransference enactments with the gay male patient*. (63), ProQuest Information & Learning, US.
- Peschken, W. E. (2000). *Interpersonal process, therapists' supportive and interpretive interventions, and intrapsychic change in psychodynamic psychotherapy*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Pugh, C. A. (2000). *Affirmation in psychotherapy: The specific operation of a common therapy process*. (60), ProQuest Information & Learning, US.
- Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24(3), 269-285.

doi:10.1080/10503307.2013.874054

Tasca, G. A., Foot, M., Leite, C., Maxwell, H., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Interpersonal processes in psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioral group therapy: A systematic case study of two groups. *Psychotherapy, 48*(3), 260-273. doi:10.1037/a0023928

**SCL-90 :**

Amen, T. M. (2003). *An investigation of the psychological consequences to sex offender treatment providers.* (63), ProQuest Information & Learning, US.

**SEQ :**

Bair, S. E. (2008). *Predicting therapy working alliance through client adult attachment and client perceptions of therapist behaviors.* (68), ProQuest Information & Learning, US.

Fitzgerald, K. M. (1997). *Therapist reactions to the termination of short-term treatment.* (57), ProQuest Information & Learning, US.

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*(1), 29-35. doi:10.1089/cyber.2009.0139

Hayes, J. A., Yeh, Y.-J., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology, 63*(4), 345-355. doi:10.1002/jclp.20353

Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 298-315. doi:10.1037/a0013306

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*(2), 152-168. doi:10.1080/10503307.2012.747013

McLennan, J., Twigg, K., & Bezant, B. (1993). Therapist construct systems in use during psychotherapy interviews. *Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 543-550. doi:10.1002/1097-4679(199307)49:4<543::AID-JCLP2270490412>3.0.CO;2-3

Mohr, J. J. (2002). *Client avoidance in first sessions of counseling: The moderating role of therapist attachment.* (62), ProQuest Information & Learning, US.

Mohr, J. J., Fuertes, J. N., & Stracuzzi, T. I. (2015). Transference and insight in psychotherapy with gay and bisexual male clients: The role of sexual orientation identity integration. *Psychotherapy, 52*(1), 119-126. doi:10.1037/a0036510

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(2), 233-248. doi:10.1037/a0016085

Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 173-185. doi:10.1037/0033-3204.43.2.173

Myers, D. M. (2005). *Therapist self-disclosure of countertransference: Necessity or indulgence?* (65), ProQuest Information & Learning, US.

Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 582-587. doi:10.1037/0022-006X.65.4.582

Rosenberger, E. W. (2000). *Exploring a model of countertransference: A case study*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646-657. doi:10.1080/10503307.2013.843803

Yeh, Y.-J., & Hayes, J. A. (2011). How does disclosing countertransference affect perceptions of the therapist and the session? *Psychotherapy*, 48(4), 322-329. doi:10.1037/a0023134

**SISC-INTER :**

Virues-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011). Descriptive analysis of the verbal behavior of a therapist: A known-group validity analysis of the putative behavioral functions involved in clinical interaction. *Behavior Therapy*, 42(4), 547-559. doi:10.1016/j.beth.2010.12.004

**STAI :**

Fluharty, L. B. (1996). *The effects of sexual knowledge, professional status, and client gender, on male and female therapists' comfort with client-presented sexual material*. (56), ProQuest Information & Learning, US.

Hoffman, D. W. (2000). *Responses of female therapists to angry female clients: Countertransference considerations*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Latts, M. G. (1997). *A revision and validation of the Countertransference Factors Inventory*. (58), ProQuest Information & Learning, US.

Long, L. E., Jr. (1997). *Psychologists' discomfort level with client sexual attraction or anger as a function of counselor sexual orientation, experience level, and counselor and client gender*. (58), ProQuest Information & Learning, US.

Vane, J. D. (2004). *Countertransference reactions of therapists as a function of dependency and self-criticism: A schema-theory perspective*. (64), ProQuest Information & Learning, US.

**STROOP :**

Fluharty, L. B. (1996). *The effects of sexual knowledge, professional status, and client gender, on male and female therapists' comfort with client-presented sexual material*. (56), ProQuest Information & Learning, US.

**STSS :**

Branson, D. C. (2012). *The relationship between vicarious trauma and sexual desire among behavioral health clinicians*. (72), ProQuest Information & Learning, US.

**TAQ :**

Fauth, J. M. (2001). *Countertransference as a function of male client gender role conformity, therapists' gender role attitudes, and therapists' stress appraisals*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Fauth, J., & Hayes, J. A. (2006). Counselors' Stress Appraisals as Predictors of Countertransference Behavior With Male Clients. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 430-439. doi:10.1002/j.1556-6678.2006.tb00427.x

Kim, S. M. S. (2013). *Affective cultural countertransference reactions to Asian American clients: A mixed methods exploratory study*. (73), ProQuest Information & Learning, US.

**TBCh :**

Duncan, L. A. (2001). *Persistently and seriously mentally ill individuals perception of the working alliance and caseworker characteristics*. (62), ProQuest Information & Learning, US.

**TBCo :**

Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An Examination of Therapist and Client Behavior in High- and Low-Alliance Sessions In Cognitive-Behavioral Therapy and Process Experiential Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 297-310. doi:10.1037/0033-3204.42.3.297

**TPRQ :**

Mohr, J. J. (2002). *Client avoidance in first sessions of counseling: The moderating role of therapist attachment*. (62), ProQuest Information & Learning, US.

**TRQ :**

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224

McLennan, J., Twigg, K., & Bezant, B. (1993). Therapist construct systems in use during psychotherapy interviews. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 543-550. doi:10.1002/1097-4679(199307)49:4<543::AID-JCLP2270490412>3.0.CO;2-3

**TSIBS :**

Amen, T. M. (2003). *An investigation of the psychological consequences to sex offender treatment providers*. (63), ProQuest Information & Learning, US.

Forester, C. A. (2001). *Body awareness: An aspect of countertransference management that moderates vicarious traumatization*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

Marmaras, E. (2001). *The relationship between empathy and attachment styles and vicarious traumatization in female trauma therapists*. (62), ProQuest Information & Learning, US.

**TSS :**

Lichtenberg, J. W., & Tracey, T. J. G. (2003). Interaction rules and strategies in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 267-275. doi:10.1037/0022-0167.50.3.267

**VPPS :**

Chisholm, S. M. A. (1998). *A comparison of the therapeutic alliances of premature terminators versus therapy completers*. (59), ProQuest Information & Learning, US.

Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., & Karasu, T. B. (1993). Development of a therapist activity rating scale: Preliminary findings. *Psychological Reports*, 72(3, Pt 2), 1139-1144. doi:10.2466/pr0.1993.72.3c.1139

Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441-447. doi:10.1037/0022-006X.61.3.441

**VRS :**

Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380. doi:10.1037/0033-3204.33.3.372

Korobkin, S. B. (2000). *Therapist experience and patient diagnosis as predictors of therapist perception of countertransference*. (61), ProQuest Information & Learning, US.

**WAS :**

Long, J. A. (1999). *Countertransference and theoretical perspective. (vicarious traumatization, therapist response, posttraumatic stress disorder, trauma therapy)*. (60), ProQuest Information & Learning, US.

**WCQ :**

Goodman, J. H. (1997). *How therapists cope with client suicidal behavior*. (57), ProQuest

Information & Learning, US.