

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU DOCTORAT EN RECHERCHE ET
INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE (Ph. D.-RI)

PAR
ROSE OSTIGUY-PION

ÉTUDE DES DÉTERMINANTS DE LA VARIABILITÉ INTRA-INDIVIDUELLE DU
CONTRE-TRANSFERT : LES VULNÉRABILITÉS PERSONNELLES DES
THÉRAPEUTES ET CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À UNE GESTION
EFFICACE DU CONTRE-TRANSFERT

MAI 2022

Composition du jury

Étude des déterminants de la variabilité intra-individuelle du contre-transfert : les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert

Rose Ostiguy-Pion

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Descôteaux, directeur de recherche
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Lise Gagnon, évaluatrice interne
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Anne Brault-Labbé, évaluatrice interne
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Dominick Gamache, évaluateur externe
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Sommaire

Les vulnérabilités personnelles des thérapeutes influencent leur expérience de contre-transfert, laquelle, lorsque négligée, peut mener à des impasses, interférer avec la qualité de l'alliance thérapeutique et conduire à une fin prématurée du suivi. Inversement, l'expérience de contre-transfert peut s'avérer un outil thérapeutique de choix dans le traitement de diverses problématiques et a le potentiel de favoriser l'efficacité de la thérapie lorsque convenablement gérée et lorsque le thérapeute est en mesure de ressentir une variété de contre-transfert en termes de nature et d'intensité. Alors que les caractéristiques personnelles des thérapeutes associées à une gestion efficace du contre-transfert se précisent graduellement au fil des études, les études portant sur les caractéristiques personnelles associées à la variabilité intra-individuelle du contre-transfert sont, à notre connaissance, inexistantes, même si des différences entre les thérapeutes ont été notées sur le plan de cette capacité. En tenant compte des éléments susmentionnés, la présente étude avait pour objectifs de 1) documenter la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, 2) documenter les liens entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité intra-individuelle du contre-transfert et 3) documenter l'effet de modération des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur ces liens. Pour y répondre, un devis mixte incluant un plan expérimental à mesures répétées et un plan corrélational a été retenu. Au total, 111 thérapeutes ont répondu à des mesures autorévolées portant sur leur personnalité, puis ont documenté leur expérience de contre-transfert à la suite du visionnement de vignettes fictives de thérapie. Des analyses de classes latentes ont d'abord permis de regrouper les

thérapeutes selon deux profils de vulnérabilités : 1) sensibilités moyennes et 2) sensibilités légèrement supérieures à la moyenne. Des régressions multiples hiérarchiques ont ensuite été réalisées afin de documenter les liens entre les variables. L'analyse des effets principaux a permis de mettre en évidence un effet positif significatif des sensibilités personnelles des thérapeutes sur la variabilité du contre-transfert. En revanche, l'analyse des effets d'interaction n'a pas révélé d'effets de modération significatif des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur le lien entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert, mais des analyses exploratoires supplémentaires révèlent notamment que ces caractéristiques semblent favoriser la variabilité du contre-transfert en présence d'une prédominance de contre-transferts positifs de basses intensités. Cette étude fournit non seulement un nouvel éclairage quant aux liens entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et leur expérience de contre-transfert, mais elle permet également d'offrir des pistes de recherche aux chercheurs s'intéressant aux déterminants de la variabilité intra-individuelle du contre-transfert. Finalement, les résultats de la présente étude soulignent l'importance de reconnaître et normaliser la présence de sensibilités personnelles chez les thérapeutes et de soutenir, notamment au sein de la relation de supervision, le développement des caractéristiques personnelles susceptibles de favoriser la variabilité du contre-transfert.

Mots-clés : variabilité intra-individuelle, contre-transfert, gestion du contre-transfert, caractéristiques personnelles.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
État des connaissances sur le contre-transfert et sa variabilité	4
Objectifs généraux de recherche	7
Structure proposée de la présente thèse	8
Contexte théorique	10
Le contre-transfert.....	11
Le transfert	11
Conception classique du contre-transfert.....	12
Conception totaliste du contre-transfert	16
Conception complémentaire du contre-transfert.....	19
Conception intégrative du contre-transfert.....	23
La variabilité intra-individuelle du contre-transfert.....	28
Les vulnérabilités psychologiques	37
Style d'attachement.....	38
Personnalité et degré de développement des représentations de soi et de l'autre....	39
Vulnérabilités narcissiques	41
Vulnérabilités personnelles des thérapeutes et contre-transfert.....	44
La gestion du contre-transfert	54
Processus séquentiel de gestion du contre-transfert.....	55
Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert.....	62
Conclusion du contexte théorique.....	68
Formulation des objectifs de l'étude.....	70
Questions de recherche	71
Hypothèses	71
Méthode	72

Devis de l'étude	73
Choix du devis	73
Élaboration des stimuli.....	74
Participants.....	76
Critères d'admissibilité	76
Description de l'échantillon	78
Déroulement.....	80
Recrutement	80
Participation	80
Instruments de mesure	84
Questionnaire sociodémographique	84
Attachement	84
Style de vulnérabilité dépressive.....	85
Besoins soi-objet.....	87
Narcissisme pathologique	87
Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert.....	88
Contre-transfert.....	90
Résultats	91
Analyses préliminaires	92
Variable contrôle.....	92
Calcul des scores de variabilité du contre-transfert	93
Corrélations bivariées	95
Analyses principales	96
Analyses de classes latentes	96
Analyses de régression multiple hiérarchique.....	101
Variabilité générale du contre-transfert	103
Variabilité des contre-transferts positifs	105
Variabilité des contre-transferts négatifs	108
Discussion.....	111
Retour sur les résultats obtenus aux analyses de classes latentes	113

Retour sur les hypothèses.....	115
Variabilité intra-individuelle du contre-transfert : sensibilité ou réactivité?	135
Implications pratiques	137
Forces, limites et recherches futures	141
Conclusion	148
Références.....	153
Appendice A Courriel d’invitation envoyé par l’Ordre des psychologues du Québec à ses membres et lettre de présentation du projet transmise en pièce jointe.....	181
Appendice B Formulaire d’information et de consentement	184
Appendice C Questionnaire sociodémographique	189
Appendice D Version francophone et adaptée pour les proches du <i>Experience in Close Relationship</i>	194
Appendice E Version francophone du <i>Depressive Experience Questionnaire</i>	195
Appendice F Version francophone du <i>Self-Object Needs Inventory</i>	196
Appendice G Version francophone du <i>Pathological Narcissism Inventory</i>	197
Appendice H Version traduite du <i>Countertransference Factor Inventory – Revised</i>	198
Appendice I Version francophone du <i>Feeling Word Checklist-58</i>	199
Appendice J Vignette client 1, vidéo 1	200
Appendice K Vignette client 1, vidéo 2	201
Appendice L Vignette client 1, vidéo 3	202
Appendice M Vignette client 2, vidéo 1	203
Appendice N Vignette client 2, vidéo 2	204
Appendice O Vignette client 2, vidéo 3	205
Appendice P Vignette client 3, vidéo 1.....	206
Appendice Q Vignette client 3, vidéo 2	207
Appendice R Vignette client 3, vidéo 3	208
Appendice S Corrélations bivariées entre les variables à l’étude	209
Appendice T Comparaison des résultats obtenus aux analyses de classes latentes avec des échantillons tirés de la population générale	214

Liste des tableaux

Tableau :

1. Données démographiques des participants	79
2. Exemples de profils de réponse	95
3. Corrélations bivariées entre les variables à l'étude	210
4. Comparatif des différents modèles de classes	98
5. Test t pour échantillons indépendants comparant les classes de vulnérabilités personnelles des thérapeutes sur l'ensemble des échelles de personnalité	99
6. Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant la variabilité générale du contre-transfert à partir de la classe de vulnérabilités personnelles des thérapeutes et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert	105
7. Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant la variabilité des contre-transferts positifs à partir de la classe de vulnérabilités personnelles des thérapeutes et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert	108
8. Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant la variabilité des contre-transferts négatifs à partir de la classe de vulnérabilités personnelles des thérapeutes et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert	110

Remerciements

Cette thèse est le fruit d'un long parcours, au cours duquel se sont succédé défis, frustrations, doutes, anxiétés qui n'ont d'égal que les fiertés, joies, et apprentissages qui l'ont parsemé. Elle marque la fin d'un processus qui m'a fait grandir tant sur le plan professionnel que personnel et représente, à ce jour, ma plus grande réalisation. Cet accomplissement n'aurait pu être possible sans la contribution et le soutien de plusieurs personnes que j'ai eu la chance de côtoyer de près ou de loin au fil des dernières années.

Ma reconnaissance va tout d'abord à Jean Descôteaux, mon directeur de thèse. Jean, je te remercie de m'avoir prise sous ton aile, d'avoir cru en ma capacité à mener à terme ce projet ambitieux et de m'avoir encouragée à persévérer dans l'exploration de thèmes qui m'interpellaient personnellement – avec tout ce que ça comportait comme défis. Je te remercie également pour ta rigueur, la qualité de tes réflexions, ta patience (de laquelle je n'ai pas encore vu le bout, malgré le nombre incalculable de fois où tu m'as expliqué et réexpliqué les mêmes choses!), ta générosité, ton optimisme et pour ton implication plus soutenue à plusieurs moments clés, laquelle m'a aidée à traverser les divers blocages que j'ai rencontrés durant les phases plus ardues de la rédaction. Merci d'avoir accueilli, avec tant de bienveillance, mes larmes, mes anxiétés et mes doutes. Tes qualités humaines et la richesse de tes enseignements ont largement contribué à l'aboutissement de cette thèse, mais également à ce que je puisse vivre une expérience relationnelle harmonieuse et inspirante.

À Sam et Chloé, mes piliers, sans qui absolument rien de ceci n'aurait été possible. Sam, mon amour, merci pour la constance de ton soutien affectif, ta douceur, ta patience, ta capacité à me faire rire et accessoirement, pour ton aide précieuse dans la production des tableaux. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce processus et au fil des épreuves qui l'ont parsemé, que ce soit au travers de tes nombreux aller-retour Montréal – Sherbrooke, en m'écoulant parler de ma thèse pendant nos longues marches avec Chloé ou en m'aidant à me changer les idées. Merci de m'avoir aidée à contenir mes frustrations et mes déceptions et d'avoir partagé, avec enthousiasme, mes joies et fiertés. Vous avoir à mes côtés, toi et Chloé, m'a donné le courage de persévérer et chacun à votre façon, vous m'avez aidée à ne pas perdre la tête.

Merci aux membres de mon comité de thèse, Dominick Gamache et Nicolas Berthelot. Vos encouragements, votre disponibilité, ainsi que la pertinence de vos commentaires m'ont aidé à préciser ma pensée, sortir de plusieurs impasses et renflouer ma confiance en la pertinence de mon projet.

Merci à ma cohorte-famille de doctorat. Vous avez rendu les premières années de ce long et difficile cheminement plus agréables et avez tous, d'une manière ou d'une autre, positivement contribué à la réalisation de ce grand chapitre de ma vie. Un merci particulier à Dale, Audrey, Lucie, Thalie et à Katherine pour votre amitié. Au travers de votre écoute, générosité, excentricité et de nos moments partagés, j'ai trouvé beaucoup de réconfort, de validation et de légèreté qui m'ont porté du début à la fin et je vous en suis reconnaissante.

Vous m'avez profondément marquée et occuperez toujours une place bien spéciale dans mon cœur. Katherine, au travers de nos nombreuses rencontres de rédaction, ta détermination et ton énergie m'ont grandement inspiré à persévérer et à me donner les moyens pour y arriver. Sans toi, j'ai l'impression que ce processus aurait continué d'être une fantaisie - tu m'as montré que c'était possible d'arriver au bout. Merci aussi pour ton soutien et pour tes précieux conseils.

Merci à Alex, Rémy, Laue, Chaï, Mathieu : la famille que j'ai choisie. Nos nombreux et précieux moments ensemble m'ont permis de décrocher et m'ont donné l'énergie de persévérer. Les filles, par votre foi inébranlable en ma capacité à affronter ce défi et par votre amour inconditionnel, vous m'avez insufflé le courage et la confiance qu'il me fallait pour y arriver. Merci de vous être montrées intéressées par mon projet et d'avoir été si compréhensives pour mes oublis et mes absences.

Merci aux membres du laboratoire REPERE pour vos encouragements et pour vos commentaires constructifs et bienveillants au fil de mes besoins, et tout particulièrement dans l'élaboration des vignettes. Merci aussi pour nos expériences partagées de congrès à l'étranger, qui ont toujours le don de renouveler mon goût pour la recherche.

Merci à Marie-Céline et Pascale, mes amies « Thèsez-Vous? » de m'avoir intégrée dans votre cercle de rédaction. Nos rencontres presque quotidiennes dans les petits cafés d'Hochelaga m'ont permis de briser l'isolement à un moment où j'en avais tant besoin et

m'ont redonné une structure à laquelle je me suis accrochée jusqu'à la fin. Je vous en suis des plus reconnaissante. C'est vraiment à grand coup de tomates qu'on y arrive!

Merci à Hugues Leduc, grand maître statisticien, de m'avoir assistée dans le défrichage laborieux de la banque de données. Je te remercie également pour ta rigueur et pour la pertinence de tes réflexions, lesquelles ont joué un rôle majeur dans les analyses.

Merci à ma belle-famille, Michèle, Réal, Julien, Catherine, Vincent et Emma, de vous être montrés intéressés et de m'avoir encouragée tout au long de ce processus.

Je transmets également ma gratitude à tous les professionnels, déjà bien occupés, qui ont généreusement accepté de participer à mon étude au beau milieu d'une pandémie et remercie tous ceux qui m'ont donné un coup de pouce dans mon recrutement-pas-mal-plus-difficile-qu'anticipé.

Pour terminer, merci à mes parents, Catherine et Luc, de m'avoir soutenue chacun à votre façon tout au long de ce cheminement. Je vous remercie pour votre confiance, vos encouragements et pour vous être intéressés à ce que je faisais - mais sans poser trop de questions. J'ai une pensée spéciale pour mes grands frères, Simon et Samuel, que j'ai toujours voulu comprendre et aider, et à cause de qui j'ai voulu devenir psychologue.

Sam, mon grand frère parti trop tôt, cette thèse t'est dédiée.

Introduction

L'efficacité de la psychothérapie à traiter la dépression (Barth et al., 2016; Cuijpers et al., 2008; de Maat et al., 2007), le trouble de stress post-traumatique (Cusack et al., 2016), les troubles anxieux (Pompoli et al., 2018), les troubles alimentaires (Godfrey et al., 2015; Linardon et al., 2017), les troubles de la personnalité (Chakhssi et al., 2021; Cristea et al., 2017; Verheul et Herbrink, 2007), ainsi que plusieurs autres problématiques psychologiques, a été abondamment démontrée au fil des années. Les partisans de différentes approches thérapeutiques en psychologie, telles que psychodynamique, cognitive-comportementale et humaniste, ont en effet mis beaucoup d'efforts dans la validation empirique de l'efficacité des techniques d'intervention spécifiques prescrites par leur approche dans le traitement de problématiques particulières (Kazdin, 2015). Or, la recherche empirique sur le sujet a permis de mettre en évidence que ces techniques d'intervention spécifiques, bien qu'efficaces, ne permettent souvent pas d'expliquer les mécanismes impliqués dans le changement (Kazdin, 2007) et sont fréquemment insuffisantes en l'absence de facteurs contextuels communs à toutes les approches. Parmi ces facteurs se trouvent certaines dispositions personnelles propres aux thérapeutes, la qualité de l'alliance thérapeutique, les attentes du client et une adaptation du traitement aux besoins du client (Cuijpers et al., 2019; Grenavage et Norcross, 1990; Wampold et Imel, 2015). À ce sujet, des études ont démontré que la part de variance des gains thérapeutiques expliquée par le thérapeute (entre 5 et 9%) serait plus importante que celle

attribuable à l'alliance thérapeutique (5%) et aux techniques spécifiques (entre 0 et 1%), faisant du thérapeute le prédicteur le plus robuste parmi ceux identifiés (Johns et al., 2019; Messer et Wampold, 2002; Wampold et Brown, 2005).

Dans cette lignée, l'apport de Carl Rogers (1962; 1959) dans l'étude des caractéristiques des thérapeutes impliquées dans les mécanismes liés au changement devient d'autant plus intéressant. Dans ses écrits, l'auteur soulignait l'importance du rôle du thérapeute dans l'établissement d'un cadre thérapeutique favorisant le changement via sa capacité à s'identifier au monde interne de l'autre (*empathy*), sa capacité à prendre conscience des émotions et sentiments évoqués dans l'expérience relationnelle vécue avec le client (*congruence, genuineness*) et sa capacité à considérer positivement et inconditionnellement ce dernier (*unconditional positive regard*). La pertinence de ces caractéristiques a plus tard été confirmée dans plusieurs méta-analyses en ce qu'elles seraient positivement associées à l'efficacité thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2003; Elliott et al, 2011, 2018; Farber et Doolin, 2011; Kolden et al., 2011; Lingardi et al., 2018). En correspondance et en complémentarité avec ces observations, des études récentes ajoutent que les thérapeutes efficaces ressentent une plus grande variété de contre-transferts (Abargil et Tishby, 2020; Dahl, 2016) et sont plus habiles dans la gestion de leur contre-transfert (Hayes et al., 2018). Or, contrairement à la gestion du contre-transfert, laquelle serait favorisée en présence de certaines caractéristiques personnelles chez les thérapeutes, la littérature actuelle ne permet toujours pas d'identifier les dispositions personnelles favorisant la variabilité intra-individuelle du contre-transfert.

État des connaissances sur le contre-transfert et sa variabilité

Le contre-transfert est un phénomène qui a été introduit par Freud en 1910. Pour Freud ainsi que pour les tenants de la conception classique du contre-transfert, ce phénomène correspond aux réactions déclenchées par le client dont les origines prennent racine dans les conflits inconscients et non résolus des thérapeutes. On jugeait ainsi que ces réactions avaient le pouvoir d'interférer avec le processus thérapeutique en ce qu'elles empêchaient le thérapeute de conserver sa neutralité et furent redoutées pendant plusieurs décennies (Freud, 1910; Gabbard, 2001). Éventuellement, l'intérêt porté au contre-transfert s'est ravivé et sa définition, ainsi que l'importance attribuée à son rôle dans le processus thérapeutique, ont évolué, faisant place à de nouvelles conceptions.

De fait, malgré l'absence d'un consensus quant à sa définition, le contre-transfert est reconnu depuis 1950 comme étant un aspect central du processus thérapeutique et sa valeur en tant que source d'information privilégiée quant aux dynamiques du client a été amplement établie au fil des années. Or, bien que le contre-transfert ait fait l'objet de plusieurs écrits théoriques, son étude empirique demeure limitée à ses aspects conscients ou manifestes. À ce sujet, il semblerait que la capacité du thérapeute à départager les réactions contre-transférentielles prenant racine dans ses vulnérabilités personnelles des éléments mieux expliqués par la dynamique du client via une analyse approfondie de ses ressentis permettrait d'en augmenter l'utilité sur le plan clinique (Hayes et al., 2018; Kiesler, 2001). Ces résultats recourent partiellement ceux Gelso et Perez-Rojas (2017), qui suggèrent que les thérapeutes efficaces sont particulièrement habiles dans la gestion

de leur contre-transfert, une aptitude témoignant de la capacité à reconnaître, comprendre et réguler ses diverses réactions à l'endroit du patient.

Par ailleurs, Van Wagoner, Gelso, Hayes et Diemer (1991) ont identifié que les thérapeutes qui ont une bonne conscience de soi, dont l'identité est intégrée, qui sont empathiques, qui régulent bien leur anxiété et qui ont de bonnes capacités de conceptualisation ont généralement une meilleure conscience de leur monde interne, ont une capacité accrue à contenir leurs réactions, et utilisent davantage ces réactions au service de la thérapie. De façon complémentaire, plusieurs études empiriques et méta-analyses ont pu démontrer la valeur de ces caractéristiques quant à l'efficacité thérapeutique (Gelso et al., 2002; Hayes et al., 2011). Or, on peut faire l'hypothèse que ces caractéristiques sont insuffisantes en l'absence de la capacité du thérapeute à se laisser réellement mouvoir affectivement par le client (Sandler, 1976), ou à régresser (Block et Block, 1980; Kris, 2000; Séguin et Bouchard, 1996) au service de la thérapie, notamment de façon à percevoir les aspects non assimilés de la psyché du client.

Dans cette veine, Kiesler (2001), qui reconnaissait l'existence de styles de réactions contre-transférentielles propres à chaque thérapeute, était d'avis que les réactions qui s'écartent en nature et en intensité de ce style témoignent effectivement d'un contre-transfert dit subjectif. La définition du contre-transfert subjectif s'apparente au contre-transfert « irrationnel » et « dangereux » décrit par les tenants de la conception classique, qui concevaient le contre-transfert comme une manifestation des vulnérabilités

des thérapeutes devant être évitée. Des écrits théoriques et les résultats de certaines études empiriques semblent appuyer l'idée de Kiesler voulant que certaines vulnérabilités psychologiques des thérapeutes, lorsque réactivés dans le contexte thérapeutique, soient susceptibles d'intensifier leur contre-transfert ou de les amener à l'agir (Rosenberger et Hayes, 2002a). Parmi les vulnérabilités personnelles des thérapeutes identifiées, de façon empirique et théorique, comme ayant le potentiel d'être réactivées en thérapie figurent notamment la qualité de l'attachement (Mohr et al., 2005), le degré de maturité du développement de la personnalité et d'intégration des représentations de soi et des autres (Levy et Blatt, 1999; Werbart et al., 2018), la régulation des besoins soi-objet (Bacal et Thomson, 1996; Morrison, 2008) et le narcissisme (Barth, 1988; Coburn, 1998; Miller, 1979b). Bien qu'il soit actuellement impossible de connaître l'impact réel de ces vulnérabilités personnelles des thérapeutes sur la variabilité du contre-transfert, d'autres auteurs ont observé empiriquement un lien positif entre l'anxiété d'abandon et la réactivité affective et entre l'évitement de l'intimité et l'évitement de l'expérience affective dans la population générale (Mikulincer et Shaver, 2019). Allant dans le même sens, Czarna et collaborateurs (2018) ont observé empiriquement des liens positifs entre le narcissisme et la tendance à une plus grande réactivité affective dans la population générale. Compte tenu de la prévalence apparente de ces vulnérabilités psychologiques dans la population à l'étude (Halewood et Tribe, 2003; Slade, 2018), on pourrait intuitivement postuler que plus celles-ci sont nombreuses et importantes, plus elles risquent d'être réactivées de façon similaire en termes de nature et d'intensité dans un ensemble de contextes et ultimement, interférer avec le processus thérapeutique.

Or, cette dernière idée semble partiellement contredite par les résultats d’auteurs qui étayent empiriquement le bien-fondé et l’utilité d’un accès le plus libre possible à une variété d’expériences contre-transférentielles (Abargil et Tishby, 2020; Holmqvist et Armelius, 2006). Ainsi, certains de ces auteurs ont pu observer empiriquement que la variabilité intra-individuelle du contre-transfert est liée à l’efficacité thérapeutique, alors qu’une moins grande variabilité agirait en sa défaveur (Dahl et al., 2017). De façon hypothétique, Holmqvist (2001) suggérait que la gravité ou l’ampleur des vulnérabilités personnelles du thérapeute nuit à son efficacité par une restriction de sa disponibilité à vivre différents types de contre-transfert (moins de variabilité du contre-transfert) et que moins ses difficultés sont importantes, plus le contre-transfert est susceptible de varier – et plus grands seront les gains thérapeutiques. Malheureusement, l’hypothèse émise par Holmqvist concernant un lien négatif entre la variabilité du contre-transfert et les vulnérabilités personnelles des thérapeutes n’a, à notre connaissance, jamais été vérifiée empiriquement. De surcroît, les études explorant la manière dont les vulnérabilités personnelles des thérapeutes interagissent avec l’expérience de contre-transfert sont rares, renferment de nombreuses limites méthodologiques restreignant la validité externe et la portée de leurs conclusions et les résultats sont parfois contradictoires (Fauth, 2006; Gelso et Hayes, 2007; Hayes, 2004).

Objectifs généraux de recherche

Compte tenu de la pertinence clinique associée à une compréhension approfondie des déterminants de la variabilité du contre-transfert ainsi que du manque flagrant d’études

empiriques valides portant sur le sujet, il semble pertinent de s'attarder à la réalisation d'une telle entreprise. Ainsi, en tentant de répondre aux recommandations de Fauth (2006) quant à la méthodologie employée, la présente étude s'intéresse à la manière dont les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont liées à la variabilité intra-individuelle de l'expérience de contre-transfert en termes de sa nature et intensité, en tenant compte des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert en tant que variable modératrice. Cette étude vise ainsi à soutenir les thérapeutes dans leur formation ainsi que dans leur pratique professionnelle par une compréhension accrue de leur contribution personnelle dans leur expérience de contre-transfert. Aussi, il est souhaité que les résultats de cette étude puissent inspirer les pratiques en lien avec la formation et la supervision des futurs thérapeutes et des thérapeutes en exercice.

Structure proposée de la présente thèse

Ce projet de recherche doctoral se décompose en six sections. La section suivant cette introduction concerne le contexte théorique dans lequel s'inscrit la présente étude. Ainsi, afin de situer l'étude des liens unissant la variabilité intra-individuelle de l'expérience de contre-transfert, les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, une définition détaillée des variables à l'étude de même qu'une revue de la documentation existante quant aux liens déjà observés entre elles sont présentées dans la deuxième section. Cette section se conclut sur les limites théoriques et empiriques relevées dans la documentation consultée, lesquelles ont inspiré les questions et hypothèses de recherche présentées dans

la troisième section. La quatrième section concerne les divers choix méthodologiques effectués pour répondre aux objectifs de l'étude, laquelle fournit notamment des renseignements portant sur le devis de recherche, les participants, le déroulement de l'étude et les instruments de mesure utilisés dans la présente étude. Dans la cinquième section, sont rapportés les résultats obtenus aux analyses de classe latente et aux analyses de régression multiple hiérarchique. Dans la sixième et ultime section, les implications théoriques, scientifiques et pratiques des résultats obtenus sont discutées, suivies des forces et limites de l'étude, puis de quelques pistes de recherches futures.

Contexte théorique

Le contre-transfert

Dans un effort de structurer l'évolution des diverses définitions du contre-transfert, des auteurs ont répertorié quatre catégories dans lesquelles les conceptions prédominantes du contre-transfert peuvent être placées, soit la conception classique, totaliste, complémentaire, et intégrative (Epstein et Feiner, 1979; Hayes et al., 2018). Ces catégories serviront de guides dans la présentation de la variable d'intérêt quant à l'évolution de ses définitions et de son étude dans le temps. Néanmoins, pour s'acquitter d'une contextualisation adéquate de notre variable principale, le contre-transfert, il paraît indispensable de la situer en relation à la notion de transfert, qui est centrale à l'ensemble du propos.

Le transfert

Le transfert, tel qu'initialement conçu par Freud, désigne un phénomène au cours duquel les affects dissociés d'un individu, de même que ses désirs et fantasmes inconscients refoulés, car carencés ou frustrés par une réponse inadéquate de l'objet, sont transférés dans une relation agissant comme substitut de l'originale (Freud, 1910, 1998). Bien que plusieurs auteurs ont revisité la définition du transfert depuis, l'essence de la définition de Freud demeure valide encore aujourd'hui (Lucchelli et al., 2009). Selon Freud (1998), par le biais d'une écoute flottante, idéalement spontanée, libre et sans

jugements ou inhibitions des éléments évoqués chez lui, le bon analyste captera les éléments transférentiels, soit les affects dissociés, désirs et fantasmes inconscients du client, qui pourront ensuite lui être interprétés et ainsi offrir l'occasion à ce dernier de se les réapproprier. Ainsi, tant pour favoriser l'émergence du transfert, par le biais de la réception dégagée des éléments inconscients provenant du patient à la manière d'un « organe récepteur »¹, que pour protéger sa propre vie psychique, l'analyste était convié à conserver une neutralité thérapeutique. En effet, il encourageait vivement ses collègues à prendre pour modèle « le chirurgien qui met de côté tous ses affects et même sa compassion humaine et qui fixe un seul but aux forces de son esprit : effectuer l'opération en se conformant le plus possible aux règles de l'art » (Janin, 2005, p.356).

Conception classique du contre-transfert

Freud (1910), qui reconnaissait la valeur de l'inconscient du thérapeute dans le travail analytique via son écoute flottante, affirmait toutefois que le principal obstacle à la neutralité thérapeutique nécessaire à la réception optimale des éléments transférentiels était le contre-transfert, qui est défini comme étant l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et Pontalis, 1967 p. 103). En effet, le contre-transfert révélait selon lui la présence de conflits inconscients non résolus de la part de l'analyste tel qu'en

¹ Selon Freud (1912), l'analyste, en tant qu'organe récepteur, a pour fonction de recevoir les communications inconscientes du client, de les convertir en interprétations plus « digestes », puis de les lui retourner de sorte qu'il puisse se les réapproprier. (Epstein et Feiner, 1979 p. 502)

témoignait l'influence induite du patient sur le monde inconscient de l'analyste. Ces conflits étaient ainsi considérés comme des « taches aveugles » devant être analysées afin d'en comprendre la signification (Frisch-Desmarez et De Vriendt-Goldman, 2011) formulant à ce sujet que « la conscience du thérapeute est limitée par ce à quoi ses propres enjeux et résistances lui donnent accès, l'obligeant à demeurer en position d'auto-analyse en tout temps lorsqu'il fait ses observations sur son client » (Freud, 1910, p. 19). Freud prétendait ainsi que le bon analyste était celui capable de demeurer objectif, libre, et bien qu'il admettait que le contre-transfert puisse dans certains cas être normal (Janin, 2005), il le considérait surtout comme un phénomène devant être traité comme une interférence au processus thérapeutique.

Comme plusieurs psychanalystes de l'époque, Ferenczi adhérait au point de vue de Freud voulant que le contre-transfert devait être contrôlé considérant les multiples impacts négatifs des conflits non résolus des thérapeutes sur l'émergence du transfert, notamment en disant :

« Le narcissisme du thérapeute semble favoriser la création d'une source particulièrement féconde d'erreurs ; parmi celles-ci, le développement d'une sorte de contre-transfert narcissique qui pousse le client à mettre en avant des choses qui louangent le thérapeute, et d'un autre côté à inhiber les remarques et associations de nature contrariante en relation avec celui-ci [le thérapeute] ». (Orr, 1988, p. 92)

Ferenczi a toutefois été le premier à proposer l'idée que le contre-transfert pouvait être utilisé à des fins thérapeutiques en proposant que l'idée que le « processus analytique naît de la rencontre entre le transfert de l'analysant et le contre-transfert de l'analyste » et que « cette rencontre permet l'exploration des couches les plus profondes du psychisme » (Cabré et Michaud, 2012, p. 12).

L'extrait qui suit illustre la notion de transfert, par lequel le thérapeute arrive à se représenter le monde interne du client et introduit le phénomène de contre-transfert en tant qu'outil thérapeutique :

« [...] j'étais très satisfait de constater cette évolution positive, de sorte que je ne perçus pas immédiatement une répétition dans laquelle, lorsqu'une séance lui permettait d'éprouver ce sentiment nouveau de bien-être, je la trouvais à la séance suivante, une semaine plus tard, désespérée, pleurant, disant qu'elle était comme une petite fille sans défense, que sa vie familiale n'allait pas du tout, etc. Je me sentis à ce moment-là dans un état d'agacement extrême, dans lequel je pensais à la fois « décidément, elle est complètement folle » et « j'ai vraiment envie de la mettre dehors ». Je constatais ce mouvement interne avec beaucoup de culpabilité, mais aussi avec une incompréhension totale de ce qui se passait, et pour elle, et pour moi. C'est après avoir pris conscience de cet affect contre-transférentiel intense, contrastant avec la satisfaction que j'éprouvais par ailleurs de l'évolution de notre travail commun, que je fis part à Flora de cette

répétition dans l'alternance de ses séances. Elle en dénia toute auto-perception : bien plus, elle me dit qu'elle pensait à moi en m'insultant grossièrement : j'éprouvai alors à nouveau cet affect que je pus caractériser comme une sorte de rage impuissante, la même sans doute, pensai-je alors, que celle qui avait été la sienne lorsque son grand-père l'avait séduite. Cet *insight* me permit de me remémorer quelque chose qu'elle m'avait dit quelques mois auparavant : « Ce qu'il y a de compliqué, avec mon grand-père, c'est qu'il m'a à la fois aimée et maltraitée, et que ça, ça ne peut pas aller ensemble. » Je tentai alors une sorte de « coup de force interprétatif » en lui disant : « Vous me parlez de sentiments de gratitude, puis de votre haine à mon égard, sans que j'y puisse comprendre quelque chose, comme si vous étiez avec moi comme ce grand-père a été avec vous, aimant et maltraitant, et comme si j'étais moi, en y comprenant rien, comme vous avec lui, lorsque vous aviez 10 ans. » Flora a alors une énorme « crise d'affects » ; elle pleure, sanglote, et finit par me dire : « Je comprends mes pertes de mémoire ; c'est l'essentiel de ma pathologie. Je n'ai pu survivre qu'en oubliant une partie de ce qui m'est arrivé ; je ne peux penser les deux choses en même temps. » Comme on le voit, mon interprétation a permis une auto perception du clivage, premier temps de sa réduction [...] ». (Janin, 2000, pp. 404-405)

Malgré cet éclairage intéressant, la vision selon laquelle le contre-transfert est une manifestation de la présence de conflits non résolus chez les analystes, est délétère et doit être surmonté a vraisemblablement découragé le dialogue entourant ce phénomène (Boyer, 1994; Hayes, 2004), de même que son étude (Betan et Westen, 2009; Cabré et Michaud, 2012; Fauth, 2006), contribuant à ce qu'elle soit maintenue en tant que référence pendant près de 40 ans (Levy et Ablon, 2009).

Conception totaliste du contre-transfert

Un changement d'attitude à l'égard du contre-transfert s'est opéré à la suite de travaux de plusieurs analystes qui, dans le cadre de leur travail auprès de patients limites, schizoïdes et narcissiques particulièrement régressés, ont commencé à reconnaître l'apport du contre-transfert en tant qu'outil de prédilection pour accéder aux éléments inconscients de la psyché (Fromm-Reichmann, 1948; Klein, 1946; Stern, 1945; Winnicott, 1949). À ce sujet, les travaux théoriques de Kohut (1959), Greenson (1960), Ogden (1979) et Grinberg (1979) ont contribué à établir l'importance du contre-transfert par l'accent mis sur des mécanismes psychiques tels que l'identification projective pour parler de la tendance du client à projeter certaines de ses parties conflictuelles sur le thérapeute et à agir de façon à le forcer à incarner un rôle précis dans la relation (Sandler, 1976).

Emboitant leurs pas, les écrits fondateurs d'auteurs tels que Bálint et Bálint (1939), Winnicott (1949), Heimann (1950), Little (1951) et Racker (1968) ont marqué un tournant important dans l'étude du contre-transfert, lui permettant « d'entrer par la grande porte

dans la théorie analytique [...] : [le contre-transfert] cesse d'être uniquement un obstacle et acquiert le statut de levier pour l'instauration d'un processus analytique » (Reid, 2004, p. 34). Pour sa part, Paula Heimann (1950) a proposé une définition élargie du contre-transfert, en affirmant que toutes réactions affectives, cognitives, et comportementales, tant conscientes qu'inconscientes, de la part des thérapeutes sont inévitables et doivent être considérées comme des manifestations contre-transférentielles potentiellement indicatives de la dynamique du client. Elle soulignait aussi la pertinence clinique du contre-transfert dans la détection des éléments d'ordre transférentiels avant même qu'ils ne soient exprimés ou joués dans le transfert et à plus forte raison, elle encourageait les analystes à travailler vers une meilleure contenance des émotions intenses suscitées en eux de façon à pouvoir les utiliser au service de la thérapie en disant :

« L'objectif de l'analyse [du vécu contre-transférentiel] de l'analyste, dans cette perspective, n'est pas de le transformer en un cerveau mécanique qui peut produire des interprétations sur la base d'une procédure purement intellectuelle, mais de lui permettre de contenir les sentiments qui sont agités en lui plutôt que de les décharger (comme le fait le patient), de façon à les subordonner à la tâche analytique dans laquelle il agit en tant que miroir du patient ». (Heimann, 1950, p. 81)

En marge de ces conceptions, mais toujours en s'inspirant des travaux de Klein (1946) sur le processus d'identification projective et de la conception totaliste du contre-transfert, des auteurs ont proposé d'autres points de vue sur le contre-transfert. Winnicott

(1949) reconnaissait pour sa part l'existence d'un contre-transfert dit « objectif », dans le sens « commun » du terme, en référence aux réactions du thérapeute ayant le potentiel de refléter assez fidèlement les réactions généralement évoquées naturellement chez ceux qui interagissent avec le client, rejoignant au passage la notion d'identification projective décrite ci-dessus (c'est d'ailleurs la raison pour laquelle certains auteurs comme Grinberg [1979] réfèrent à ce type de contre-transfert sous l'appellation « contre-identification projective »). Par exemple, si un client a une attitude ouvertement provocante, on peut s'attendre à ce que la majorité des thérapeutes qui le rencontrent se sentent, dans une certaine mesure, provoqués. À ce sujet, Grinberg disait : « si un même analysant faisait plusieurs analyses successives avec des analystes différents, ces analystes trouveraient, dans leurs contre-transferts respectifs avec cet analysant, une part de contre-transfert qui leur serait commune ou similaire » (Assan, 2020, p. 180). En outre, Winnicott prévenait que ces réactions ont peu à voir avec celles provenant des vulnérabilités personnelles des thérapeutes, ou « idiosyncratique », en ce qu'elles sont davantage liées aux patrons relationnels des clients et à leurs besoins inconscients d'évoquer certaines réactions chez les autres en lien avec leur histoire personnelle. Ces réactions sont ainsi davantage causées par le client – ou par le transfert, sont mieux comprises en fonction des enjeux et de l'histoire du patient. Compte tenu de sa pertinence clinique évidente, le modèle de Winnicott proposant une distinction entre les réactions contre-transférentielles « objectives » et « idiosyncratiques » a plus tard été repris par plusieurs auteurs (Epstein et Feiner, 1979; Kiesler, 2001; Marshall, 1979; Spohnitz, 1979), et parfois sous d'autres appellations (Gelso et Hayes, 2007).

Conception complémentaire du contre-transfert

Allant dans le même sens, Heinrich Racker (1968) soulignait la valeur de l'apport spécifique du contre-transfert dans la compréhension des dynamiques du patient et joignait sa voix à celle d'Heimann (1950) en réitérant l'importance que le thérapeute maintienne un contact profond et continu avec lui-même afin qu'il soit conscient de sa propre subjectivité et de ses réactions contre-transférentielles et ainsi, qu'il évite de reproduire les traumatismes relationnels primaires du patient (Tansey et Burke, 1989). L'auteur reconnaissait par ailleurs l'idée de Winnicott (1949) concernant l'existence d'un contre-transfert objectif, en y apportant éventuellement quelques précisions. À l'aide de plusieurs exemples tirés de sa pratique, il a effectivement popularisé l'idée initialement introduite par Deutsch (1953) voulant que le contre-transfert objectif est le produit d'une identification « concordante » ou « complémentaire » au client et à ses projections, respectivement.

Dans le contexte d'une identification concordante (ou d'un contre-transfert concordant), le thérapeute s'identifie aux représentations du client (Ça, Moi, Surmoi), à ses émotions et à ses pensées. Selon l'auteur, la capacité du thérapeute à s'identifier au client est ce qui lui permet de le comprendre et d'être empathique face à ce dernier, en spécifiant à ce sujet que le processus d'identification est limité par ce que le thérapeute arrive à reconnaître en lui (p. ex., client souffrant et impuissant + thérapeute qui arrive à s'identifier au ressenti du client via un accès à son propre vécu de souffrance et d'impuissance = thérapeute empathique).

En continuité, l'identification complémentaire (ou contre-transfert complémentaire) se produit lorsque le thérapeute s'identifie aux projections du client, qui le « traite » comme un objet interne (p. ex., client souffrant et impuissant qui projette un objet tyrannique sur le thérapeute + thérapeute qui s'identifie aux projections du client plutôt qu'à sa souffrance = thérapeute critiquant et rejetant). Selon Racker, cette deuxième identification prendrait davantage ses sources de mécanismes défensifs tels que l'identification projective. Le processus d'identification concordante est avorté lorsque le thérapeute n'arrive pas à s'identifier à ce qui est vécu par le client (p. ex., lorsque le thérapeute rejette sa propre agressivité alors que le client est lui-même en proie à cette émotion). Dans ce cas de figure, le rejet par le thérapeute de sa propre agressivité, qui lui permettrait autrement de s'identifier au vécu du client, a pour effet d'interférer avec le processus empathique et de l'amener à rejeter celle du client, laissant place à une intensification de l'identification complémentaire (c.-à-d. adopter le rôle de l'objet rejetant).

Contre-transfert objectif et subjectif (idiosyncratique). À la différence de ses confrères totalistes, mais en accord avec les travaux innovants de Winnicott, Racker (1968) décriait par ailleurs le « mythe de la situation analytique » entretenu par plusieurs générations de psychanalystes, qui la dépeignaient comme une interaction entre une personne « saine » et une personne « malade ». L'auteur reconnaissait ainsi la contribution des vulnérabilités propres au thérapeute dans son contre-transfert (p. ex., dans son incapacité à reconnaître ses conflits interférant avec les processus d'identification) et

donc, son inévitable imperfection (Tansey et Burke, 1989). En effet, dans le contexte où la situation de l'analyse est considérée comme n'importe quelle autre interaction entre deux personnalités – ou subjectivités (celle du thérapeute et du client) - où chacune d'elles est aux prises avec ses propres pressions internes, dépendances, anxiétés, défenses pathologiques et relations d'objet internalisées, il est attendu que les deux parties réagissent à chacun des événements survenant dans la thérapie à un niveau personnel. Ce qui distingue toutefois le client du thérapeute dans le contexte thérapeutique est, dans un monde idéal, l'« objectivité » de ce dernier (Racker, 1957, p. 731), qui consiste en une attitude à l'égard de sa propre subjectivité et de son contre-transfert dans laquelle il demeure en observation constante avec son monde interne de façon à être au clair avec les sources de son contre-transfert.

Les conceptions de Winnicott (1949), Racker (1968) et de Spitz (1985) quant à l'idée d'un contre-transfert « objectif » en opposition à un contre-transfert dit « idiosyncratique », ou « subjectif » ont éventuellement été reprises par Kiesler (2001) qui expliquait comment le contre-transfert « subjectif » se distingue du contre-transfert « objectif » en ce qu'il prend la forme de réactions « irrationnelles et défensives » témoignant des vulnérabilités des thérapeutes. Plus précisément, elles seraient ainsi initiées par le client, mais mieux comprises en fonction des vulnérabilités et de l'histoire du thérapeute. Selon l'auteur, et en accord avec Holmqvist (2001), qui a été en mesure de montrer empiriquement que chaque thérapeute possède un style de contre-transfert qui le définit et qui est relativement stable dans le temps et entre les clients, le contre-transfert

subjectif peut se reconnaître par le fait qu'il diffère significativement de la réponse habituelle du thérapeute avec ses différents clients, anciens ou actuels, ou avec le client en question. Par exemple, un thérapeute qui n'a pourtant pas l'habitude de procéder de la sorte, se voit partager un élément de sa vie personnelle avec son client.

En intégrant les notions de contre-transfert objectif et subjectif, on tient compte de l'inéluctable influence des enjeux du client (contre-transfert objectif) et du thérapeute (contre-transfert subjectif) dans l'expérience de contre-transfert. D'une part, la notion de contre-transfert objectif recoupe en grande partie la conception totaliste du contre-transfert en ce qu'elle considère l'existence de réactions « attendues » chez les thérapeutes et expliquées par divers phénomènes tels que l'identification projective (Tansey et Burke, 1989). À ce sujet, l'idée que certaines problématiques psychologiques rencontrées chez les clients induisent des manifestations contre-transférentielles similaires chez la plupart des thérapeutes, donc « objectives » selon le vocabulaire utilisé précédemment, a reçu jusqu'à aujourd'hui beaucoup d'appui empirique. On a par exemple observé des types de contre-transfert récurrents avec certains clients selon leur niveau de fonctionnement et leurs types d'enjeux relationnels (Dahl et al., 2012), ainsi que leur diagnostic psychologique (Betan et al., 2005; Brody et Farber, 1996; Ostiguy-Pion et al., 2017). On a aussi observé des types de contre-transfert récurrents chez les thérapeutes intervenant auprès de clients présentant des comorbidités telles que l'abus de substance (Thylstrup et Hesse, 2008), ainsi que chez ceux présentant des comportements suicidaires et de retraits psychotiques (Allen et al., 1986). Finalement, il semblerait que le contre-transfert varie

partiellement en fonction de la quantité de symptômes rapportés par le client à différents moments du processus (Røssberg et al., 2010).

D'autre part, la notion de contre-transfert subjectif recoupe sur plusieurs aspects la conception classique pour laquelle le contre-transfert découle principalement des vulnérabilités des thérapeutes et est considéré comme délétère envers le processus s'il n'est pas bien géré. Ainsi, bien que certaines caractéristiques propres aux clients puissent induire des réactions similaires chez différents thérapeutes (contre-transfert objectif), plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le problème résiderait dans le contre-transfert subjectif, souvent inconscient et possiblement lié à plus de passages à l'acte de la part des thérapeutes (Cutler, 1958; Kiesler, 2001; Rosenberger et Hayes, 2002; Tansey et Burke, 1989).

Conception intégrative du contre-transfert

Alors que la conception classique du contre-transfert est généralement décrite comme étant trop étroite et restrictive, plusieurs auteurs considèrent les conceptions totaliste et complémentaire tout autant limitées en ce qu'elles ne permettent pas de départager les réactions tirant leurs origines des vulnérabilités du thérapeute de celles évoquées par le client, réduisant leur utilité sur le plan clinique (Fauth, 2006; Hayes, 2004). Ainsi, en intégrant certains aspects des conceptions classique, totaliste et complémentaire et en réponse à leurs limites, Gelso et Hayes (2007) ont entrepris de bonifier et de clarifier la définition du contre-transfert en reprenant l'idée que le contre-

transfert tire exclusivement ses origines des conflits non résolus du thérapeute (p. ex., biais personnels, patrons relationnels inadaptés). Toutefois, ils ajoutent l'idée que ces vulnérabilités ne sont pas réactivées qu'en réponse au transfert du client, tel qu'initialement proposé par Freud, mais également par une foule d'autres facteurs tels que la personnalité du client, son apparence physique et le contenu abordé en séance (Hayes et al., 2015). De plus, à l'instar des auteurs cités précédemment, les tenants de la conception intégrative opposent les réactions tirant leurs origines des conflits non résolus des thérapeutes aux réactions normales, saines et attendues face au matériel apporté par le client (ce que d'autres auteurs nomment contre-transfert objectif). Toutefois, avec le souci de limiter la confusion entourant la définition conceptuelle du contre-transfert, ces auteurs suggèrent que la terminologie de « contre-transfert » ne devrait être réservée qu'aux réactions tirant leurs origines des vulnérabilités des thérapeutes. En l'occurrence, cette conception du contre-transfert se veut plus large que la conception classique, mais plus restreinte que la conception totaliste (Hayes, 2004). Finalement, en mettant l'accent sur les conflits non résolus du thérapeute, cette conception laisse définitivement derrière elle l'idée que le thérapeute est dépourvu de difficultés et réactions qui lui sont propres et promeut l'importance de porter une attention accrue à celles-ci dans le cadre d'une thérapie personnelle ou en supervision, éventuellement les deux.

En appui au contre-transfert subjectif et à la conception intégrative du contre-transfert, force est de constater que la majorité des études empiriques récentes en lien avec le contre-transfert se sont inspirées de la conception intégrative pour étudier les

déterminants du contre-transfert. Ainsi, malgré ce qui a été abordé précédemment concernant la part de contribution des clients dans le contre-transfert objectif, les conclusions de plusieurs études appuient l'idée que les clients ne peuvent provoquer de réponses contre-transférentielles à eux seuls (Gelso et al., 1995; Hayes et Gelso, 1991, 1993; Latts et Gelso, 1995; Yulis et Kiesler, 1968). À cet effet, le matériel apporté par le client serait d'autant à même d'induire des manifestations contre-transférentielles qu'il s'apparente aux vulnérabilités du thérapeute, et cela serait vrai pour une variété de contenus (Cutler, 1958; Rosenberger et Hayes, 2002; Tishby et Vered, 2011).

De façon intéressante, les auteurs de la conception intégrative reconnaissent aussi l'idée popularisée par Holmqvist (2001) à l'effet que les thérapeutes possèdent un univers émotionnel qui les définit (ou style de contre-transfert) qui varie notamment en fonction de leur ouverture face à leur propre monde interne et de leur capacité à en prendre conscience. En effet, pour Gelso et Hayes (2007), les univers émotionnels des thérapeutes peuvent différer selon la valence habituelle de leurs émotions (positif à négatif), leur niveau d'intensité (très intense à très faible), leur niveau de clarté (très clair à très confus) et leur niveau d'activation (relaxation à hyperactivation). En continuité avec l'idée que la capacité des thérapeutes à utiliser les éléments transférentiels au service de la thérapie dépend étroitement de leur capacité à ressentir et percevoir ces éléments dans la relation thérapeutique, Gelso et Hayes insistent aussi sur l'idée que les univers (styles) émotionnels des thérapeutes peuvent être problématiques lorsque limités et inflexibles. Bien que les déterminants de telles configurations ne soient pas décrits explicitement dans

leur conception, Gelso et Hayes encouragent les thérapeutes dont l'univers (style) émotionnel est limité et inflexible à entamer une thérapie personnelle. Sans qu'un lien entre les vulnérabilités des thérapeutes et leur capacité à ressentir une variété de contre-transferts y soit explicité, ces propos semblent appuyer indirectement ceux de Holmqvist et collaborateurs voulant que cette capacité des thérapeutes soit limitée par certains aspects plus problématiques de leur personnalité.

À ce sujet, la conception intégrative du contre-transfert rejoint celle de plusieurs auteurs qui s'entendent pour dire qu'il est du devoir du thérapeute de prendre conscience des normes associées à son univers émotionnel habituel et de considérer les déviations de ces normes comme des indicateurs potentiels de la réactivation de ses vulnérabilités personnelles et ainsi, interrompre un agissement contre-transférentiel (Gelso et Hayes, 2007). À ce sujet, Kiesler (2001), ajoutait qu'une difficulté du thérapeute à bien distinguer le contre-transfert subjectif du contre-transfert objectif pouvait entraîner de lourdes conséquences sur le suivi thérapeutique soulignant par ailleurs qu'il est également du devoir du thérapeute de ne pas surinvestir ses réactions subjectives au détriment de ses réactions contre-transférentielles objectives afin de ne pas laisser s'échapper des éléments importants de la dynamique du client. De la même façon, Kiesler soulignait que ce n'est pas parce que les vulnérabilités du thérapeute sont sollicitées, tel qu'en témoigne un contre-transfert subjectif, que celui-ci est mauvais. Selon lui, et pour reprendre la vision de ses prédécesseurs, l'utilité clinique du contre-transfert dépendrait ultimement de la

capacité du thérapeute à évaluer adéquatement sa contribution personnelle dans ses réactions et de l'utiliser au profit de la thérapie.

Univers émotionnel spécifique au thérapeute. En marge des distinctions théoriques et empiriques concernant les différentes sources de contre-transfert, l'idée selon laquelle chaque thérapeute possède un univers émotionnel (ou « style de contre-transfert ») qui lui est propre a elle aussi été appuyée empiriquement (Holmqvist, 2001; Holmqvist et al., 2002; Holmqvist et Armelius, 1996). À ce sujet, certains auteurs ont observé empiriquement une relation entre le style de contre-transfert des thérapeutes et l'efficacité thérapeutique. Par exemple, Røssberg et ses collaborateurs (2010) ont observé que certains styles de contre-transfert (p. ex., se sentir généralement important et confiant) sont positivement liés aux gains thérapeutiques alors que d'autres styles de contre-transfert (p. ex., se sentir généralement ennuyé, sur ses gardes, submergé et inadéquat) sont négativement liés aux gains thérapeutiques. Les travaux de Dahl et al. (2014; 2017) corroborent partiellement les résultats observés par Røssberg et al. (2010) quant aux liens positifs et négatifs observés entre la prédominance de contre-transfert maternant et les gains thérapeutiques, en ajoutant que ces liens dépendraient de la présentation clinique du client (degré de pathologie de la personnalité) et du type de traitement (utilisation ou non de la relation thérapeutique).

Dans un autre ordre d'idées, à l'aide d'une stratégie d'analyses multiniveaux, Lindqvist et al. (2017) ont corroboré la tendance générale observée par Holmqvist à l'effet

que les différences entre les thérapeutes expliquent davantage la variabilité du contre-transfert que les différences entre les patients. Toutefois, leurs résultats suggèrent que les différences entre les thérapeutes expliqueraient mieux la variance associée aux émotions appartenant aux facteurs contre-transférentiels « inadéquat » et « détendu », alors que les différences entre les patients expliqueraient mieux la variance associée aux émotions appartenant aux facteurs contre-transférentiels « engagé » et « chaleureux ». Ces résultats, bien qu'intéressants, soulignent l'importance d'approfondir les connaissances entourant la variabilité intra-individuelle du contre-transfert. Par ailleurs, étant donné la contribution apparente des thérapeutes, il apparaît d'autant plus pertinent de s'intéresser aux facettes des thérapeutes impliquées dans cet aspect de leur expérience de contre-transfert.

La variabilité intra-individuelle du contre-transfert

Dans la littérature, on réfère à la variabilité affective intra-individuelle sous différentes appellations, soit en termes de variabilité émotionnelle (Jones et al., 2018), variabilité affective (Jones et al., 2020), sensibilité émotionnelle (Rottenberg, 2005), ou encore de flexibilité émotionnelle (Bonanno et al., 2004) pour parler de la capacité générale d'un individu à réagir avec souplesse aux événements « chargés » émotionnellement (Eid et Diener, 1999; Waugh et al., 2011). Kashdan et Rottenberg (2010) suggèrent que la flexibilité psychologique, dans laquelle s'inscrit la flexibilité émotionnelle, implique la capacité à tolérer la détresse ainsi qu'une attitude d'ouverture et de réceptivité envers les guides internes que sont les émotions, pensées et sensations.

Bien que les concepts de variabilité affective intra-individuelle et de flexibilité émotionnelle soient souvent employés de façon interchangeable, Hardy (2015) les différencie en précisant que la variabilité affective intra-individuelle réfère à l'état émotionnel dans un contexte précis alors que la flexibilité émotionnelle réfère selon lui à la capacité habituelle d'un individu à ressentir une variété d'expérience affective. Pour éviter toute confusion, nous ne ferons pas la distinction entre ces deux concepts dans le contexte de la présente étude et référerons à la variabilité affective intra-individuelle telle qu'elle est comprise en tant que capacité générale à ressentir des contenus affectifs variés (Eid et Diener, 1999). La variabilité affective intra-individuelle se distingue par ailleurs de la « trop grande » variabilité, ou labilité, qui réfère dans ce cas à une forme d'instabilité affective² ou encore labilité émotionnelle (Marwaha et al., 2014). À ce sujet, nous ne distinguerons pas la labilité de la variabilité dans la présente étude compte tenu de la difficulté à les différencier objectivement sur le plan de la mesure.

La variabilité affective intra-individuelle fait écho au concept de « résilience du Moi » (*ego-resilience*), qui s'inscrit davantage dans la théorie psychanalytique et qui a été élaboré par Block et Block (1980) pour parler de la capacité générale de l'individu à dévier temporairement d'un mode ou de la tendance habituelle dans la façon de réagir pour s'adapter de façon flexible à une situation immédiate générant du stress. Cette capacité

² Selon la définition de Marwaha (2014, p. 1793), l'instabilité affective réfère à des oscillations rapides d'affects intenses, associées à une difficulté à réguler ces oscillations ou leurs conséquences comportementales.

impliquerait également celle d'être en mesure, si nécessaire et en fonction des limites personnelles de l'individu, de moduler le contrôle de ses comportements et de son attention de façon à être en mesure de régresser au service du Moi (Kris, 2000; Séguin et Bouchard, 1996). À ce sujet, Séguin et Bouchard (1996) suggèrent que la régression adaptative du Moi réfère à la possibilité du Moi de se laisser envahir par des contenus régressés de l'inconscient tout en maintenant un contact avec des fonctions supérieures de la psyché résultant en une capacité accrue à accéder à des processus primaires. Les auteurs soulignent l'intérêt d'explorer empiriquement ces phénomènes chez les thérapeutes qui utilisent leur expérience de contre-transfert au profit de la thérapie.

Diverses terminologies ont été employées pour parler des différents degrés d'inhibition et d'expression de l'expérience émotionnelle, lesquels peuvent être placés sur un continuum (Block et Block, 2006). Ainsi, on oppose généralement la variabilité affective intra-individuelle à la rigidité émotionnelle, pour parler de la difficulté d'un individu à réagir de façon variée et fluide aux événements et stimuli (Block et Block, 2006). Selon Kashdan et Rottenberg (2010), la rigidité émotionnelle serait liée à une difficulté accrue à tolérer les émotions inconfortables et à une tendance à catégoriser plus rapidement les événements comme étant négatifs, ce qui aurait en retour un impact sur la justesse de l'évaluation de leur ressenti. De plus, les individus se situant davantage à cette extrémité du continuum auraient typiquement une tendance accrue à éviter les contenus affectifs par l'inhibition, diminuant momentanément leur disponibilité émotionnelle— et plus largement, leur capacité à ressentir leurs émotions avec flexibilité. Allant dans ce

sens, les résultats de plusieurs études ont permis de mettre en lumière que la variabilité affective intra-individuelle est associée à une meilleure gestion de l'anxiété (Cheng, 2001) et qu'elle prédirait un meilleur ajustement psychologique face aux différentes épreuves rencontrées dans la vie (Kashdan et Rottenberg, 2010). Inversement, la labilité émotionnelle serait conceptuellement associée à des difficultés psychologiques et la rigidité émotionnelle serait associée à une moins bonne résilience, une difficulté à gérer l'anxiété, l'accès à un registre restreint sur le plan des expériences tant affectives que cognitives, la dépression et des vulnérabilités sur le plan de la personnalité.

La capacité du thérapeute à s'adapter à la thérapie et aux besoins changeants des clients avec fluidité (Moltu et Binder, 2011; Tishby et Wiseman, 2014; Werbart et al., 2018) serait positivement liée à une meilleure alliance thérapeutique et à l'efficacité thérapeutique, appuyant au passage les prémisses de Stiles concernant les bienfaits de la sensibilité du thérapeute (*responsiveness*) sur l'alliance thérapeutique et sur plusieurs facteurs, dits communs, liés à maintes reprises à l'efficacité thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2003; Stiles et al., 1998; Stiles et Horvath, 2017). À ce sujet, chacun à leur façon, ces auteurs soulignaient combien cette sensibilité serait déterminante dans la mise à profit des éléments émergeant dans la relation thérapeutique et qu'elle dépendrait étroitement de la capacité du thérapeute à demeurer attentif à ce qui se passe dans l'ici-maintenant, mais aussi à demeurer en contact avec son monde interne (Gelso et Hayes, 2007). En appui, d'autres auteurs soutiennent l'idée que l'efficacité du thérapeute dépendrait en partie de sa capacité à se laisser mouvoir par la relation avec le client (Ginot,

2001; Maroda, 2004), voire à régresser momentanément (Bollas, 2017; Little, 1951) pour devenir un catalyseur de changement. Ainsi, bien que les réactions affectives puissent être d'abord comprises en tant que produit plus ou moins issu de l'interaction entre le thérapeute et son client, l'univers émotionnel du thérapeute, dans lequel s'inscrit la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, est nécessairement influencé par la capacité du thérapeute à ressentir et à accéder à son monde interne, qui peut être plus ou moins flexible, profonde et élaborée.

Dans le même ordre d'idées, Zeddies (1999) reprend la notion de participant-observateur (*participant-observer*) de Sullivan (1954), en concevant le thérapeute comme étant à la fois un agent favorisant le changement et à la fois sujet au changement, le plaçant ainsi dans une position qui est tout sauf neutre et désengagée. Selon lui, la capacité du thérapeute à rendre la rencontre entre lui et le client « aidante » dépend essentiellement de sa capacité à créer un « climat émotionnel optimal » (*optimal emotional climate*), qui elle dépendrait essentiellement de sa capacité à établir un lien émotionnel profond avec le client soit une alliance thérapeutique de l'ordre de la « vraie relation » (Gelso, 2011). L'un des aspects déterminants d'une telle alliance est la disponibilité émotionnelle du thérapeute, référant à sa capacité à accéder et à ressentir profondément une vaste gamme d'expériences émotionnelles et à tolérer sa propre vulnérabilité.

Söderberg et ses collaborateurs (2014) ont observé que les thérapeutes diffèrent entre eux quant à leur capacité à être émotionnellement disponibles. À ce sujet, Machado,

Beutler et Greenberg (1999), qui ont aussi relevé des différences entre les thérapeutes quant au niveau de conscience de leurs propres émotions, ont observé que les thérapeutes qui ont une meilleure conscience de leurs propres émotions identifient avec une meilleure précision la nature des émotions des clients. Ces résultats appuient ainsi l'idée que l'habileté du thérapeute à ressentir et à demeurer attentif à son monde interne et à résonner avec l'expérience émotionnelle d'autrui est à même de l'informer sur les contenus expérientiels du client, une aptitude nécessaire à la psychothérapie. Ces résultats appuient également les liens observés par Zeddies voulant que la disponibilité émotionnelle des thérapeutes soit positivement liée à l'alliance thérapeutique, lorsqu'évaluée par le client.

Plus récemment, les résultats d'une étude ont permis de corroborer empiriquement le bien-fondé de la variabilité du contre-transfert (Abargil et Tishby, 2020). Plus précisément, les auteures ont observé que l'ouverture habituelle du thérapeute à se remettre en question et à ressentir une variété d'émotions en termes de nature et d'intensité, aptitude qui se distingue d'une forme de rigidité affective, prédisait l'efficacité du travail thérapeutique et l'amélioration de l'alliance thérapeutique. Bien que ces résultats novateurs ouvrent une toute nouvelle voie d'exploration dans l'étude empirique de la variabilité du contre-transfert, ceux-ci sont difficilement généralisables compte tenu du fait que l'étude a été conduite sur un petit échantillon de dyades thérapeute-client ($N = 15$). De plus, bien qu'on oppose l'idée d'une flexibilité à une forme de rigidité chez les thérapeutes, il aurait été pertinent de tenir compte des caractéristiques des thérapeutes favorisant, ou non, la variabilité du contre-transfert dans leur étude. Malgré tout, les

résultats préliminaires et exploratoires d'Abargil et Tishby (2021) viennent appuyer les conclusions de plusieurs auteurs voulant que la capacité des thérapeutes de diverger de leur style habituel de contre-transfert soit positivement liée à l'efficacité thérapeutique. Notamment, Holmqvist et Armelius (2006) avaient précédemment documenté l'idée que chaque thérapeute tendrait à évoluer dans un univers émotionnel qui lui est propre alors que chaque patient aurait en revanche tendance, bien que cette tendance soit de plus faible amplitude, à induire des réactions similaires chez un bon nombre d'intervenants. Pour les auteurs, ces résultats suggèrent que des réactions affectives plus flexibles, moins rigides et moins prévisibles chez les membres du personnel soignant sont associées à une meilleure efficacité du traitement.

Cette interprétation semble partiellement compatible avec celle tirée d'une autre étude publiée par Holmqvist (2001) où à l'aide d'analyses discriminantes, il a pu conclure à l'existence d'univers émotionnels spécifiques à chaque thérapeute. Un examen qualitatif de certaines séances rapportées par les thérapeutes dont l'expérience contre-transférentielle était à l'étude suggère que le fait qu'un contre-transfert s'écarte de la tendance habituelle d'un thérapeute n'est pas négatif pour autant, qu'il peut en fait témoigner de phénomènes particulièrement importants qui se produisent en cours de thérapie. Ainsi, même si les thérapeutes semblent détenir un style de contre-transfert qui leur est propre, leur accès à des dimensions ou aspects émotionnels qui leur sont moins habituels semble favorable au bon exercice de la thérapie. Cependant, plusieurs aspects de cette étude limitent encore une fois la généralisation de ces résultats, notamment du fait

que les thérapeutes ont choisi les patients. Ceci peut en effet avoir contribué à l'homogénéité des lectures de contre-transfert par thérapeute – par exemple s'ils ont choisi des patients présentant des types de problématiques avec lesquels ils ont l'habitude de travailler – et indûment magnifié les différences de style entre les thérapeutes. Une autre limite non répertoriée par Holmqvist nous apparaît également digne de mention, soit qu'il est difficile d'extraire un portrait complet des différentes sources auxquelles la variance du contre-transfert d'un ensemble de thérapeutes peut être attribuée, de même que de déterminer quels aspects spécifiques du contre-transfert sont expliqués par ces déterminants.

L'une des pistes soulevées par l'auteur se trouve dans d'autres études qu'il a menées (Armelius et Holmqvist, 2003; Holmqvist et Armelius, 2000) et dont les résultats tendent à mettre en lumière les liens entre la personnalité des thérapeutes et leur style de contre-transfert. En effet, l'image de soi du thérapeute serait particulièrement corrélée aux émotions négatives, bien que des différences semblent exister selon le genre. Il semble ainsi plausible de considérer que la prédominance de certaines réactions chez les thérapeutes soit davantage déterminée par certains aspects de leur personnalité que par celle des patients, et peut-être particulièrement en ce qui concerne certaines émotions négatives, comme celles associées au facteur « inadéquat » de Lindqvist et al. (2017).

Malgré leurs diverses limites méthodologiques, les études publiées par Abargil et Tishby et par Holmqvist et ses collaborateurs soutiennent le bien-fondé et l'utilité d'un

style de contre-transfert qualifié d'un accès le plus libre possible à une variété d'expériences contre-transférentielles. Ainsi, la variabilité de l'expérience subjective du thérapeute favoriserait l'efficacité thérapeutique, alors que la restriction de cette expérience agirait en sa défaveur.

Partant du principe que la gravité ou l'ampleur des vulnérabilités personnelles du thérapeute est à même de nuire à son efficacité en tant qu'agent de changement, les études d'Holmqvist et collaborateurs suggèrent que cet effet négatif puisse être médié, peut-être en raison de la rigidité des représentations internes du thérapeute, par une restriction de sa disponibilité à vivre différents types de contre-transfert, limitant par le fait même sa variabilité. À l'inverse, moins ces vulnérabilités seraient importantes, plus les représentations seraient souples et plus le contre-transfert serait susceptible de varier. Renik (1993) soulignait par ailleurs comment les mécanismes défensifs mis en place par le thérapeute pour inhiber les ressentis et agissements contre-transférentiels compromettent son efficacité, en ajoutant l'idée que l'efficacité des thérapeutes expérimentés ne serait pas due au fait de ne plus ressentir ou agir leur contre-transfert, mais plutôt à leur confiance en leur capacité de réparer les torts causés par les agissements contre-transférentiels et à leur tendance à être moins défensifs.

Ainsi, bien que de nombreuses études ont permis d'établir que certaines vulnérabilités des thérapeutes sont liées à leur expérience de contre-transfert et que la façon de le ressentir (ou de ne pas le ressentir) a de nombreux impacts sur le processus

thérapeutique (p. ex., agissement du contre-transfert), il demeure difficile de préciser la nature et l'ampleur réelle de l'effet des vulnérabilités sur la capacité des thérapeutes à ressentir une variété de contre-transferts.

Les vulnérabilités psychologiques

Afin d'introduire l'une des variables d'intérêt, soit les vulnérabilités personnelles des thérapeutes liées à la variabilité du contre-transfert, les définitions des différentes conceptualisations des vulnérabilités abordées sont présentées.

Dans la littérature empirique et clinique, les vulnérabilités psychologiques des individus ont été conceptualisées selon différentes approches. On compte notamment celles qui misent sur des éléments observables tels que les symptômes (American Psychiatric Association, 2013), les traits de personnalité (John et al., 1991), les comportements interpersonnels modélisés via la méthode du circomplexe (Horowitz et al., 1988; Leary, 2004; Wiggins, 1982), ainsi que plusieurs autres approches apparentées. La psychanalyse, de laquelle émane le concept de contre-transfert, mise pour sa part sur les dynamiques psychiques internes qui sous-tendent ces éléments observables. Alors qu'elle mettait originellement l'accent sur les besoins et désirs inassouvis des individus, un modèle auquel plusieurs réfèrent en tant que psychologie « à une personne », la psychanalyse en est venue à connaître des développements importants, qui en ont fait une psychologie « à deux personnes » (voir Mitchell, 1993). Ces avancées, connues sous le vocable de théories des relations d'objet, consistent principalement en ce que les comportements sont

désormais conçus comme étant déterminés par des structures psychologiques cognitives et affectives intitulées « représentations mentales », qui sont de deux types : représentations de soi et représentations de l'autre (Greenberg et Mitchell, 1983; Levy et Blatt, 1999).

Style d'attachement

Plusieurs psychanalystes, dont Fairbairn (1952), Jacobson (1954), Winnicott (1960), Blatt (1974) et Kernberg (1976) ont contribué au changement de trajectoire qui a donné naissance aux théories des relations d'objet. De façon additionnelle, le mouvement a également été fortement influencé par la formulation de la théorie de l'attachement (Ainsworth et Bowlby, 1991; Bowlby, 1973, 1980; Bowlby, 1977, 1982; Spitz, 1965). Cette théorie, inspirée à la fois de la psychanalyse, de l'éthologie et de l'observation directe d'enfants, conçoit que les comportements sont guidés par des modèles opérants internes de soi et de l'autre. Elle a donné naissance à plusieurs tentatives d'opérationnalisation, la plus connue étant certainement l'approche préconisée par Shaver et Mikulincer (2007) qui suggère que les styles d'attachement sont mieux représentés selon les dimensions a) anxiété d'abandon et b) évitement de l'intimité, en ce qu'elles permettent davantage de nuances que les quatre styles d'attachement dont Bowlby parlait initialement (c.-à-d., sécure, évitant, ambivalent et désorganisé). Une autre de ces approches a été proposée par Bartholomew (1990; Bartholomew et Horowitz, 1991) qui, en cohérence avec Bowlby, a conceptualisé les styles d'attachement adulte en termes de combinaison de modèles représentationnels de soi et de l'autre. La sécurité d'attachement

reposerait sur des représentations positives de soi et de l'autre. L'insécurité d'attachement reposerait sur une ou deux représentations négatives : soi positif et autre négatif pour l'attachement détaché (*dismissing*), soi négatif et autre positif pour l'attachement préoccupé (*preoccupied*), et soi négatif et autre négatif pour l'attachement craintif (*fearful*). Malgré leurs différences, l'ensemble des opérationnalisations dérivées de la théorie de l'attachement ont en commun de concevoir les vulnérabilités des individus adultes en termes de modèles opérants internes, forgés durant l'enfance, impliquant un soi en interaction avec un autre.

Personnalité et degré de développement des représentations de soi et de l'autre

Soulignant la grande pertinence des conceptualisations centrées sur l'attachement Levy et Blatt (1999) s'entendent toutefois pour affirmer qu'à elles seules, elles ne réussissent pas à rendre compte de nuances importantes du fonctionnement psychique. Par exemple, un individu dont l'attachement est préoccupé pourra montrer des vulnérabilités beaucoup plus importantes qu'un autre ayant le même style d'attachement. Pour être en mesure de tracer un portrait plus satisfaisant de ces vulnérabilités, il faut être en mesure d'adjoindre au style d'attachement une estimation du degré de développement des représentations de soi et de l'autre. Ce degré de développement témoigne du point auquel les représentations sont différenciées : ce qui relève du soi et de l'autre est relativement bien départagé, intégré et les aspects positifs et négatifs du soi peuvent cohabiter sans trop de malaise, la même chose pouvant être dite des aspects positifs et négatifs de l'autre - deux caractéristiques qui soutiennent la « constance évocative » (*evocative constancy*),

soit la capacité de maintenir une image cohérente de l'objet indépendamment de sa disponibilité émotionnelle ponctuelle. Cette constance faciliterait l'adaptation, constituant par le fait même l'inverse de la vulnérabilité.

La contribution de Blatt (1974) se démarque en ce qu'elle conçoit le degré de développement des représentations selon deux axes : un premier qui concerne la capacité de l'individu à réguler ses besoins interpersonnels, se reflétant notamment dans sa capacité à former des relations interpersonnelles stables, durables, réciproques et mutuellement satisfaisantes (*relatedness*) et un second qui touche au développement d'une identité différenciée (*self-definition*), consolidée, stable, réaliste et essentiellement positive. La lignée développementale relationnelle se caractérise ainsi par des préoccupations relatives à la confiance, la chaleur des interactions, la coopération et l'intimité, alors que la lignée développementale de la définition du soi renvoie à des préoccupations relatives à l'autonomie, l'initiative, la valeur personnelle et l'identité. En accord avec Levy et Blatt (1999), le croisement des informations relatives au style d'attachement et celles documentant le degré de développement des représentations de soi et de l'autre du modèle opérant interne serait à même d'offrir un portrait plus détaillé des vulnérabilités d'un individu. On conçoit ainsi la santé psychologique comme étant déterminée par le degré d'élaboration et d'intégration de ces deux axes, ou des représentations de soi et de l'autre (Kopala-Sibley et al., 2015; Luyten et al., 2015), duquel découle, entre autres, l'utilisation de mécanismes de défense plus évolués permettant d'éprouver ses émotions avec

d'avantage de profondeur et de ressentir un plus grand bien-être relationnel (Kernberg, 1980, 1992).

L'intérêt du modèle de Blatt (1974) réside également dans le fait qu'il conçoit que même le développement normal de la personnalité peut impliquer qu'un individu tende plus vers l'un ou l'autre de ces axes, qui sont associés à deux styles de personnalité. Dans le premier (besoin d'affiliation, *connectedness*), l'individu accorde généralement plus d'importance à l'harmonie, à la réciprocité des relations alors que dans le deuxième (efficacité, *efficacy*), l'individu est plus orienté vers l'individuation et l'accomplissement de soi. Dans le contexte d'une interruption dans le développement normal de la personnalité, l'individu pourrait adopter l'un ou l'autre de ces axes de façon rigide, se traduisant en des préoccupations pathologiques liées à la régulation des besoins relationnels ou à la définition de soi, que Blatt distingue en termes de personnalité anaclitique (*neediness*) et introjective (*self-criticism*), respectivement.

Vulnérabilités narcissiques

De façon intéressante, Campos et Mesquita (2014) ont souligné les parallèles qui existent entre la perspective de Blatt (1974) et une autre conceptualisation qui touche aussi à la définition du soi, celle de Kohut (1971, 1977, 1984; Kohut et Wolf, 1978). Ce dernier considère que la relation à l'autre est essentielle au développement d'un soi bien défini et capable de s'autoréguler. Selon lui, l'importance de l'autre découle initialement de sa capacité à être utilisé en tant que soi-objet (*self-object*), c'est-à-dire à être investi non pas

en tant qu'être pleinement individué, mais plutôt en tant qu'être incarnant une fonction pour le soi, dont il devient en quelque sorte une extension. Avec le temps et la survenue de défaillances mineures – et inévitables– dans l'adoption de ce rôle, le soi finit par internaliser la fonction auparavant dévolue au soi-objet. Le succès de ce processus d'internalisation permet la création d'un soi désormais capable de se lier à l'autre en tant qu'être distinct doté de motivations, besoins et désirs, qui lui sont propres. Ainsi, tant Blatt que Kohut considèrent que la relation, dans la lignée anaclitique pour Blatt et avec un soi-objet pour Kohut, est essentielle à la définition du soi, et que celle-ci facilite en retour l'établissement de relations satisfaisantes. En accord avec la conception développementale de Blatt, Kohut conçoit que les différents degrés auxquels le soi est défini en termes de stabilité, de capacité d'autorégulation et de cohésion, constituent un continuum. L'indisponibilité chronique de l'autre à être investi en tant que soi-objet entraîne des déficits qui rendent le maintien de l'estime de soi extrêmement fragile ou difficile, alors que ses manquements occasionnels, lorsqu'ils n'excèdent pas outre mesure les capacités adaptatives du soi, favorisent l'internalisation de la fonction remplie par le soi-objet. L'ampleur des déficits serait ainsi tributaire de l'état du narcissisme : pathologie du narcissisme si les déficits sont importants, et variantes de la normalité si les déficits sont relativement légers (Kohut et Wolf, 1978). L'ampleur des besoins narcissiques non comblés contribue au degré de pathologie du narcissisme et constitue une source proportionnelle de vulnérabilité. L'inventaire des besoins soi-objet développé par Banai et al. (2005) et traduit par Villeneuve-Patry (2022) permet de classer ces vulnérabilités

en cinq besoins soi-objet répartis selon l'axe d'approche (admiration, idéalisation et alter ego) et celui d'évitement (admiration et idéalisation/alter ego)

Miller (1979a) insiste sur deux présentations du narcissisme qui émanent d'une même source, soit la perte d'une partie du soi. L'une est grandiose, reflétant le succès de l'opération continue de renflouement du soi, l'autre est dépressive, découlant de la reconnaissance partielle de la perte de soi. Des conceptualisations plus récentes reprennent cette vision bipartite de façon plus opérationnelle. Une des plus populaires est sans doute celle de Pincus et ses collègues (Cain, Pincus, et Ansell, 2008; Pincus, 2013), qui distingue les formes grandiose et vulnérable de la pathologie du narcissisme. L'une et l'autre s'inspirent notamment des deux besoins narcissiques introduits par Kohut (1971) : la forme grandiose est associée au besoin de miroir, c'est-à-dire d'être admiré, alors que la forme vulnérable est à rapprocher du besoin narcissique d'idéalisation de l'autre qui, lorsque comblé, confère notamment un sentiment de sécurité (Pincus et Lukowitsky, 2010). Même si elle n'est pas exempte de critiques (voir Miller, Lynam, Hyatt, et Campbell, 2017), l'intérêt de la proposition de Pincus tient d'une part en ce qu'elle reconnaît, en accord avec Kohut (1971, 1977) et Miller (1979a) la double présentation du narcissisme, et d'autre part en ce qu'elle admet, également à l'instar de Kohut (1971, 1977, 1984), l'idée d'un continuum de gravité des atteintes narcissiques (Descôteaux et Laverdière, 2019).

À tort ou à raison, la terminologie « narcissique » est utilisée dans la littérature spécialisée pour décrire plusieurs choses, notamment un état, un stade normal de développement, un développement pathologique, une structure de personnalité, un trait de la personnalité, un trouble psychologique, alors que dans l'usage populaire du terme, on l'emploie souvent pour décrire des individus égocentriques, égoïstes, incapables d'amour. Ces différents usages contribuent à une vision négative du terme ou à tout le moins, à une confusion autour de celui-ci. À ce point, il importe de spécifier que dans la présente étude, nous référons au narcissisme dans sa conception développementale et en termes de typologies de la personnalité tel que le conçoivent Blatt, Kohut et Miller.

Vulnérabilités personnelles des thérapeutes et contre-transfert

Les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont à même d'influencer positivement et négativement le processus thérapeutique et le poids de cette influence dépendrait notamment de la nature et de l'ampleur de ces vulnérabilités. À plus forte raison, et en lien avec les variables d'intérêt de la présente étude, certaines de ces vulnérabilités ont été liées à l'expérience de contre-transfert des thérapeutes et plus spécifiquement à sa variabilité. Or, bien que les études portant sur ce sujet soient pour le moins embryonnaires et comportent souvent plusieurs limites méthodologiques, les liens observés n'en sont pas moins importants. Les résultats des principales études portant sur le sujet sont présentés dans cette section.

Vulnérabilités narcissiques chez les thérapeutes. Ajoutant à l'intérêt du narcissisme dans le présent contexte, plusieurs auteurs considèrent que la profession de psychothérapeute est à même d'intéresser des individus présentant des degrés variables de vulnérabilités sur le plan du narcissisme (Barnett, 2007; Glickauf-Hughes et Mehlman, 1995; Miller, 1979b; Sussman, 2007). En effet, Miller (1979b) explique comment, en réponse à certaines pressions et demandes inconscientes, certains enfants pourraient développer une sensibilité remarquable (pour ne pas dire une hypervigilance) aux dispositions inconscientes de leurs parents présentant des besoins narcissiques qui n'ont pas été comblés. Leur empathie et leur attention seraient alors dirigées presque entièrement vers l'autre – les parents – plutôt qu'envers eux-mêmes. En répondant de la sorte aux besoins inconscients, mais bien réels des parents, ils « s'assureraient » ainsi d'un investissement narcissique de leur part, ou de leur « amour », faute de quoi, ils risqueraient d'être désinvestis et délaissés. Pourtant pourvus de la même capacité que la majorité des enfants à ressentir un grand éventail d'émotions, ces enfants entraînés à être hypervigilants aux moindres variations de l'humeur et aux besoins d'autrui auraient ainsi souvent été contraints, à défaut d'avoir été entendus, reconnus, validés, accueillis sans mépris, à relayer leur « vrai soi », soit leur spontanéité, désirs, et émotions, aux confins de leur inconscient et au profit du développement d'un « faux soi » (Winnicott, 1965). Par conséquent, ce qu'ils seraient réellement (vrai soi) ne serait pas reconnu et accepté, faisant en sorte que leurs propres besoins narcissiques, soit d'être investis, approuvés, vus et aimés demeureraient, à tout le moins partiellement, non comblés. Dans un but inconscient de combler ces besoins, ces enfants parentifiés devenus adultes mettraient à profit les

stratégies d'adaptation et aptitudes qui leur aurait permis de survivre au désert affectif de leur contexte développemental (sensibilité, empathie envers autrui, mépris de soi) en s'adonnant à l'exercice de la psychothérapie (Sussman, 2007). Ajoutant au drame, Miller soulignait comment ces personnes, qui proposent de l'aide aux gens pour surmonter leur détresse, peuvent elles-mêmes rencontrer une difficulté marquée à ressentir leurs émotions dans toutes leurs étendues et intensités, sans être envahies par la peur infantile de l'intensité du monde affectif, et sans ressentir du mépris, de la honte, du dégoût ou de la culpabilité, lorsque confrontés à leurs besoins de dépendance, à leur spontanéité.

Les résultats d'une étude empirique ayant cherché à documenter la présence et la prévalence de ces vulnérabilités narcissiques au sein d'une population de thérapeutes novices semblent appuyer les écrits théoriques de Miller (Halewood et Tribe, 2003). En effet, les auteures auraient observé une différence significative entre le groupe contrôle et le groupe de thérapeutes quant aux scores obtenus à une échelle mesurant les vulnérabilités narcissiques telles que définies par Miller. Les auteures auraient également observé que les participants ayant obtenu des scores faibles à cette échelle (présentant moins de vulnérabilités narcissiques) rapportaient une description plus positive concernant leur relation avec leur parents (p. ex., « mes parents me comprenaient », « mes parents respectaient mes sentiments », « mes parents me voyaient comme la personne que j'étais vraiment »). Ces résultats pourraient ainsi indiquer que les participants qui jouissaient d'une relation caractérisée par le sentiment d'avoir été compris et respectés et dans laquelle les parents étaient ajustés à leurs besoins, semblent avoir un degré de

blessure narcissique beaucoup plus faible que ceux pour qui ces éléments manquaient. Il importe toutefois de souligner que l'étude comporte certaines limites méthodologiques pouvant restreindre la généralisation des résultats.

Narcissisme et variabilité du contre-transfert. D'autres auteurs décrivent comment les thérapeutes dont les vulnérabilités narcissiques n'ont pas suffisamment été travaillées en thérapie sont à risque de rejouer les manipulations inconscientes dont ils ont été eux-mêmes victimes de façon à réguler leur estime avec leurs clients. À ce sujet, Ferenczi (Cabré et Michaud, 2012, p. 12) notait déjà comment le narcissisme du thérapeute est à même d'influencer la conduite du client en limitant la production de contenus à ce qu'il sait être gratifiant pour le thérapeute et par défaut, les menant à éviter le matériel hostile, renforçant ainsi leur culpabilité inconsciente et entravant le processus analytique. À ce sujet, et en accord avec les prémisses de Finell (1985) et de Maroda (2004) voulant que les vulnérabilités narcissiques des thérapeutes soient à même d'alimenter l'évitement des transferts négatifs, Sharkin et Gelso (1993) ont observé empiriquement que les thérapeutes particulièrement inconfortables face à l'hostilité (possiblement indicative d'une menace au lien, d'un rejet imminent, d'une critique de leur compétence) avaient davantage de difficulté à contenir leur contre-transfert face à un client colérique et tendraient à éviter d'attiser l'hostilité de leur client lorsque cet inconfort est accompagné d'un fort besoin d'approbation (Bandura et al., 1960). Ce type de réponse, lorsque chronique et rigide, résulterait ainsi à une difficulté à ressentir une variété de contre-transfert.

Pour leur part, Mills et Abeles (1965) ont observé empiriquement que les thérapeutes ayant un fort besoin de prendre soin de l'autre (*need for nurture*) et de s'affilier (*need for affiliation*) pour ressentir une satisfaction dans leur travail – et possiblement en lien avec certaines blessures narcissiques – peuvent avoir tendance à préférer les clients leur permettant de combler ces besoins. Cette relation s'amenuiserait avec l'expérience, possiblement à mesure que les thérapeutes réalisent que le travail de psychologue est plutôt solitaire et unidirectionnel de nature, et ne représente pas une source viable de reconnaissance et de gratification.

Dans la même veine, dans son étude qualitative relevant les motivations derrière le choix de carrière des psychologues, Sussman (2007) relevait divers cas de figure représentant diverses façons dont les vulnérabilités narcissiques des thérapeutes peuvent, si elles ne sont pas suffisamment travaillées et contenues, se manifester en séance. Ces cas de figure ont plus tard été repris par Bessette dans sa thèse pour illustrer l'effet que peuvent avoir les vulnérabilités narcissiques des thérapeutes sur le processus thérapeutique, et plus précisément sur leur expérience de contre-transfert qui peut être plus ou moins chronique et rigide :

« [...] par exemple, le thérapeute dont l'agressivité est trop désavouée favorise les impasses en étant incapable de confronter ses clients, d'établir des limites et des frontières fermes, d'exiger un paiement, de faire une interprétation douloureuse ou d'agir de manière décisive lorsque cela est nécessaire. Une tendance masochiste trop prononcée ou inconsciente peut

faire entrer le thérapeute dans une collusion défensive involontaire. Il préfère alors se laisser dévaluer et victimiser plutôt que d'interpréter, frustrer, ou poser des limites nécessaires. Les psychothérapeutes ayant des besoins de dépendance non assumés peuvent vouloir compter sur leurs clients pour leur fournir soutien et approbation, et se cantonner dans un rôle maternant qui entrave la maturation du client. Enfin, le fantasme du sauveur et le besoin de réparation, pratiquement universels chez les psychothérapeutes, s'ils ne sont pas hautement sublimés, rendent le thérapeute incapable de suspendre les interventions jusqu'au moment approprié et de résister à l'impulsion de se lancer immédiatement à la rescousse » (Bessette, 2013, p. 112).

Besoins Soi-Objet et variabilité du contre-transfert. Plusieurs auteurs introduisent théoriquement l'idée que les besoins soi-objet des thérapeutes (p. ex., avoir envie d'être respecté, validé et admiré par ses clients – comme individu et comme thérapeute), sont à même d'interférer avec leur capacité à ressentir, percevoir et analyser librement les émotions ressenties dans la relation thérapeutique (Bacal et Thomson, 1996; Morrison, 2008). Plus précisément, les auteurs évoquent la possibilité que lorsque les clients assouvissent les besoins soi-objet des thérapeutes, ces derniers pourraient ressentir des émotions égosyntoniques. Autrement dit, lorsque la relation entre le client et le thérapeute permet généralement à ce dernier d'assouvir ses besoins, il pourrait avoir tendance à ressentir certains contre-transferts spécifiques. En revanche, lorsque les besoins soi-objet

des thérapeutes ne sont pas assouvis dans le cadre de la relation thérapeutique, ceux-ci pourraient ressentir une prédominance d'affects dysphoriques et être perturbés au point de réduire leur capacité à être empathiques, sensibles à la relation (« *responsive* ») et ultimement, à ressentir des contre-transferts variés.

Vulnérabilités d'attachement des thérapeutes. Les vulnérabilités narcissiques des thérapeutes ne constituent pas l'unique source de conflit ayant le potentiel d'influencer le cours de la thérapie. À l'aide d'une stratégie d'analyse qualitative (phénoménologique interprétative), Rizou et Giannouli (2020) ont récemment corroboré les résultats rapportés par Farber (2009) quant aux liens positifs généralement observés entre la sécurité d'attachement des thérapeutes et leur capacité à créer un environnement favorisant le travail thérapeutique (*secure base*), et inversement, entre l'insécurité d'attachement et la difficulté à établir une bonne alliance thérapeutique. En accord avec les plus récents écrits empiriques concernant l'effet médiateur de la capacité réflexive sur le lien entre l'insécurité d'attachement et les difficultés sur les plans de la régulation émotionnelle (Parada-Fernández et al., 2021) et les difficultés interpersonnelles (Hayden et al., 2019), Colognon et al. (2017) ont observé empiriquement que l'impact négatif de l'anxiété d'attachement des thérapeutes sur leur efficacité est moindre en présence d'une bonne capacité réflexive. Les auteurs n'ont toutefois pas observé de lien direct entre le style d'attachement des thérapeutes et leur efficacité.

À ce sujet, certains pourraient considérer l'apport clinique potentiel de sensibilités particulières liées aux traumatismes d'attachement de certains thérapeutes dans leur capacité à s'identifier à leurs clients. Par exemple, Tyrrell et al. (1999) ont observé empiriquement des liens positifs entre la composition de dyades client-thérapeute présentant des styles d'attachement différents, voire complémentaires (p. ex., anxieux et évitant), et la formation de l'alliance thérapeutique et sur l'efficacité de la thérapie. Cette idée, en concordance avec celle voulant que la capacité réflexive des thérapeutes modère le lien entre les insécurités d'attachement et leur efficacité (Cologon et al., 2017) est sans contredit des plus intéressantes. Malgré tout, Slade (2018) se dit fascinée par le manque d'études portant sur les nombreux impacts négatifs que peuvent avoir les insécurités d'attachement du thérapeute sur les divers aspects du processus thérapeutique compte tenu des impacts observées empiriquement quant à leur capacité à être des différences existant entre les thérapeutes quant à leur capacité réflexive (Ensink et al., 2013) et des multiples façons dont elles peuvent être réactivées en relation avec le client (Dozier et al., 1994).

Attachement et variabilité du contre-transfert. Plusieurs études soutiennent empiriquement l'idée que le style d'attachement des thérapeutes a le potentiel de s'activer dans la relation thérapeutique, notamment en modulant de façon prédictible leurs réactions envers leur client (Talia et al., 2019; Wallin, 2007). À titre d'exemple, Wallin (2014) suggère que les thérapeutes qui sont portés à se distancier de leurs affects et de ceux de leurs clients et qui sont particulièrement sensibles au rejet et à la critique pourraient, de manière inconsciente, chercher à s'en protéger via des agissements contre-transférentiels

tels que l'évitement de leurs réactions affectives (p. ex., coupure émotionnelle). En accord partiel avec les observations de Mohr et al. (2005), l'auteur précise que ces thérapeutes, possiblement aux prises avec un style d'attachement préoccupé, sont à même d'agir et réagir avec la visée consciente ou inconsciente de s'assurer de la satisfaction et/ou de l'approbation de leurs clients et ainsi éviter qu'ils quittent la thérapie via, par exemple, un patron plus ou moins rigide de contre-transfert maternant (p. ex., réassurance, suractivation, accommodations multiples). Par ailleurs, les résultats préliminaires obtenus par Mohr et al. (2005), mais en contradiction avec l'absence d'effet observé par Ligiéro et Gelso (2002), suggèrent que l'insécurité d'attachement pourrait constituer l'un des déterminants des manifestations affectives du contre-transfert. Plus précisément, ils ont observé une relation positive entre l'attachement détaché (*dismissing*) des thérapeutes et la prédominance d'un contre-transfert hostile, tel qu'évalué par leur superviseur. De plus, ils ont observé que l'interaction entre les clients dont l'attachement est préoccupé (*preoccupied*) et les thérapeutes dont l'attachement est craintif (*fearful*) ou détaché (*dismissing*) prédisait aussi une prédominance de contre-transfert hostile. En résumé, il semble plausible de faire le lien entre l'attachement des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert, bien que la nature de ces liens soit parfois contradictoire.

Degré de développement des représentations de soi et des autres et variabilité du contre-transfert. Compte tenu des limites du pouvoir prédictif de la théorie de l'attachement soulevées par Levy et Blatt (1999), d'autres concepts susceptibles de capter les variations en termes de sous-développement des représentations de l'autre et de soi

pourraient apporter une contribution importante. Les résultats préliminaires de Werbart et al. (2018) montrent empiriquement que les caractéristiques anaclitiques et introjectives des thérapeutes ont, en interaction avec celles des clients, un effet sur l'efficacité de la thérapie. Ces résultats suggèrent que le degré de développement reflété par ces caractéristiques pourrait avoir un impact sur l'expérience de contre-transfert. Enfin, l'influence du degré de sous-développement du soi tel qu'indiqué par la gravité de la pathologie du narcissisme sur le contre-transfert a été évoquée sur le plan théorique par Coburn (1998) et Barth (1988) et demeure compatible avec l'idée de sous-développement des représentations de soi entretenue par Levy et Blatt (1999). Malheureusement, les résultats de Werbart et al. (2018) ne permettent pas d'identifier de quelle façon les caractéristiques anaclitiques et introjectives des thérapeutes sont liées à leur expérience de contre-transfert, notamment en termes de variabilité du contre-transfert.

En contrepartie, en appui à l'idée que les vulnérabilités personnelles des thérapeutes ont le potentiel d'influencer leur expérience de contre-transfert, et plus précisément la variabilité du contre-transfert, les résultats d'autres études empiriques ont permis de mettre en évidence que celles-ci interfèrent généralement moins négativement avec le processus thérapeutique chez ceux qui sont dotés de caractéristiques personnelles associées à une gestion efficace du contre-transfert (Hayes et al., 2018; Van Wagoner et al., 1991).

La gestion du contre-transfert

Afin de pouvoir utiliser l'expérience de contre-transfert au service de la thérapie, il est généralement admis que les thérapeutes doivent être en mesure de ressentir, contenir et analyser en profondeur leurs affects de façon à en saisir le sens en termes de ce qui se passe dans la relation thérapeutique et, lorsque pertinent, de communiquer cette compréhension au client par le biais d'interventions ajustées à l'ici et maintenant (Gabbard, 2001; Tansey et Burke, 1989). En s'inspirant de leurs travaux portant sur les liens entre l'identification projective et l'empathie, Tansey et Burke (1989) ont élaboré un modèle théorique détaillant les diverses composantes d'une gestion efficace du contre-transfert afin de soutenir les thérapeutes, novices comme expérimentés, dans la réalisation de cette entreprise. Ce modèle théorique, qui est d'abord présenté, prend la forme d'un processus séquentiel de gestion du contre-transfert. Or, l'intérêt d'intégrer ce modèle dans la présente étude réside dans le fait qu'il articule les diverses façons dont les opérations défensives des thérapeutes sont à même d'influencer leur expérience de contre-transfert et plus spécifiquement, la variabilité du contre-transfert.

De façon complémentaire, d'autres auteurs ont identifié que certaines caractéristiques personnelles des thérapeutes seraient positivement liées à une gestion efficace du contre-transfert, lesquelles seront ensuite présentées. Ces différents modèles offrent ainsi une assise théorique permettant, en partie, de mieux comprendre pourquoi et comment les thérapeutes diffèrent quant à leur capacité à ressentir une variabilité du contre-transfert.

Processus séquentiel de gestion du contre-transfert

Le processus séquentiel de gestion du contre-transfert proposé par Tansey et Burke (1989), bien qu'il soit critiqué (Maroda, 2004), demeure à notre connaissance le plus complet et le plus pertinent répertorié à ce jour concernant la manière dont les processus intra-individuels des thérapeutes sont impliqués dans la gestion efficace du contre-transfert. Ce modèle repose sur la prémisse que la gestion du contre-transfert est un processus fluide et dynamique ayant pour but de restaurer le processus empathique qui a été interrompu momentanément par les défenses et résistances du thérapeute. Ce processus se fait en trois phases distinctes : 1) la réception de l'affect, 2) le traitement interne de l'affect et 3) la communication. Ainsi, en suivant ces étapes, le thérapeute pourra retrouver l'accès à son empathie ainsi qu'au sens clinique des contenus affectifs évoqués chez lui dans l'interaction avec le client, dont la compréhension est nécessaire à la bonne conduite du processus thérapeutique. Les exemples utilisés afin d'illustrer les concepts présentés sont tirés de l'ouvrage duquel ces concepts ont été repris (Tansey et Burke, 1989).

Phase de réception. Selon les auteurs, la première étape qu'est la phase de réception est la plus importante en ce qu'elle est déterminante pour la gestion du contre-transfert et ultimement au retour de l'empathie. Elle se découpe en trois sous-phases devant être franchies par le thérapeute afin qu'il soit en mesure de recevoir et de ressentir les parties de lui-même qui ont été stimulées par les identifications projectives du patient – et ainsi favoriser une plus grande variabilité du contre-transfert.

Écoute flottante. Cette étape reprend la notion centrale d'écoute flottante amenée par Freud (2003) et implique dans un premier temps une certaine disposition mentale du thérapeute lui permettant de demeurer en contact constant avec son monde interne à la façon d'une écoute flottante idéalement exempte de censure (Sandler, 1976). Les auteurs soulignent l'importance d'une bonne connaissance personnelle des éléments ayant le potentiel d'interférer avec cette disposition, qui peuvent être de deux types, soit : a) issus des conflits non résolus du thérapeute ou b) situationnels. Le premier type d'interférence réfère à l'influence négative des conflits non résolus des thérapeutes sur leur capacité à rester en contact avec leur monde interne (p. ex., un thérapeute ayant une propension à douter de sa compétence et qui, face à l'ambivalence envers la thérapie d'un client qu'il rencontre pour la première fois, n'arrive plus à recevoir les pressions affectives inconscientes sous-jacentes à cette ambivalence, étant trop préoccupé par son manque de compétence).

Le deuxième type d'interférence diffère du premier en ce qu'il n'est pas lié à la personnalité du thérapeute, mais est situationnel et lorsque transitoire, est généralement moins dommageable que celles provenant des vulnérabilités personnelles des thérapeutes, car moins susceptibles de se traduire en un style de contre-transfert limité et rigide. Ces interférences peuvent être d'ordre personnelles (p. ex., fatigue, préoccupations familiales) ou encore en lien avec des éléments liés à la pratique (p. ex., horaire de travail trop chargé, appréhension ou excitation face à une prochaine séance avec un client, appel d'un patient en crise juste avant une séance).

Accueil et tolérance des pressions affectives. La phase de réception implique dans un deuxième temps que le thérapeute puisse se permettre de ressentir et de tolérer les pressions affectives issues de l'identification projective du patient. Comme pour la précédente, cette partie de la phase de réception peut être arrêtée de deux façons, soit par :

a) l'adoption d'une posture rigide ou contrôlante du thérapeute refusant consciemment ou inconsciemment d'être influencé affectivement par son patient (p. ex., face à une cliente remettant l'efficacité de la thérapie en question, le thérapeute trop en contact avec son sentiment d'être rejeté par celle-ci, répond avec une irritation dans la voix et détourne la conversation, au lieu d'accueillir la colère ressentie par la patiente envers lui ou son découragement face à la thérapie et y réagir). Cette posture empêche l'élaboration du contenu affectif chez lui et chez elle, et détourne les associations libres de la cliente, soit en limitant certains comportements ou en niant l'expérience affective de la cliente (ressentie à l'endroit de la thérapie ou par extension, à son endroit). Cette partie de la phase de réception peut aussi être interrompue par b) l'adoption d'une posture passive du thérapeute, qui peut entrer dans une forme de collusion avec les défenses du client, ce qui en retour compromet le travail thérapeutique (Bálint, 1969). De fait, une telle posture favorise la reproduction des « scènes traumatisantes » du passé du client, plutôt qu'une appropriation des contenus affectifs et besoins inconscients sous-jacents à celles-ci (p. ex., ne pas intervenir sur les comportements autodestructeurs du patient alors que ceux-ci lui sont préjudiciables ou encore, ne pas aborder les attaques au cadre alors qu'elles génèrent du ressentiment chez le thérapeute risquant, éventuellement, de transparaître dans la relation et traumatiser le patient à nouveau).

Traitement de la pression affective. À cette ultime étape de la phase de réception, le thérapeute qui a été en mesure de percevoir, ressentir et de tolérer les pressions affectives émises par le patient, lesquelles sont désormais considérées comme ayant été introjectées, doit maintenant accepter de se laisser – au moins minimalement- influencer personnellement par celles-ci. Le thérapeute qui refuse à cette étape de se laisser « prendre d’assaut » émotionnellement, que ce soit à cause d’un trop grand inconfort (p. ex., s’il est en proie à la rage du patient) ou parce qu’il se trouve en fait gratifié par les défenses de ce dernier (p. ex., s’il est idéalisé), entrera dans un mode défensif. Dans le premier cas de figure, il pourrait devenir « trop gentil » ou « éviter » de confronter les défenses du client pour apaiser la culpabilité liée à ses fantasmes sadiques envers lui, ou dans le deuxième cas, adopter une posture très formelle afin de le dégager du plaisir ressenti. Un arrêt dans l’une ou l’autre de ces sous-phases aurait le potentiel d’interrompre le processus de rétablissement de l’empathie compte tenu de l’impossibilité de poursuivre la résolution à la phase suivante : la phase de traitement interne. De la même façon, un refus chronique de se laisser mouvoir par le thérapeute limitera sa capacité à ressentir une variété de contre-transferts.

Phase de traitement interne. Dans cette deuxième phase de traitement, le thérapeute qui a été en mesure de recevoir et de ressentir l’expérience affective (accomplissement de la phase de réception) est désormais appelé à 1) la contenir, 2) la comprendre et 3) s’y connecter empathiquement de façon à saisir le sens de ces réactions dans le contexte de la relation thérapeutique. Ces étapes permettront encore une fois de

restaurer le processus empathique qui aurait préalablement été interrompu, mais également de contribuer à une plus grande variabilité du contre-transfert.

Contenir. À cette étape, le thérapeute doit continuer de tolérer en toute conscience ses ressentis, pensées, fantasmes évoqués en lien avec lui-même, son client et leur relation pour éventuellement être en mesure de se distancer suffisamment de l'expérience pour mieux la regarder – il doit adopter une attitude de curiosité face à son expérience subjective pour amorcer le travail d'objectivation de celle-ci. Cette phase pourrait elle aussi être interrompue par une décharge défensive face à ses composantes (p. ex., le thérapeute conscient de son sentiment d'être trop peu aidant pour son client pourrait lui répondre quelque chose de rationalisé à savoir qu'« une stagnation était attendue à ce point-ci de la thérapie » pour s'en dégager). Le succès de cette phase dépend étroitement de sa capacité à retenir les injonctions du Surmoi (en acceptant de se voir momentanément comme étant un thérapeute imparfait), à considérer le ressenti comme n'étant pas une menace à l'estime, mais plutôt comme étant une altération temporaire, et à continuer de tenter de s'appropriier pleinement son expérience subjective comme étant sienne (versus se considérer comme une victime de son client).

Formulation et compréhension des réactions en fonction de « modèles opérants internes ». Cette phase consiste à tenter d'élaborer une compréhension des réactions en la formulant de façon à considérer : 1) les modèles opérants internes du patient (p. ex., ses souvenirs, ses expériences, ses valeurs et ses fantasmes) et 2) les modèles opérants

internes du thérapeute spécifiques à l'interaction thérapeutique entre eux (p. ex., l'histoire de la relation thérapeutique). Compte tenu des contributions respectives du client et du thérapeute dans l'expérience de contre-transfert (Cutler, 1958; Rosenberger et Hayes, 2002; Tishby et Vered, 2011), le succès de cette phase dépend ici de la capacité du thérapeute à tenir compte des deux types de modèles opérants internes (*working model* ou *internal replica*; Greenson, 1960) dans sa compréhension de ses réactions subjectives, mais aussi d'en relayer un ou l'autre à l'arrière-plan. En revanche, il échouera s'il ne tient compte que de l'un d'eux, ou s'il n'en tient pas compte du tout (p. ex., le thérapeute qui ressent une grande frustration face à un client qui demande fréquemment de changer l'horaire des séances pourrait passer à côté d'une compréhension approfondie des dynamiques relationnelles réellement en jeu s'il ne prenait pas le temps de reconnaître son sentiment d'être contrôlé par le client, de le mettre de côté, et de se connecter à l'histoire du patient - ce qui lui permettrait de se souvenir de l'importance du temps dans sa relation avec son père dont l'horaire était trop chargé pour passer du temps avec lui). La capacité du thérapeute à conceptualiser ses réactions affectives a été liée à une meilleure gestion de l'expérience de contre-transfert en ce qu'elle lui permet de se dégager de son emprise (cet aspect est détaillé plus bas).

Rétablir la connexion empathique. Une fois la phase précédente complétée, le thérapeute est à même d'examiner la façon dont son vécu expérientiel subjectif se rallie à celui de son client – reprenant ici les concepts clés de Racker (1957) concernant l'identification concordante et complémentaire. En continuité avec la sous-phase

précédente, sa tâche est donc de tenter de contextualiser son vécu dans l'une ou l'autre de ces identifications (ou les deux). Le succès de cette phase sera déterminé par la capacité du thérapeute à accéder aux éléments que le client tente inconsciemment de communiquer dans la relation, à déterminer l'importance de ces communications à ce moment précis de la thérapie et à s'identifier à l'expérience du client de façon à (r)établir la connexion empathique. L'importance de l'empathie et de la sensibilité (*responsiveness*) dans la gestion du contre-transfert a été soulignée par maints auteurs, remontant à aussi loin que Ferenczi (1928), qui allait jusqu'à lier la capacité de « sentir avec » (« Einfühlung », Bokanowski, 2011, p. 397) à l'efficacité thérapeutique en ce qu'elle faciliterait la régression du client. Comme l'avancé Racker, cette sous-phase peut être interrompue si le thérapeute n'arrive pas à reconnaître des ressentis analogues à ceux du client en lui-même.

Phase de communication. Lorsque pertinent, la troisième phase implique la communication au client d'une compréhension dynamique issue des phases préalables et inspirées des éléments transférentiels et contre-transférentiels relevés lors de la phase de traitement par le biais d'interventions thérapeutiques ajustées à l'ici et maintenant (Tansey et Burke, 1989). Ces interventions peuvent être interprétatives ou non. Dans le contexte de la présente étude, la phase de communication ne sera pas élaborée puisqu'elle excède le sujet d'étude.

Le modèle théorique proposé par Tansey et Burke (1989) appuie l'idée avancée par Ferenczi voulant que le travail du thérapeute consiste principalement à s'abstenir de rechercher des gratifications narcissiques auprès de ses clients, faire preuve d'une humilité sincère et surtout, d'alterner fluidement entre l'auto-observation et l'empathie (Szecsödy, 2007). Sous forme de guide, leur modèle théorique permet d'établir un idéal précis et concret en matière de gestion du contre-transfert. Malgré cela, plusieurs études de cas relatent la difficulté momentanée de thérapeutes chevronnés à ressentir, contenir et comprendre leurs réactions affectives, et ce, malgré leur efficacité habituelle (Freud, 1905; Gabbard, 2001; Jacobs, 1986; Lion et Pasternak, 1973), alors que d'autres thérapeutes, dits excellents, se distingueraient par leur capacité exceptionnelle à y parvenir. Selon Van Wagoner et al. (1991), cette capacité serait tributaire d'un ensemble de caractéristiques personnelles particulièrement présentes chez certains thérapeutes, soit l'empathie, la conscience de soi, l'intégration de l'identité, la gestion de l'anxiété et les capacités de conceptualisation. Bien qu'aucune étude connue n'ait lié les modèles de Tansey et Burke (1989) et de Van Wagoner et al. (1991), on pourrait par ailleurs s'imaginer que les thérapeutes possédant ces caractéristiques sont plus aptes à naviguer au travers des différentes phases du processus séquentiel de gestion du contre-transfert proposé par Tansey et Burke.

Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert

Compte tenu de l'intérêt évident d'approfondir les connaissances au sujet des liens et mécanismes d'influence de ces caractéristiques sur l'expérience de contre-transfert des

thérapeutes, et plus précisément sur la variabilité du contre-transfert dans le contexte de la présente étude, une description plus détaillée de celles-ci est présentée.

Empathie. La capacité empathique du thérapeute réfère à sa capacité à s'identifier partiellement et temporairement à son client afin de bien saisir son expérience quant à ses sentiments et ses perceptions (Hayes et al., 2011). En étudiant les liens entre la capacité empathique du thérapeute et la gestion du contre-transfert au moyen de vignettes cliniques, Peabody et Gelso (1982) ont pu observer que l'empathie des thérapeutes était positivement liée à une attitude d'ouverture face aux sentiments conflictuels ressentis envers leur client. Inversement, les auteurs ont observé un lien négatif entre l'empathie et l'agissement du contre-transfert. À plus forte raison, ces découvertes soutiennent l'hypothèse selon laquelle la capacité empathique des thérapeutes peut expliquer, du moins en partie, la manière dont le contre-transfert est vécu ainsi que les difficultés rencontrées dans sa gestion.

Tansey et Burke (1989) suggèrent que le processus d'identification impliqué dans l'empathie nécessite que les frontières du soi du thérapeute soient suffisamment définies, ce qui lui confère la capacité de recevoir les projections des clients grâce à son aptitude à régresser momentanément, à départager ce qui lui appartient et ce qui appartient au client, et à le lui rendre sous une forme assimilable et signifiante. Pour Tansey et Burke, la restauration de l'empathie marque la résolution des enjeux liés au contre-transfert. Allant dans ce sens, les résultats préliminaires de Hayes, Gelso, Wagoner, et Diemer (1991) ont

permis d'appuyer empiriquement l'idée que l'habileté à gérer efficacement le contre-transfert est non seulement tributaire de la capacité empathique des thérapeutes, mais également d'autres caractéristiques émanant de leur personnalité. Notamment, il semblerait que les vulnérabilités des thérapeutes possédant une bonne conscience de soi (*self-insight*) et dont les représentations de soi sont intégrées (*self-integration*), faisant référence à une structure de personnalité intacte, unifiée, stable et différenciée (idée souvent résumée en termes de « bonne santé mentale »), interfèrent moins souvent dans le processus thérapeutique.

Conscience de soi. La conscience de soi du thérapeute correspond à la capacité de ce dernier à prendre conscience, à élaborer et à comprendre ses ressentis en termes de ses motivations et de ses pensées, qu'elles soient évoquées par les clients ou par ses propres vulnérabilités (Hayes et al., 2018). En outre, une bonne conscience de soi implique une bonne connaissance de ses limites en tant que thérapeute, ceci incluant ses sensibilités, ses défenses et ses propres patrons relationnels. Du point de vue clinique et empirique, cette caractéristique, l'une des plus essentielles à posséder selon plusieurs auteurs (Freud, 1910; Gelso et Perez-Rojas, 2017), serait particulièrement importante dans la gestion du contre-transfert en ce qu'elle permet au thérapeute de distinguer plus habilement ses réactions subjectives de ses réactions objectives. À cet effet, Robertiello et Schoenewolf (1987) suggéraient qu'une bonne connaissance de ses propres « réflexes » a le potentiel de prévenir « l'engloutissement » du thérapeute dans des réactions contre-transférentielles trop intenses ou du moins, facilite la gestion de celles-ci avant qu'elles ne portent de

véritables préjugés envers la thérapie. De fait, bien que parfois contradictoires, les conclusions de plusieurs études soutiennent empiriquement l'idée que la conscience de soi enrichit l'expérience émotionnelle (Silvia, 2002) et est liée à une meilleure régulation émotionnelle (notamment via une évaluation plus ajustée des causes; Leary et Gohar, 2014). Aussi, compte tenu des liens positifs observés entre la méditation et la régulation émotionnelle (Corcoran et al., 2010; Davis et Hayes, 2011), Fatter et Hayes (2013) ont cherché à documenter les liens entre la méditation et la conscience de soi dans le contexte thérapeutique. Ils ont observé que la fréquence des séances de méditation et le nombre d'heures de méditation par semaine prédisaient une meilleure conscience de soi chez les thérapeutes. Plus récemment, ces mêmes auteurs ont récemment conduit une méta-analyse qui a permis de mettre en lumière l'importance de la conscience de soi sur l'efficacité thérapeutique, réitérant l'importance de demeurer honnête, impartial et persistant dans l'auto-observation de ses affects pour accroître la qualité des interventions (p. ex., en permettant des interventions plus ajustées; Hayes et al., 2018).

Représentations de soi intégrées. Pour gérer adéquatement son contre-transfert et être en mesure de s'identifier empathiquement à son client, les représentations de soi du thérapeute doivent être généralement complètes et intégrées et ce, même en contact avec des clients dont l'identité est instable et seulement partiellement consolidée (Gelso et Perez-Rojas, 2017). Cette caractéristique reprend la conception de Blatt (1999) selon laquelle un degré insuffisant d'intégration des aspects du soi peut être indicatif de vulnérabilités sur les plans relationnel et de la régulation de l'estime de soi. Ainsi, des

frontières du soi insuffisamment définies pourraient entraîner une sur-identification au client et ainsi avoir un impact sur sa manière de le percevoir et d'interagir avec celui-ci, par exemple en n'étant pas apte à fournir un point de vue différent du sien ou en agissant son contre-transfert étant donné une difficulté à déterminer la source de son ressenti et de ses perceptions ou de conserver une distance affective lorsque les vulnérabilités personnelles sont réactivées. De fait, les conclusions de la méta-analyse conduite par Hayes et al. (2018) soulignent l'importance que les thérapeutes travaillent leurs propres vulnérabilités dans le cadre d'une thérapie personnelle pour favoriser l'intégration de l'identité, et ce, surtout lorsqu'ils sont aux prises avec une difficulté à ressentir une variété de contre-transfert en termes de nature et d'intensité. En plus de l'empathie, de la conscience de soi et de l'intégration de l'identité, Van Wagoner et al. (1991) ont observé que les thérapeutes qui ont une meilleure gestion de leur anxiété et qui possèdent de bonnes capacités de conceptualisation théorique gèrent plus efficacement leur contre-transfert.

Gestion de l'anxiété. Que l'anxiété ressentie par le thérapeute à un moment ou à un autre de la thérapie découle de la réactivation momentanée de ses vulnérabilités personnelles ou qu'elle soit un trait stable chez celui-ci, la gestion de l'anxiété est positivement associée à la gestion efficace du contre-transfert. Plus précisément, Hayes, Gelso, Wagoner, et Diemer (1991) ont identifié que la capacité du thérapeute à ressentir et comprendre les sources de son anxiété sans être submergé par celle-ci et en conservant une présence bienveillante face au client en constituait les critères. En appui à cette

affirmation, plusieurs auteurs ont observé une relation positive entre l'anxiété évoquée par les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et l'agissement de leur contre-transfert en termes d'évitement expérientiel et comportemental (p. ex., le thérapeute qui évite d'aborder des sujets lui générant de l'anxiété; évite de faire des interventions nécessaires, mais délicates; change de sujet; Gamsky et Farwell, 1966; Hayes et Gelso, 1993; Yulis et Kiesler, 1968).

Capacités de conceptualisation. Ces auteurs considèrent également que pour bien gérer son contre-transfert, le thérapeute doit être en mesure de se dégager de l'emprise émotionnelle de son contre-transfert (gestion de l'anxiété) pour mieux l'intégrer à sa compréhension des dynamiques de son client, de la relation thérapeutique et du processus, selon un cadre conceptuel spécifique. Cet exercice irait de pair avec une bonne conscience de soi (voir ci-dessus) étant donné l'importance d'une perception complète et précise de son ressenti afin de bien l'interpréter. En appui à cette idée, certaines études empiriques ont souligné qu'une approche intellectuelle de la gestion du contre-transfert est inefficace et qu'en l'absence d'une bonne conscience de soi, les capacités de conceptualisation du thérapeute sont insuffisantes, voire préjudiciable à la gestion du contre-transfert (Hofsess et Tracey, 2010; Latts et Gelso, 1995; Robbins et Jolkovski, 1987). Par ailleurs, la conceptualisation du contre-transfert se distingue du mouvement défensif d'intellectualisation, dont la fonction est de donner une formulation raisonnée à ses affects afin de mieux s'en distancer (Laplanche et Pontalis, 1967) par le fait que le thérapeute inclut ses réactions émotionnelles dans sa compréhension du client.

Conclusion du contexte théorique

La littérature théorique et empirique portant sur le contre-transfert différencie, sur la base de leurs origines respectives, au moins deux types de contre-transfert : un contre-transfert subjectif, qui est mieux expliqué par les vulnérabilités personnelles du thérapeute et un contre-transfert objectif, qui est mieux expliqué par les enjeux du client. À ce sujet, plusieurs auteurs suggèrent que le contre-transfert peut porter préjudice à la thérapie s'il n'est pas repéré et géré à temps. À l'inverse, il est largement admis que lorsque bien géré, le contre-transfert est un outil pouvant être mis à profit pour la thérapie en ce qu'il peut informer sur les dynamiques du client, mais seulement si le thérapeute est suffisamment en contact avec son monde interne pour en prendre conscience. Or, on sait à ce sujet que les thérapeutes diffèrent entre eux quant à se laisser mouvoir par le client et à ressentir des contre-transferts variés. En effet, des études ont démontré empiriquement que chaque thérapeute possède un « univers émotionnel » ou un « style de contre-transfert » qui le définit et qui diffère notamment en termes de la capacité à ressentir une variété de contre-transferts. Lorsque limités dans une trop grande mesure à certaines émotions ou à certaines intensités, des auteurs ont observé que ces styles interfèreraient avec la capacité à répondre fluidement aux événements survenant au cours de la thérapie (*responsiveness*), établir et maintenir une bonne alliance thérapeutique, identifier avec justesse et sensibilité les ressentis des clients et ultimement, avec l'efficacité du thérapeute. À ce sujet, des auteurs ont émis l'hypothèse que certaines vulnérabilités personnelles des thérapeutes pourraient influencer leur façon de vivre leurs réactions affectives en thérapie, qui peut être plus ou moins rigide et limitée. Parmi celles-ci, les vulnérabilités sur le plan du narcissisme, de

l'attachement, de la régulation des besoins soi-objet et du degré d'intégration des représentations ont été identifiées de façon théorique ou empirique comme étant négativement liées à l'expérience de contre-transfert, mais les liens avec la variabilité du contre-transfert n'ont, à ce jour, jamais été étudiés. Bien que prometteuses, les études portant sur la variabilité du contre-transfert sont peu nombreuses, comportent des limites méthodologiques restreignant la portée de leurs résultats et ne permettent pas encore de préciser ses déterminants spécifiques.

En parallèle, des auteurs ont identifié que certaines caractéristiques, soit l'empathie, la gestion de l'anxiété, l'intégration de l'identité, les capacités de conceptualisation et la conscience de soi des thérapeutes permettent d'expliquer, du moins en partie, pourquoi certains thérapeutes ont plus de facilité à gérer leurs réactions affectives. Or, aucune étude ne s'est intéressée aux liens entre ces caractéristiques et la variabilité du contre-transfert spécifiquement. Par ailleurs, ces auteurs considèrent que ces caractéristiques pourraient modérer le lien entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et leurs manifestations dans leur expérience de contre-transfert, mais ce lien n'a pas été retrouvé dans toutes les études sur le sujet.

Formulation des objectifs de l'étude

Les sources théoriques et empiriques présentées précédemment suggèrent que les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont liées à leurs expériences contre-transférentielles et que l'ampleur de ces vulnérabilités est à même de moduler leur capacité à être réceptifs (*responsive*) à la diversité des communications affectives des clients. Bien que parfois contradictoires, les conclusions des études consultées suggèrent, hypothétiquement ou empiriquement, un lien négatif entre certaines vulnérabilités personnelles des thérapeutes et leur capacité à expérimenter une variété de contre-transfert. Ces sources suggèrent par ailleurs que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert des thérapeutes leur permettent de tolérer et d'utiliser les expériences affectives induites en eux au contact des divers clients et donc, que ces caractéristiques devraient être positivement associées à la variabilité de leurs expériences contre-transférentielles. Prenant en considération l'ensemble de ces éléments, il devient plausible de supposer que le lien négatif entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité de leurs contre-transferts sera d'autant plus prononcé que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert seront faibles ou déficientes. Découlant de ce rationnel, les objectifs de la présente étude étaient de 1) documenter la variabilité intra individuelle du contre-transfert des thérapeutes, 2) vérifier les liens entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité de leurs expériences contre-transférentielles et 3) vérifier si ces liens sont modérés par les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert.

Questions de recherche

1. Est-ce que les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont associées à la variabilité intra-individuelle du contre-transfert?
2. Est-ce que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert exercent un effet modérateur sur le lien entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité intra-individuelle du contre-transfert?

Hypothèses

Effet principal : Il est attendu que la classe de vulnérabilités personnelles sera négativement liée aux scores de variabilité intra-individuelle du contre-transfert (variabilité générale; contre-transferts positifs, contre-transferts négatifs).

Effet d'interaction : Il est attendu que l'ensemble des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert exercent un effet de modulation sur le lien négatif entre la classe de vulnérabilités personnelles et les scores de variabilité intra-individuelle du contre-transfert (variabilité générale; contre-transferts positifs, contre-transferts négatifs).

Méthode

Cette section décrit les choix méthodologiques effectués pour répondre aux objectifs de la présente étude. Elle se découpe en quatre parties : 1) le devis de recherche, 2) le recrutement des participants, 3) le déroulement et 4) les instruments de mesure.

Devis de l'étude

Choix du devis

Compte tenu de l'objectif principal de l'étude qui était de documenter, de la façon la plus objective et systématique possible, la variabilité intra-individuelle du contre-transfert et ses relations avec diverses caractéristiques des thérapeutes tout en tenant compte des diverses limites susmentionnées relevées dans la littérature, la présente étude s'inscrit dans un double devis. En effet, compte tenu des besoins spécifiques de la présente étude, la combinaison d'un plan de recherche expérimental à mesures répétées suivi d'un plan de recherche corrélationnel a été privilégiée.

Plan expérimental à mesures répétées. Dans un premier temps, afin de calculer la variable dépendante à l'étude (les scores de variabilité intra-individuelle du contre-transfert), nous avons eu recours à un plan expérimental à mesures répétées. L'un des avantages d'un tel plan de recherche est qu'il est possible de contrôler la variable dépendante afin d'augmenter la validité des résultats, ce que nous avons fait par

l'intermédiaire de stimuli réalistes, mais fictifs, préparés expressément pour l'étude (Appendices J à R).

Plan corrélational. Ensuite, afin de documenter 1) les liens entre les variables dépendantes et indépendantes et 2) l'effet de la variable modératrice sur ces liens, nous avons eu recours à un plan corrélational où des analyses de classes latentes ainsi que des analyses de régression multiple hiérarchiques ont été effectuées.

Élaboration des stimuli

À défaut d'avoir accès à des séquences réelles de thérapie, des vignettes cliniques fictives représentant trois clients à trois moments différents de la thérapie ont été créées. Dans leur revue de la littérature empirique portant sur l'étude du contre-transfert, Fauth et Hayes (2006) ont émis des recommandations à l'intention des chercheurs dans le but d'augmenter la validité externe des études en laboratoire portant sur le contre-transfert. Parmi celles-ci, les auteurs recommandent à ceux qui souhaitent faire l'usage de vignettes cliniques de tenter de recréer le plus fidèlement possible des situations de thérapies réelles en ayant, par exemple, recours à des clients volontaires ou à des acteurs professionnels pour jouer les clients. Il était également recommandé de tenter de recréer des contenus réalistes en prenant soin d'inclure une attention particulière aux communications non verbales.

Acteurs professionnels. Les services de trois acteurs professionnels membres de l'Union des artistes (UDA) ont été retenus sur la base de leur compétence dans la reproduction réaliste des contenus abordés. Ils ont été rémunérés à partir des fonds du directeur de recherche.

Création des vignettes. Toujours en suivant les recommandations de Fauth et Hayes (2006) et en accord avec les connaissances empiriques sur le sujet, le contenu des vignettes a été élaboré dans le but de permettre aux participants de ressentir une variété de réactions contre-transférentielles en termes de nature et d'intensité. Plus précisément, les choix effectués concernant les clients et les scénarios ont été inspirés des conclusions de plusieurs auteurs au sujet des caractéristiques des clients et des types d'interaction les plus à même d'évoquer des réactions affectives chez les thérapeutes, telles que les fluctuations sur le plan du rétablissement, l'hostilité, les critiques et les propos dévaluants envers le thérapeute, le niveau de détresse rapporté et les propos suicidaires, l'isolement social, et de façon plus générale, les présentations limite, narcissique, et dépressive (Allen et al., 1986; Holmqvist et Armelius, 2006; Røssberg et al., 2010; Tanzilli et al., 2017). Pour en augmenter le réalisme, les scénarios ont aussi été inspirés de la combinaison d'événements qui se sont réellement produits lors de séances de psychothérapie avec un vaste ensemble de clients de manière à représenter une variété de problématiques, de contenus et de trajectoires de suivi. De plus, pour s'assurer d'une représentativité de la clientèle habituelle, qui est d'ordinaire composée d'une plus grande proportion de femmes que d'hommes (Turcotte, 2011), les clients représentés dans les vignettes sont deux

femmes et un homme. La séquence de présentation des vignettes a été établie de façon aléatoire, mais a été la même pour tous les participants.

Aussi, pour aider les participants dans leur tâche qui était de s'imaginer dans la peau des thérapeutes, les vignettes ont été filmées de façon à ne voir que le client, qui s'adresse à la caméra (comme s'il parlait au thérapeute). À ce sujet, la durée des séquences a été réfléchi dans le but de représenter de façon réaliste une portion de séance où le thérapeute n'intervient pas, tout en étant assez longue pour évoquer des réactions chez les participants. La durée des neuf (9) vignettes retenues pour l'étude allait de 1 min 42 à 2 min 45.

Finalement, afin de s'assurer de l'adéquation des vignettes en termes de qualité et de réalisme, celles-ci ont été révisées par un comité composé de trois psychologues expérimentés et de huit doctorants en psychologie clinique. Les recommandations émises par les membres du comité ont guidé l'élaboration des vignettes et la sélection finale des vignettes s'est faite à la suite de l'obtention d'un consensus auprès de la majorité de ses membres.

Participants

Critères d'admissibilité

Pour répondre aux objectifs de l'étude, les participants devaient exercer la profession de psychologue ou de psychothérapeute et être accrédités par l'Ordre des

Psychologues du Québec (OPQ), être doctorant en psychologie actuellement en voie de compléter les 1600 heures de pratique prévues à l'internat ou encore pratiquer la psychothérapie à titre de doctorant en psychologie, à condition d'être supervisé par un psychologue accrédité par l'OPQ. Les participants devaient également avoir une bonne maîtrise du français et se trouver dans un environnement immédiat propice à la participation au projet de recherche (être dans un endroit favorisant la concentration et permettant l'écoute de courtes séquences vidéo; avoir accès à une connexion internet de relativement bonne qualité avec la possibilité de se rendre sur le site YouTube).

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude, la taille de l'échantillon cible a été calculée selon les recommandations de Muthén et Muthén (2002) à l'aide de la version 8 du logiciel Mplus (Muthén et Muthén, 1997). Avec une taille d'échantillon de 100 sujets, il était possible de détecter un effet de taille moyenne avec une puissance de 80%, en acceptant un risque d'erreur de type I de 5%. Parmi les milliers de participants invités à participer, 234 personnes ont consenti aux termes de l'étude et ont entamé la complétion des questionnaires, mais de ce nombre, plus de la moitié a exercé son droit de retrait avant la fin de l'étude (50,8%). Ainsi, un nombre total de 115 participants a complété les deux parties de l'étude, mais puisqu'ils ne répondaient pas à certains critères d'admissibilité (c.-à-d., statut professionnel rapporté; non-respect des conditions expérimentales), quatre de ces participants n'ont pas été inclus dans les analyses.

Description de l'échantillon

Tel que rapporté dans le Tableau 1, l'échantillon de thérapeutes ($N = 111$) est composé d'une majorité de participants s'identifiant au genre féminin (79,3%). L'âge variait de 24 à 76 ans ($M = 40,22$; $ÉT = 13,91$). Des 111 participants, 51 sont des psychologues (45,9%), 36 sont des doctorants en psychologie clinique (32,4%) et 24 sont des membres de l'OPQ ayant une formation dans un autre domaine que la psychologie détenant un permis d'exercice de la psychothérapie (21,6%). L'expérience de pratique des participants varie de 700 heures à 33 ans, avec une moyenne de 6,8 années d'expérience ($ÉT = 9,25$ ans). De plus, les participants sont d'orientations théoriques variées : psychodynamique / analytique (33,3%), intégrative (27%), cognitive-comportementale (22,5%), humaniste (13,5%) et systémique (1,8%), et œuvrent dans divers secteurs de pratique : pratique privée (60,4%), publique (12,6%), mixte (14,4%).

Tableau 1*Données démographiques des participants*

	<i>N</i> = 111	%
Genre		
Femme	88	79,3
Homme	22	19,8
Non-binaire/fluide	1	0,9
Statut conjugal		
Célibataire	15	13,5
En couple/conjoint(e) de fait	66	59,5
Marié(e)	23	20,7
Séparé(e)/divorcé(e)	6	5,4
Veuf/veuve	1	0,9
Niveau de scolarité		
Doctorant en psychologie ou équivalent	36	32,4
Maîtrise en psychologie	16	14,4
Doctorat en psychologie	36	32,4
Formation autre domaine et autorisé à pratiquer	23	20,7
Pratique actuellement	106	95,5
Pratique au privé (incluant l'internat) ^a	70	66,0
Pratique au public (incluant l'internat) ^a	23	21,7
Pratique mixte (privé et public) ^a	16	15,1
Communautaire ^a	3	2,8
Approche théorique principale		
Psychodynamique/analytique	37	33,3
Humaniste	15	13,5
Cognitive et comportementale	25	22,5
Systémique	2	1,8
Intégrative	30	27,0

Note. *N* = 111. ^a < que *N* en raison des données manquantes – le calcul de la moyenne a été ajusté en conséquence.

Déroulement

Recrutement

Les participants ont été recrutés du 1^{er} octobre 2020 au 11 mai 2021 par l'entremise de courriels envoyés par l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) à ses membres dans le cadre de sa politique de soutien à la recherche (Appendice A). Les membres ont été invités à prendre connaissance de la lettre de présentation du projet jointe aux courriels et à partager l'invitation dans leur réseau.

L'invitation à participer à l'étude a également été partagée par courriel par l'intermédiaire de diverses listes de diffusion (p. ex., Société québécoise pour la recherche en psychologie, département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Association des psychologues du Québec, Association des psychothérapeutes du Québec) et de courriels personnalisés envoyés aux professionnels. Puis, les participants ont été sollicités par l'entremise de multiples publications diffusées sur les réseaux sociaux (p. ex., Facebook, LinkedIn) et via des publications monétisées diffusées sur la page Facebook du laboratoire de recherche dirigé par le Pr Descôteaux.

Participation

La participation se déroulait entièrement en ligne, par l'intermédiaire de la plateforme de sondage sécurisée LimeSurvey qui était accessible à l'aide d'un hyperlien. La plateforme a été sélectionnée sur la base de la gratuité et du fait que les données recueillies sont hébergées sur les serveurs de l'Université de Sherbrooke. Le déroulement

de la présente étude, ainsi que ses diverses composantes ont été approuvées par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke (numéro de référence du certificat : 2019-1515). Lorsque les participants se rendaient sur la page internet de l'étude, ils étaient d'abord invités à prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement (Appendice B), lequel renfermait toutes les informations quant au déroulement de l'étude et aux considérations éthiques liées à leur participation. À ce sujet, les participants ont notamment été informés des avantages et inconvénients découlant de leur participation et de leur droit de se retirer à n'importe quel moment. Ils ont également été invités à communiquer leurs questions, le cas échéant, à la chercheuse principale ou à son directeur de recherche, Pr Jean Descôteaux. Tel qu'indiqué à la fin du formulaire de consentement, le fait de répondre au sondage constituait leur autorisation à participer à l'étude.

Première partie. Une fois leur consentement obtenu, les participants étaient automatiquement redirigés vers la première partie de l'expérimentation qui consistait en la complétion de questionnaires autorévélés destinés à recueillir des informations démographiques et sur leur personnalité (attachement, narcissisme, besoins soi-objet, style de vulnérabilité dépressive, caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert). Au début de chaque questionnaire figurait la consigne à suivre pour y répondre. Pour cette partie de l'étude, dont la durée totale était d'un maximum de 30 minutes, les participants avaient la possibilité de prendre une pause en sauvegardant leurs réponses pour y revenir plus tard.

Deuxième partie. Une fois la première partie terminée, les participants étaient redirigés vers la seconde partie de l'étude, laquelle relevait de son volet expérimental. À ce moment, ils étaient avertis de l'impossibilité de suspendre la complétion de la deuxième partie en cours de route, de sorte qu'elle devait être complétée en une seule fois ou à un moment plus opportun. Ils avaient donc le choix de reporter leur participation (en sauvegardant l'hyperlien pour y revenir plus tard) ou de poursuivre. Le cas échéant, les participants souhaitant entamer cette deuxième partie étaient invités à entrer le code d'identification permettant de lier les réponses à celles obtenues lors de la première partie de l'étude de sorte que la participation demeurait anonyme.

Les participants étaient également avertis du fait que la qualité du son ainsi que son amplitude tendent à varier entre les vidéos et de la possibilité d'ajuster le son et d'activer le sous-titrage pour chacune d'elles. Les participants étaient également encouragés à utiliser l'option « plein écran » pour faciliter le visionnement. Finalement, afin d'augmenter la validité des résultats, les participants étaient invités à témoigner des conditions expérimentales en confirmant, ou en infirmant, avoir un environnement immédiat ainsi que l'accès aux ressources nécessaires à la participation à la tâche expérimentale (se situer dans un endroit calme et favorisant la concentration, détenir le matériel et les conditions permettant l'écoute de courtes séquences vidéos [p. ex., mettre des écouteurs, appareils auditifs], et avoir accès à une connexion internet de relativement bonne qualité et à YouTube).

Consigne. La consigne donnée aux participants était la suivante : « Votre tâche consistera à visionner neuf (9) séquences de psychothérapie représentant trois (3) clients, à différents moments d'un processus thérapeutique fictif. Pour chaque visionnement, nous vous demandons de vous imaginer à la place du thérapeute, comme s'il s'agissait de votre client. Nous vous invitons à demeurer attentif(ve) aux visionnements et à votre monde interne puisqu'après chacun des visionnements, vous serez appelé(e) à compléter une mesure en lien avec votre expérience émotionnelle personnelle et à en rapporter l'intensité. Prenez note que nous cherchons à en savoir plus sur vos réactions immédiates, spontanées ».

Aucune compensation financière n'était offerte aux participants, mais ceux-ci étaient invités à prendre part au tirage de quatre (4) cartes-cadeaux d'une valeur de 50\$ chacune à dépenser dans une librairie québécoise pour les remercier de leur participation. Pour s'inscrire au tirage, les participants étaient invités à inscrire leur adresse courriel à l'endroit indiqué sur une page apparaissant à la fin de l'étude. Afin de préserver la confidentialité des données recueillies aux divers questionnaires, la banque de données recueillant les adresses courriel était indépendante des autres banques de données. Le tirage s'est fait le 3 juin 2021 parmi les 98 personnes ayant témoigné leur intérêt à y participer et l'annonce des gagnants s'est faite par l'envoi de courriels aux quatre personnes sélectionnées. La transmission des prix s'est faite de la même façon.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique créé expressément pour les besoins de la présente étude a été utilisé dans le but de colliger des informations descriptives sur les participants sur les plans personnel (p. ex., genre, âge, expérience de thérapie personnelle, etc.) et professionnel (p. ex., parcours scolaire, milieux de pratique, expérience, nombre moyen de clients par semaine, disposition générale face à l'expérience de contre-transfert, approche thérapeutique, etc.; Appendice C).

Attachement

Afin de mesurer l'attachement général des participants, une adaptation de la version courte et francophone de l'*Experience in Close Relationship* (ECR-12; Lafontaine et al., 2016), un questionnaire initialement élaboré par Brennan et ses collaborateurs (1998), a été utilisée (Appendice D). Le questionnaire autorévéle est composé de 12 items à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). En suivant les recommandations de Lafontaine et ses collaborateurs (2016) concernant l'utilisation de l'outil pour évaluer l'attachement général (vs spécifique à un type de relation), les items originaux ont été modifiés (p. ex., de « Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire » à « Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mes proches »). Les items de l'instrument permettent de documenter les dimensions d'évitement de l'intimité et d'anxiété d'abandon. La validité prédictive, convergente et de construit est bien établie et ses qualités psychométriques sont

équivalentes à celles de l'outil original (Lafontaine et al., 2016). Concernant la fiabilité de l'outil, celle-ci est généralement considérée satisfaisante (évitement de l'intimité : $\alpha > 0,74$; anxiété d'abandon : $\alpha > 0,78$). Dans notre échantillon, la fiabilité de l'outil est jugée excellente (évitement de l'intimité : $\alpha = 0,83$ et anxiété d'abandon : $\alpha = 0,85$).

Style de vulnérabilité dépressive

Afin de mesurer le degré de développement de la personnalité des participants en termes de définition du soi et de régulation des besoins relationnels, la version francophone du *Depressive Experience Questionnaire* (DEQ; Blatt, D'Afflitti, et Quinlan, 1976) traduite par Boucher et ses collaboratrices (2006) a été utilisée (Appendice E). Le questionnaire est composé de 66 items à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Les items permettent de documenter les dimensions de « dépendance », d'« autocritique » et d'« efficacité » et des scores élevés indiqueraient une prédominance de ces caractéristiques chez l'individu³, qui correspondent aux styles de vulnérabilité « anaclitique » pour la première et « introjectif » pour la deuxième, conformément à la théorie de l'auteur principal de l'outil à ce sujet (Blatt, 1974). Bien que la dimension « efficacité » n'ait pas été initialement liée à un style de vulnérabilité dépressive tel que l'entendait Blatt, certains auteurs, dont Snyder et

³ Tel que recommandé par les auteurs du questionnaire original, les scores des échelles doivent être calculés à partir des poids factoriels de l'analyse en composante principale faite sur l'échantillon original (Blatt et al., 1976). Ainsi, l'un des auteurs de l'instrument, Dr David C. Zuroff, Ph. D, a été contacté par courriel. À notre demande, il nous a généreusement transmis la syntaxe SPSS permettant d'en tenir compte dans le calcul des scores.

Luchner (2020), suggèrent que le DEQ est à même d'évaluer les aspects fonctionnels de la définition de soi via l'échelle d'efficacité. La validité de l'outil original a été abondamment démontrée (Zuroff et al., 1983, 1990). Concernant la fiabilité de l'outil francophone, celle-ci est considérée excellente (dépendance : $\theta = 0,88$; autocritique : $\theta = 0,86$). Dans notre échantillon, la fiabilité de l'outil se situe entre discutable et satisfaisante (efficacité : $\alpha = 0,62$; dépendance : $\alpha = 0,74$; autocritique : $\alpha = 0,74$).

Définition du soi. Le degré de développement de la définition du soi est évalué par l'intermédiaire des échelles « autocritique » et « efficacité ». L'échelle d'autocritique contient des items évaluant la présence de conflits entourant la définition du soi (p. ex., préoccupations en lien avec l'échec, la culpabilité, l'autoblâme, l'insatisfaction, la crainte de ne pas être à la hauteur, les doutes envers soi) ainsi que les distorsions liées aux représentations de soi et des autres (p. ex., « Souvent, je trouve que je n'atteins pas mes propres exigences ou idéaux »). Tel qu'abordé précédemment, l'échelle d'efficacité contient également des items évaluant des aspects plus adaptés de la définition de soi (p. ex., confiance en soi, résilience, sens des responsabilités, fierté et sentiment d'accomplissement, capacité à se fixer et à poursuivre des buts personnels).

Régulation des besoins relationnels. Le degré de développement de la capacité de régulation des besoins interpersonnels est évalué par l'intermédiaire de l'échelle « dépendance ». L'échelle de dépendance se base sur les items évaluant la présence de conflits entourant la régulation des besoins relationnels, incluant des préoccupations

excessives et généralisées liées à l'autonomie, l'abandon ou à la séparation également lesquelles sont associées à des difficultés de régulation des affects (p. ex., « Lorsque je me sens seul, je deviens craintif »).

Besoins soi-objet

Afin de mesurer la personnalité des participants en termes des besoins soi-objet, la version francophone du *Self-Object Needs Inventory* (SONI), élaboré par Banai et ses collaborateurs (2005) et traduite et validée par Villeneuve-Patry (2022; Appendice F), a été utilisée. Le questionnaire autorévéle est composé de 38 items à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (ne me correspond pas du tout) à 7 (me correspond tout à fait) permettant de documenter la tendance (approche vs évitement) de l'individu quant aux trois besoins soi-objet : idéalisation, admiration et alter ego. Concernant la fiabilité de l'outil originale, celle-ci est considérée satisfaisante (approche admiration : $\alpha = 0,77$; approche idéalisation : $\alpha = 0,84$; approche alter-ego : $\alpha = 0,88$; évitement admiration : $\alpha = 0,75$; évitement idéalisation et alter ego : $\alpha = 0,91$). Dans notre échantillon, la fiabilité de l'outil se situe entre discutable et excellente (approche admiration : $\alpha = 0,77$; approche idéalisation : $\alpha = 0,78$; approche alter-ego : $\alpha = 0,83$; évitement admiration : $\alpha = 0,67$; évitement idéalisation et alter ego : $\alpha = 0,84$).

Narcissisme pathologique

Afin de mesurer le narcissisme des participants, l'adaptation francophone du *Pathological Narcissism Inventory* (PNI) élaboré par Pincus et ses collaborateurs (2009)

et traduite et validée par Diguier et ses collaborateurs (2010) a été utilisée (Appendice G). Cet outil a été sélectionné pour sa capacité à évaluer adéquatement les manifestations typiques aux phénotypes vulnérable et grandiose du narcissisme (Wright et coll., 2010) tant dans une population générale que clinique. Le questionnaire autorévéle est composé de 52 items à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (je ne suis vraiment pas comme cela) à 6 (je suis vraiment comme cela) permettant d'évaluer les sept dimensions liées aux phénotypes vulnérable (estime de soi contingente ; dissimulation de soi ; dévalorisation ; rage et supériorité de droit) et grandiose (exploitation d'autrui ; auto-valorisation par sacrifice de soi ; fantasmes de grandiosité). Concernant la fiabilité de l'outil francophone (Turmel, 2014), celle-ci se situe entre discutable et excellente (estime de soi contingente : $\alpha > 0,89$; dissimulation de soi : $\alpha > 0,84$; dévalorisation : $\alpha > 0,70$; rage et supériorité de droit : $\alpha > 0,81$; exploitation d'autrui : $\alpha > 0,66$; auto-valorisation par sacrifice de soi : $\alpha > 0,80$; grandiosité : $\alpha > 0,87$). Dans notre échantillon, la fiabilité de l'outil se situe entre discutable et excellente (estime de soi contingente : $\alpha = 0,88$; dissimulation de soi : $\alpha = 0,81$; dévalorisation : $\alpha = 0,78$; rage et supériorité de droit : $\alpha = 0,87$; exploitation d'autrui : $\alpha = 0,63$; auto-valorisation par sacrifice de soi : $\alpha = 0,80$; grandiosité : $\alpha = 0,86$).

Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert

Afin de mesurer les caractéristiques des thérapeutes associées cliniquement et empiriquement à une gestion efficace du contre-transfert, une version francophone du *Countertransference Factors Inventory – Revised* (CFI-R; Latts, 1997) a été utilisée

(Appendice H). Cet outil, dans sa version révisée, se distingue de l'instrument original élaboré par Van Wagoner et ses collègues (1991) qui évalue ces dispositions de façon plus générale en ce qu'il permet d'évaluer plus adéquatement le construit dans le contexte de l'interaction thérapeutique. À l'instar de certains auteurs, l'outil, qui est habituellement complété par les superviseurs au sujet de leurs supervisés, a été adapté pour les besoins de l'étude de sorte que les participants interrogés puissent y répondre de façon autorévélee (Alger et Gushwa, 2021; Barreto et Matos, 2017). Cette adaptation impliquait ainsi de modifier la directive et la formulation des items dans ce sens. Le questionnaire est composé de 40 items à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord) documentant les cinq caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, soit la conscience de soi, l'intégration de l'identité, l'empathie, la gestion de l'anxiété, et les capacités de conceptualisation. Un score total élevé a été empiriquement lié à l'efficacité thérapeutique (Gelso et al., 2002; Hayes et al., 2011). Concernant la fiabilité de l'outil, celle-ci se situe entre satisfaisante et excellente (conscience de soi : $\alpha = 0,86$; intégration de l'identité : $\alpha = 0,90$; empathie : $\alpha = 0,79$; gestion de l'anxiété : $\alpha = 0,86$; capacités de conceptualisation : $\alpha = 0,85$). Dans notre échantillon, la fiabilité de l'outil se situe entre discutable et excellente (conscience de soi : $\alpha = 0,73$; intégration de l'identité : $\alpha = 0,85$; empathie : $\alpha = 0,65$; gestion de l'anxiété : $\alpha = 0,74$; capacités de conceptualisation : $\alpha = 0,81$).

Contre-transfert

Afin de mesurer la variabilité de l'expérience affective et cognitive subjective et consciente des thérapeutes, la version francophone du *Feeling Word Checklist-58* (FWC-58), traduite et validée de l'original (Røssberg et al., 2003) par Lapointe (2017) a été utilisée (Appendice I). Le questionnaire autorévéle est composé de 58 items à répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 5 (vraiment beaucoup) documentant la présence et l'intensité de divers états affectifs (p. ex., « Je me sens fâché ») ou cognitifs (p. ex., « Je sens que j'ai une vue d'ensemble ») susceptibles d'être ressentis par les thérapeutes à l'endroit de leurs patients. L'instrument présente une bonne validité interne ainsi qu'une bonne validité convergente avec le *Countertransference Questionnaire*, un outil élaboré par Betan et ses collaborateurs (2005) qui, bien qu'incompatible avec une évaluation spontanée du contre-transfert, demeure à ce jour le questionnaire le plus robuste dans l'évaluation du contre-transfert en lien avec sa grande validité écologique (Betan et Westen, 2009; Tanzilli, Colli, Del Corno, et Lingiard, 2016).

Résultats

Les analyses présentées dans cette section ont été effectuées à l'aide de la version 8 du logiciel Mplus et de la version 28 du logiciel IBM SPSS STATISTICS. Dans un premier temps sont détaillés les résultats aux analyses préliminaires. Dans un deuxième temps, les résultats obtenus aux analyses de classe latente et de régression multiple hiérarchique sont présentés.

Analyses préliminaires

Variable contrôle

Afin de réduire le risque d'erreur dans l'interprétation des résultats, nous avons vérifié les relations entre les données démographiques des participants et les variables dépendantes afin d'identifier lesquelles de ces données devraient être incluses en tant que variables contrôles dans les analyses. Les analyses corrélationnelles ont révélé des relations négatives et significatives entre l'âge des participants et la plupart des variables dépendantes. Cependant, puisque les liens observés dans la littérature entre l'expérience professionnelle et l'expérience de contre-transfert sont inconsistants (Lecours et coll., 1995) et que l'expérience professionnelle ne corrélait pas de façon significative avec les variables dépendantes de la présente étude, nous avons préféré ne pas la considérer en tant que variable contrôle dans les analyses. Aucune autre variable démographique ne présentait de lien significatif avec les variables dépendantes. Comme l'ont fait

antérieurement Abargil et Tishby (2021), les scores d'intensité moyenne du contre-transfert ont été utilisés à titre de variable contrôle. De cette façon, il a été possible de tenir compte des effets indus de la moyenne sur les scores de variabilité et ainsi, limiter l'influence des effets plafond et plancher dans l'interprétation des résultats. En effet, ces phénomènes statistiques se produisent lorsqu'une proportion élevée de participants rapporte des scores maximaux (effet plafond) ou minimaux (effet plancher) sur l'échelle de réponse de la variable à l'étude, ce qui limite la variabilité des résultats de telle sorte qu'il devient impossible de trouver des liens significatifs entre les variables.

Calcul des scores de variabilité du contre-transfert

Trois scores de variabilité ont été utilisés pour conduire les analyses. Le premier est un score de variabilité générale du contre-transfert (référant à l'ensemble des contre-transferts possibles, sans qu'une distinction soit faite quant à la valence des affects). Ensuite, afin d'apporter plus de précision dans l'interprétation des données et en nous inspirant d'autres travaux ayant fait une distinction similaire (Friedman et Gelso, 2000; Ligiéro et Gelso, 2002; Lussier, 2015), des scores de variabilité des contre-transferts positifs et négatifs ont également été extraits et utilisés dans les analyses subséquentes.

Les trois scores de variabilité du contre-transfert susmentionnés ont été calculés en suivant la méthode faisant actuellement consensus dans la littérature (Abargil et Tishby, 2020 ; Eid et Diener, 1999 ; Hardy, 2015 ; Jones et al., 2020). Ainsi, les écarts-types ont d'abord été calculés pour chaque émotion du FWC-58 (Rössberg et al., 2003).

Nous avons ensuite calculé la moyenne des écarts-types des affects positifs (23 affects) et négatifs (33 affects) pour obtenir des scores de variabilité des contre-transferts positifs et négatifs, respectivement. Il est à noter que deux affects (« surpris » et « dominant ») n'ont pas été considérés compte tenu de la difficulté à les assigner à l'un ou l'autre des sous-groupes de contre-transferts. Finalement, nous avons calculé la moyenne de l'ensemble des écarts-types pour obtenir un score de variabilité générale du contre-transfert à partir des 58 items répertoriés de l'instrument de mesure. À titre d'exemple, tout comme un participant qui rapporterait les mêmes émotions à chaque prise de mesure, un participant qui indique un score de 1 (« un peu ») à toutes les émotions possibles aura un score de variabilité de « 0 » (pour une représentation visuelle de l'influence de divers profils de réponse fictifs, voir le Tableau 2).

Tableau 2*Exemples de profils de réponse*

Profil	Émotion	Intensité de l'émotion			Variabilités			
		Vidéo 1	Vidéo 2	Vidéo 3	E	G	P	N
1	Joie	1	1	1	0,00	0,00	0,00	0,00
	Surprise	4	4	4	0,00			
	Peur	2	2	2	0,00			
	Colère	1	1	1	0,00			
2	Joie	1	1	1	0,00	0,63	0,76	0,50
	Surprise	4	5	2	1,53			
	Peur	2	3	4	1,00			
	Colère	1	1	1	0,00			
3	Joie	1	4	1	1,73	1,34	1,63	1,05
	Surprise	4	1	2	1,53			
	Peur	2	1	4	1,53			
	Colère	1	2	1	0,58			
4	Joie	1	5	2	2,08	1,62	1,91	1,34
	Surprise	4	1	1	1,73			
	Peur	2	1	4	1,53			
	Colère	1	3	1	1,16			

Note. Profils : 1) Mêmes émotions, mêmes intensités. 2) Mêmes émotions, intensités différentes. 3) Émotions différentes, mêmes intensités. 4) Émotions différentes, intensités différentes. Variabilités : E = par émotion. G = générale. P = Contre-transferts positifs. N = contre-transferts négatifs. Les intensités émotionnelles possibles vont de 1 à 5.

Corrélations bivariées

À titre de référence, dans le Tableau 3 (Appendice S) sont représentés les résultats obtenus aux analyses de corrélations bivariées effectuées entre les variables à l'étude.

Analyses principales

Analyses de classes latentes

Les analyses de classes latentes font partie de la grande famille des modélisations par équations structurelles. Ces analyses visent essentiellement à identifier des sous-groupes distincts (groupes latents) sur la base des corrélations entre des variables observées ou *indicateurs* (p. ex., âge, genre, personnalité). Ainsi, plutôt que de tenter de regrouper les variables en fonction de facteurs connus *a priori* comme c'est le cas pour les analyses factorielles, les analyses de classes latentes cherchent à regrouper les individus, en fonction des variables observées *a posteriori* (Caron, 2018). Les avantages d'une telle méthode sont notamment la présence de critères rigoureux pour soutenir la sélection des modèles (c.-à-d. le nombre de classes retenues) et la classification basée sur la probabilité d'appartenir à une classe estimée *a posteriori*.

Les indices traditionnellement utilisés pour déterminer le nombre optimal de classes de trajectoires à retenir sont les suivants : 1) le critère d'information Akaike (AIC; Akaike, 1974), 2) le critère d'information bayésien (BIC; Schwarz, 1978) et le 3) le critère d'information bayésien ajusté à la taille de l'échantillon (SABIC; Sclove, 1987), lesquels permettent d'évaluer le degré d'adéquation du modèle; 4) l'entropie relative (Wang et Wang, 2012), qui identifie le pourcentage des participants correctement classés dans le modèle et 5) le test de ratio de vraisemblance Lo-Mendell-Rubin (LMR-LR; Lo et al., 2001), qui détermine si le modèle génère une solution significativement plus adéquate

qu'un modèle plus parcimonieux, soit à une classe en moins. À ces critères s'ajoute celui de l'interprétabilité théorique de la solution retenue.

Postulats. Le postulat d'indépendance statistique locale des variables est respecté compte tenu de l'absence de corrélations significatives entre les deux classes. De plus, le nombre de participants requis pour conduire ces analyses est suffisant considérant leur répartition relativement égale dans chaque classe.

Concernant notre échantillon, l'analyse a été effectuée sur un échantillon de 111 participants et des modèles incluant 2, 3 et 4 classes ont été évalués. La solution optimale retenue est celle à deux classes (voir le Tableau 4). En effet, alors que les critères d'information AIC, BIC et SABIC indiquent que les solutions à trois et quatre classes présentent un meilleur ajustement⁴, la solution à deux classes présente l'entropie relative la plus élevée (0,923), ce qui signifie que 92,3% des participants sont classés correctement avec une solution à deux classes. De plus, le test LMR-LR révèle que la solution à deux classes est significativement différente de la solution à une classe ($p < 0,000$), mais ce n'est pas le cas pour les solutions à trois ($p = 0,329$) et quatre classes ($p = 0,500$).

⁴ Les critères d'information plus bas indiquent généralement un meilleur ajustement (Chen et al., 2017).

Tableau 4*Comparatif des différents modèles de classes*

Modèle	AIC	BIC	SABIC	Entropie relative	LMR-LR (p)
1 classe	5002,94	5095,06	4987,66	-	-
2 classes	4614,29	4755,18	4590,85	0,923	0,0006
3 classes	4522,71	4712,38	4491,16	0,904	0,3290
4 classes	4477,26	4715,70	4437,60	0,916	0,5004

Note. $N = 111$. AIC = critère d'information Akaike. BIC = critère d'information bayésien. SABIC = critère d'information bayésien ajusté à la taille de l'échantillon. LMR-LR = test de ratio de vraisemblance Lo-Mendell-Ruben.

Puisque les classes ont été extraites en fonction de scores obtenus à diverses échelles mesurant différentes vulnérabilités psychologiques des participants, celles-ci correspondent à des niveaux différents de vulnérabilités. Plus précisément, un test t pour échantillons indépendants révèle que sur la majorité des échelles de personnalité (toutes à l'exception des échelles « évitement de l'intimité » [ÉI] de l'ECR-12 et « évitement de l'idéalisation et de l'alter ego » [ÉIAE] du SONI), les participants se trouvant dans la deuxième classe ont des scores significativement plus élevés que ceux appartenant à la première classe (Tableau 5). Cependant, il importe de noter que les différences observées entre les deux classes, bien que suffisamment importantes pour les différencier statistiquement en deux groupes, sont relativement modestes. En effet, on observe que les scores moyens obtenus par les participants appartenant à la deuxième classe sont

légèrement supérieurs à ceux obtenus par les participants appartenant à la première classe et se situent pour la plupart à moins d'un écart-type de la moyenne.

Tableau 5

Test t pour échantillons indépendants comparant les classes de vulnérabilités personnelles des thérapeutes sur l'ensemble des échelles de personnalité

Échelle de personnalité	Classe	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ÉI	1	2,93	1,19	-0,97	0,33
	2	3,16	1,24		
AA	1	2,27	0,83	-7,80	0,00
	2	3,89	1,34		
DE	1	-1,30	0,81	-7,79	0,00
	2	-0,20	0,65		
AC	1	-0,94	0,70	-5,96	0,00
	2	-0,09	0,81		
EFF	1	-0,80	0,93	-3,61	0,00
	2	-0,19	0,82		
AAD	1	2,63	0,63	-10,46	0,00
	2	3,97	0,72		
AID	1	2,63	0,77	-3,72	0,00
	2	3,27	1,04		
AAE	1	3,68	0,88	-5,48	0,00
	2	4,61	0,90		
ÉAD	1	2,97	0,80	-6,05	0,00
	2	3,81	0,63		
ÉIAE	1	1,90	0,68	-1,23	0,22
	2	2,06	0,73		
EC	1	2,12	0,49	-10,86	0,00
	2	3,22	0,58		
EA	1	2,56	0,59	-3,71	0,00
	2	3,06	0,80		
AS	1	2,87	0,66	-6,64	0,00
	2	3,74	0,71		

Tableau 5

*Test t pour échantillons indépendants comparant les classes de vulnérabilités
personnelles des thérapeutes sur l'ensemble des échelles de personnalité (suite)*

Échelle de personnalité	Classe	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
DS	1	2,36	0,73	-4,41	0,00
	2	3,06	0,94		
GRA	1	2,20	0,82	-5,43	0,00
	2	3,09	0,92		
DÉV	1	1,84	0,54	-6,95	0,00
	2	2,71	0,77		
RSD	1	2,01	0,57	-8,94	0,00
	2	3,07	0,68		

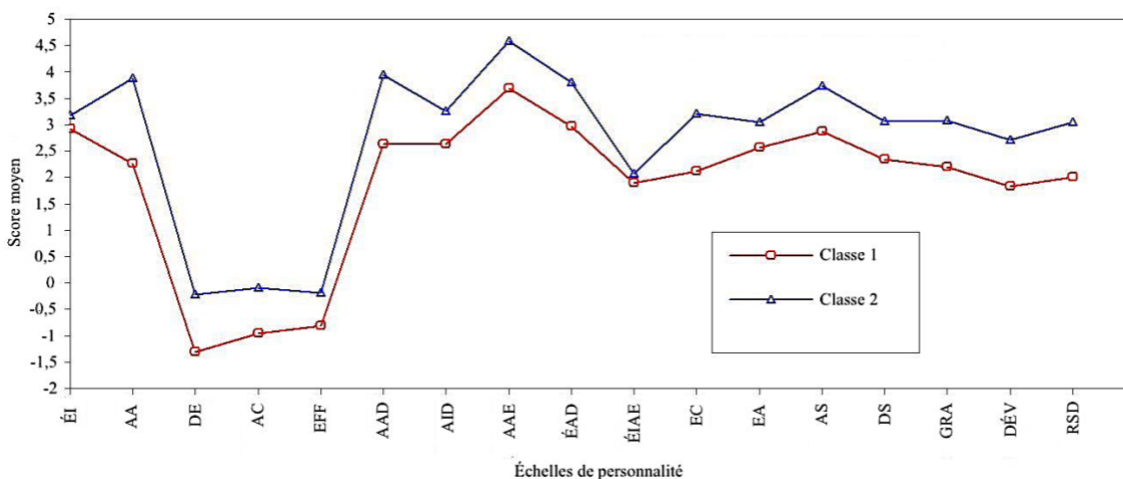
Note. ÉI = Évitement de l'intimité. AA = Anxiété d'abandon. DE = Dépendance. AC = Autocritique. EFF = Efficacité. AAD = Approche admiration. AID = Approche idéalisation. AAE = Approche alter ego. ÉAD = Évitement admiration. ÉIAE = Évitement idéalisation et alter ego. EC = Estime de soi contingente. EA = Exploitation d'autrui. AS = Autovalorisation par sacrifice de soi. DS = Dissimulation de soi. GRA = Grandiosité. DÉV = Dévalorisation. RSD = Rage et supériorité de droit.

Classe 1 (*n* = 61). Classe 2 (*n* = 50).

Ainsi, la première classe regroupe 55% des participants (*n* = 61) avec des degrés moindres de vulnérabilité alors que la deuxième classe regroupe 45% des participants (*n* = 50) avec des degrés relativement plus importants de vulnérabilité (Figure 1).

Figure 1

Représentation graphique de la répartition des classes selon les profils de réponse sur les différentes échelles de personnalité



Note. ÉI = Évitement de l'intimité. AA = Anxiété d'abandon. DE = Dépendance. AC = Autocritique. EFF = Efficacité. AAD = Approche admiration. AID = Approche idéalisation. AAE = Approche alter ego. ÉAD = Évitement admiration. ÉIAE = Évitement idéalisation et alter ego. EC = Estime de soi contingente. EA = Exploitation d'autrui. AS = Autovalorisation par sacrifice de soi. DS = Dissimulation de soi. GRA = Grandiosité. DÉV = Dévalorisation. RSD = Rage et supériorité de droit. Classe 1 ($n = 61$). Classe 2 ($n = 50$).

Analyses de régression multiple hiérarchique

Afin de tester nos hypothèses d'effets principaux et d'interaction, des régressions hiérarchiques ont été effectuées pour chacun des trois scores de variabilité. Pour les effets principaux, nous avons inclus les variables suivantes dans les modèles (dans cet ordre) :

1) la variable contrôle (score d'intensité moyenne centré du contre-transfert correspondant au type de variabilité analysé); 2) le prédicteur (les deux classes témoignant du niveau d'intensité des vulnérabilités psychologiques des participants); 3) le modérateur (score centré total ou relatif à une dimension spécifique des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert). Ensuite, afin de diminuer les risques de multicollinéarité, nous avons utilisé les produits des valeurs centrées à titre de termes d'interaction (Aiken et West, 1991; Frazier et al., 2004). Nous avons ainsi inclus les termes d'interaction suivants dans les modèles : 4) le modérateur X la variable contrôle, 5) le modérateur X le prédicteur; et 6) la variable contrôle X le prédicteur. Afin d'approfondir l'interprétation des effets d'interactions significatifs, des effets simples ont été calculés, soit pour chaque classe (variable dichotomique), soit pour des niveaux de -1 ÉT, moyen, et +1 ÉT de la variable modératrice lorsqu'elle est continue, en employant la méthode d'Aiken, West et Reno (1991).

Postulats. Les postulats de linéarité, de normalité, d'homoscédasticité et d'absence de multicollinéarité des variables à l'étude ont été vérifiés et sont respectés. En effet, les coefficients d'aplatissement et d'asymétrie sont tous entre -1 et 1 et une analyse visuelle de la dispersion des résidus standardisés révèle une répartition uniforme témoignant de l'homogénéité de la variance pour l'ensemble des variables à l'étude. L'examen des corrélations entre les variables permet de relever plusieurs corrélations significatives entre les variables à l'étude, mais la force de leur association n'est cependant pas suffisante pour s'exposer à des risques de multicollinéarité (voir Tableau 3, Appendice

S), tel qu'en témoignent les facteurs d'inflation de la variance des variables indépendantes et des variables modératrices, qui sont tous en deçà de 2,5. L'analyse de Cook révèle la présence d'une donnée extrême exerçant une influence marquée sur les résultats, laquelle a été retirée de l'échantillon pour l'ensemble des analyses de régression.

Variabilité générale du contre-transfert

Effets principaux. Le Tableau 6 rapporte les résultats obtenus aux analyses de régression multiple hiérarchique présentées dans cette section. Dans le premier bloc, l'effet de la variable contrôle sur la variabilité générale du contre-transfert a été analysé. L'analyse des effets principaux révèle d'abord un lien positif entre l'intensité moyenne du contre-transfert et la variabilité générale du contre-transfert ($\beta = 0,500, p = 0,000$) et ce prédicteur expliquerait 25% de la variance ($p < 0,000$). Dans le deuxième bloc, l'effet de la variable indépendante sur la variabilité générale du contre-transfert a été analysé. Une fois l'effet de l'intensité moyenne du contre-transfert contrôlé, l'analyse des effets principaux révèle que la classe de vulnérabilité des thérapeutes exerce un effet positif sur la variabilité générale du contre-transfert ($\beta = 0,290, p = 0,000$). Ce prédicteur expliquerait 8,3% de la variance ($p < 0,000$). Dans le troisième bloc, l'effet de la variable modératrice sur la variabilité générale du contre-transfert a été analysé. L'analyse des effets principaux révèle aussi un effet, mais celui-là négatif, des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur variabilité générale du contre-transfert ($\beta = - 0,179, p = 0,031$). Ce prédicteur expliquerait 2,9% de la variance ($p = 0,031$).

Effets d'interaction. Dans le quatrième bloc, nous avons cherché à savoir si l'effet de la variable modératrice sur la variabilité générale du contre-transfert dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets d'interaction révèle que l'effet des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité générale du contre-transfert interagit avec l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets simples révèle des effets négatifs des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité générale du contre-transfert pour des niveaux moyens (M : $\beta = -0,196$, $p = 0,015$) et élevés (M+ÉT : $\beta = -0,427$, $p = 0,000$) d'intensité moyenne du contre-transfert, mais pas pour des niveaux bas (M-ÉT : $\beta = 0,035$, $p = 0,734$) d'intensité moyenne du contre-transfert. Ce prédicteur expliquerait 5,7% de la variance ($p = 0,002$). Dans le cinquième bloc, nous avons cherché à savoir si l'effet de la variable modératrice sur la variabilité générale du contre-transfert dépend du degré de sévérité des vulnérabilités personnelles des thérapeutes. L'analyse des effets d'interaction ne révèle pas d'effet significatif ($\beta = 0,091$, $p = 0,316$). Un résultat similaire a été observé dans le sixième bloc, où nous avons cherché à savoir si l'effet du degré de sévérité des vulnérabilités personnelles des thérapeutes sur la variabilité générale du contre-transfert dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. En effet, l'analyse des effets d'interaction ne révèle pas non plus d'effet significatif ($\beta = -0,020$, $p = 0,839$). Le fait que ces deux interactions ne soient pas significatives suggère que l'effet de la classe de vulnérabilité des thérapeutes sur la variabilité générale du contre-transfert ne dépend ni des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert ni de l'intensité moyenne du contre-transfert.

Tableau 6

Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant la variabilité générale du contre-transfert à partir de la classe de vulnérabilités personnelles des thérapeutes et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert

Bloc	Prédicteurs	β	R^2	ΔR^2
Hypothèse 1				
1	Variable contrôle IM	0,50***	0,25	0,25***
2	Variable indépendante CVPT	0,29***	0,33	0,08***
Hypothèse 2				
3	Variable modératrice CGCT	- 0,18*	0,36	0,03*
4	IM X CGCT	- 0,24**	0,42	0,06**
5	CGCT X CVPT	0,09	0,42	0,004
6	IM X CVPT	- 0,02	0,42	0,00

Note. $N = 110$. IM = Intensité moyenne du contre-transfert. CVPT = Classe de

vulnérabilités personnelles des thérapeutes. CGCT = Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. † $p < 0,1$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Variabilité des contre-transferts positifs

Effets principaux. Le Tableau 7 rapporte les résultats obtenus aux analyses de régression multiple hiérarchique présentées dans cette section. Dans le premier bloc, l'effet de la variable contrôle sur la variabilité des contre-transferts positifs a été analysé. L'analyse des effets principaux révèle d'abord un lien positif entre l'intensité moyenne du contre-transfert et la variabilité des contre-transferts positifs ($\beta = 0,413$, $p = 0,000$) et ce prédicteur expliquerait 17,1% de la variance ($p < 0,000$). Dans le deuxième bloc, l'effet

de la variable indépendante sur la variabilité des contre-transferts positifs a été analysé. Une fois l'effet de l'intensité moyenne du contre-transfert contrôlé, l'analyse des effets principaux révèle que la classe de vulnérabilité des thérapeutes exerce un effet positif sur la variabilité des contre-transferts positifs ($\beta = 0,212, p = 0,015$). Ce prédicteur expliquerait 4,5% de la variance ($p = 0,015$). Dans le troisième bloc, l'effet de la variable modératrice sur la variabilité des contre-transferts positifs a été analysé. Cependant, l'analyse des effets principaux n'a pas révélé d'effet significatif ($\beta = 0,007, p = 0,941$).

Effets d'interaction. Dans le quatrième bloc, nous avons cherché à savoir si l'effet de la variable modératrice sur la variabilité des contre-transferts positifs dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets d'interaction révèle que l'effet des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité des contre-transferts positifs interagit avec l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets simples ne révèle pas d'effet pour des niveaux moyens (M : $\beta = - 0,006, p = 0,946$) d'intensité moyenne du contre-transfert, mais elle révèle un effet positif des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité des contre-transferts positifs pour des niveaux bas (M-ÉT : $\beta = 0,261, p = 0,018$) d'intensité moyenne du contre-transfert, alors que pour des niveaux élevés, l'analyse des effets simples révèle un effet négatif (M+ÉT : $\beta = - 0,272, p = 0,017$) de ces caractéristiques sur la variabilité des contre-transferts positifs. Ce prédicteur expliquerait 10,6% de la variance ($p < 0,000$). Dans le cinquième bloc, nous avons cherché à savoir si l'effet de la variable modératrice sur la variabilité des contre-transferts positifs dépend du

degré de sévérité des vulnérabilités personnelles des thérapeutes. L'analyse des effets d'interaction ne révèle pas d'effet significatif ($\beta = 0,153, p = 0,169$). Un résultat similaire a été observé dans le sixième bloc, où nous avons cherché à savoir si l'effet du degré de sévérité des vulnérabilités personnelles des thérapeutes sur la variabilité des contre-transferts positifs dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets d'interaction ne révèle pas d'effet significatif ($\beta = - 0,076, p = 0,487$). Comme précédemment, le fait que ces deux interactions ne soient pas significatives suggère que l'effet de la classe de vulnérabilité des thérapeutes sur la variabilité des contre-transferts positifs ne dépend ni des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert ni de l'intensité moyenne du contre-transfert.

Tableau 7

Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant la variabilité des contre-transferts positifs à partir de la classe de vulnérabilités personnelles des thérapeutes et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert

Bloc	Prédicteurs	β	R^2	ΔR^2
Hypothèse 1				
1	Variable contrôle IM	0,41***	0,17	0,17***
2	Variable indépendante CVPT	0,21*	0,22	0,05*
Hypothèse 2				
3	Variable modératrice CGCT	0,01	0,22	0,00
4	IM X CGCT	- 0,33***	0,32	0,11***
5	CGCT X CVPT	0,15	0,33	0,01
6	IM X CVPT	- 0,08	0,34	0,00

Note. $N = 110$. IM = Intensité moyenne du contre-transfert. CVPT = Classe de

vulnérabilités personnelles des thérapeutes. CGCT = Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. † $p < 0,1$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Variabilité des contre-transferts négatifs

Effets principaux. Le Tableau 8 rapporte les résultats obtenus aux analyses de régression multiple hiérarchique présentées dans cette section. Dans le premier bloc, l'effet de la variable contrôle sur la variabilité des contre-transferts négatifs a été analysé. L'analyse des effets principaux révèle d'abord un lien positif entre l'intensité moyenne du contre-transfert et la variabilité des contre-transferts négatifs ($\beta = 0,941$, $p = 0,000$) et ce prédicteur expliquerait 88,5% de la variance ($p < 0,000$). Dans le deuxième bloc, l'effet

de la variable indépendante sur la variabilité des contre-transferts positifs a été analysé. Une fois l'effet de l'intensité moyenne du contre-transfert contrôlé, l'analyse des effets principaux révèle que la classe de vulnérabilité des thérapeutes exerce un effet positif sur la variabilité des contre-transferts négatifs ($\beta = 0,085$, $p = 0,012$). Toutefois, ce prédicteur n'expliquerait que 0,7% de la variance ($p = 0,012$). Dans le troisième bloc, l'effet de la variable modératrice sur la variabilité des contre-transferts négatifs a été analysé. Cependant, l'analyse des effets principaux n'a pas révélé d'effet significatif ($\beta = -0,022$, $p = 0,510$).

Effets d'interaction. Dans le quatrième bloc, nous avons cherché à savoir si l'effet de la variable modératrice sur la variabilité des contre-transferts négatifs dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets d'interaction révèle que l'effet des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité des contre-transferts négatifs interagit avec l'intensité moyenne du contre-transfert ($\beta = 0,063$, $p = 0,060$). Cependant, il ne s'agit que d'une tendance statistique. Dans le cinquième bloc, nous avons cherché à savoir si l'effet de la variable modératrice sur la variabilité des contre-transferts négatifs dépend du degré de sévérité des vulnérabilités personnelles des thérapeutes. L'analyse des effets d'interaction ne révèle pas d'effet significatif ($\beta = 0,040$, $p = 0,374$). Un résultat similaire a été observé dans le sixième bloc, où nous avons cherché à savoir si l'effet du degré de sévérité des vulnérabilités personnelles des thérapeutes sur la variabilité des contre-transferts négatifs dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. L'analyse des effets d'interaction ne

révèle pas d'effet significatif ($\beta = - 0,032, p = 0,491$). Le fait que ces deux interactions ne soient pas significatives suggère que l'effet de la classe de vulnérabilité des thérapeutes sur la variabilité des contre-transferts négatifs ne dépend ni des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert ni de l'intensité moyenne du contre-transfert.

Tableau 8

Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant la variabilité des contre-transferts négatifs à partir de la classe de vulnérabilités personnelles des thérapeutes et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert

Bloc	Prédicteurs	β	R^2	ΔR^2
Hypothèse 1				
1	Variable contrôle IM	0,94***	0,89	0,89***
2	Variable indépendante CVPT	0,09*	0,89	0,007*
Hypothèse 2				
3	Variable modératrice CGCT	- 0,02	0,89	0,00
4	IM X CGCT	0,06 [†]	0,90	0,004 [†]
5	CGCT X CVPT	0,04	0,90	0,001
6	IM X CVPT	- 0,03	0,90	0,00

Note. $N = 110$. IM = Intensité moyenne du contre-transfert. CVPT = Classe de

vulnérabilités personnelles des thérapeutes. CGCT = Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. [†] $p < 0,1$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Discussion

Dans l'espoir de mieux comprendre les aspects de la personnalité des thérapeutes associés à la variabilité du contre-transfert et ainsi approfondir les connaissances cliniques susceptibles de soutenir les professionnels dans leur pratique, cette étude avait pour objectifs de 1) documenter la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, 2) documenter les liens entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité intra-individuelle du contre-transfert et 3) tester l'effet modérateur des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur les liens entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert. En partant des objectifs susmentionnés et en s'inspirant des conclusions d'autres études portant sur le sujet, des pistes d'explication concernant les résultats obtenus, de même que leurs implications théoriques et scientifiques sont évoquées dans la section qui suit, laquelle se conclut sur les diverses implications pratiques, forces et limites de la présente étude. Découlant des éléments discutés, des pistes de recherches futures sont proposées.

Avant d'amorcer la discussion des résultats permettant de répondre aux objectifs et hypothèses de la présente étude, les deux classes de vulnérabilités personnelles des thérapeutes générées au moyen d'analyses de classes latentes, dont nous avons fait mention précédemment, sont examinées plus en détail. Entre autres, les scores moyens obtenus aux différentes échelles de personnalité pour chacune des classes ont notamment

été mis en relation avec ceux d'autres études ayant étudié les construits évalués par nos différents instruments de mesure dans la population générale de façon à les situer en rapport à celle-ci et ainsi, en permettre une compréhension plus approfondie.

Retour sur les résultats obtenus aux analyses de classes latentes

Les scores moyens obtenus par les participants de la classe 1 sont, pour la plupart, similaires à ceux retrouvés dans la population générale (voir Appendice T). En effet, pour les 17 variables mesurant les vulnérabilités des thérapeutes, les scores moyens de la classe 1 sont seulement légèrement inférieurs ou supérieurs à ceux observés dans la population générale et lorsqu'il y a une différence plus marquée, celle-ci demeure en deçà d'un écart-type (les seules exceptions sont pour l'échelle « approche de l'idéalisation » (AID) du SONI ainsi que l'échelle « anxiété d'abandon » (AA) de l'ECR-12 dont les moyennes de la classe 1 se situent respectivement à 1,2 et 1,33 écart-type sous celle de l'échantillon comparatif), de sorte que dans l'ensemble, la classe 1 présente un profil qu'on pourrait qualifier de « moyen », ou encore similaire à un portrait qu'on pourrait extraire d'un échantillon tiré aléatoirement de la population générale.

À l'exception des échelles « évitement de l'intimité » (ÉI) de l'ECR-12 et « évitement de l'idéalisation et alter ego » (ÉIAE) du SONI, les scores moyens obtenus par les participants appartenant à la classe 2 sont tous significativement plus élevés que ceux de la classe 1. De façon évidente, on peut ainsi dire que la classe 2 regroupe des participants dont les scores de vulnérabilités personnelles sont légèrement plus élevés que

la population générale. Or, quand on compare les scores de la classe 2 avec les moyennes disponibles tirées de la population générale, on se rend rapidement compte que les scores moyens de la classe 2 n'excèdent pas de beaucoup les scores moyens retrouvés au sein de cette population. Autrement dit, les scores moyens retrouvés dans la classe 2 ne semblent pas refléter des scores extrêmes qui témoigneraient de la présence d'une psychopathologie. À titre d'exemple, le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) relève que la prévalence pour les troubles de la personnalité les plus connus (p. ex., limite et narcissique) ne dépasse pas 3%. Ainsi, se trouvant le plus souvent en dessous d'un écart-type de la moyenne observée dans d'autres études ayant utilisé ces instruments auprès de la population générale (dans une distribution normale, 68% des scores se situent entre moins un et plus un écart-type de la moyenne), les scores moyens des participants de la classe 2 se situent bien en deçà du registre de la psychopathologie, qui correspondraient aux 3% supérieurs, qui se situent à plus de 1,9 écart-type de la moyenne. On conclut donc qu'il convient de modifier l'interprétation des scores moyens de la classe 2 en termes de « sensibilités personnelles », plutôt que de « vulnérabilités personnelles ».

Même si cela ne faisait pas partie de nos hypothèses de départ, le fait de retrouver, au sein de notre échantillon, un nombre important (45%) de professionnels présentant des sensibilités personnelles fait écho aux travaux d'auteurs qui ont identifié que certaines caractéristiques particulières tendent à se retrouver chez les psychologues. De fait, ces observations sont en accord avec celles de plusieurs auteurs (Barnett, 2007; Glickauf-Hughes et Mehlman, 1995; Halewood et Tribe, 2003; Miller, 1979; Sussman, 2007) à

l'effet que la profession de psychologue est à même d'attirer des individus présentant diverses vulnérabilités personnelles, notamment sur les plans de l'attachement et du narcissisme. Ces sensibilités seraient notamment liées à une hypersensibilité à l'autre, une tendance au perfectionnisme et à ressentir des affects intenses de honte et de culpabilité, et à un sentiment chronique d'imposteur.

Retour sur les hypothèses

Hypothèses d'effet principal. L'hypothèse d'effet principal, qui stipulait un lien négatif entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert, n'est pas corroborée. En effet, les résultats obtenus révèlent un lien positif entre la classe des sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert. Autrement dit, nos résultats suggèrent que les thérapeutes présentant une plus grande sensibilité personnelle rapportent une plus grande variété de contre-transferts. Par ailleurs, les résultats démontrent que le sens de l'effet des sensibilités sur le plan de la personnalité des thérapeutes ne diffère pas selon la nature du contre-transfert (c.-à-d., variabilité des contre-transferts positifs et négatifs). Bien qu'inattendus, les résultats semblent brosser un portrait plus nuancé des liens supposés et préalablement observés entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et leurs impacts sur l'expérience de contre-transfert. Plusieurs pistes d'explication sont discutées.

Avant d'aller plus loin dans l'explication des effets principaux obtenus, un bref retour sur les conclusions des études principales desquelles découle le raisonnement sous-

tendant nos hypothèses initiales s'impose comme point de départ. D'abord, aucune étude connue ne s'est intéressée au lien entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et leur capacité à ressentir une variété de contre-transfert. Il y a néanmoins un consensus voulant que les thérapeutes doivent bénéficier d'une relativement bonne santé mentale pour travailler avec leurs clients, notamment en ce qui concerne leur capacité à réguler efficacement leur expérience de contre-transfert (Hayes et al., 2018). Plus précisément, les conclusions de plusieurs études appuient l'idée selon laquelle les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont liées à leurs expériences de contre-transfert et que l'ampleur de ceux-ci est à même d'interférer négativement avec leur capacité à être réceptif aux communications affectives des clients, demeurer émotionnellement disponibles, éviter de s'identifier dans une trop grande mesure aux vécus du client, tolérer les pressions affectives intenses exercées par certains clients, et ultimement, gérer efficacement leur contre-transfert (Castonguay et Hill, 2017; Gelso et Hayes, 2007). Parmi les principales vulnérabilités identifiées figurent notamment les insécurités d'attachement et les conflits narcissiques. De plus, découlant des conclusions de leurs études portant sur la variabilité du contre-transfert, Holmqvist (2001) et Lindqvist et al. (2017) ont émis l'hypothèse qu'une tendance, chez les thérapeutes, à avoir des patrons de réactions plus restreints ou stéréotypés pourrait être expliquée par la présence d'aspects conflictuels au sein de leur personnalité. Conformément à cette logique, il était concevable de s'attendre à trouver un lien négatif entre les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et leur capacité à ressentir une variété de contre-transfert. Or, nous avons plutôt trouvé l'effet

contraire, soit un lien positif entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert.

Une première piste d'explication de ce résultat pourrait être liée à la composition de notre échantillon. En effet, l'analyse des classes de vulnérabilités générées par les analyses de classe latente dont il a été question précédemment met en lumière le fait que l'échantillon sur lequel ont été testés ces liens n'appartient pas à la population de thérapeutes potentiellement atteints de psychopathologies décrites par les auteurs cités précédemment. Avec ces informations en tête, il est possible de supposer que la présence, chez les participants, de niveaux plus pathologiques sur le plan de leurs vulnérabilités personnelles aurait peut-être permis de confirmer le lien négatif suggéré dans la première hypothèse quant à la variabilité du contre-transfert.

Partant de l'idée que les vulnérabilités personnelles des thérapeutes observées dans notre échantillon se situent à un degré de sévérité seulement légèrement supérieur à ce qui est généralement retrouvé dans la population générale, nos résultats suggérant un lien positif avec la variabilité du contre-transfert apparaissent moins surprenants. En effet, compte tenu des conclusions d'Abargil et Tishby (2021) qui ont observé un lien positif entre la variabilité du contre-transfert et l'efficacité du thérapeute, et des travaux de plusieurs auteurs (Barnett, 2007; Glickauf-Hughes et Mehlman, 1995; Halewood et Tribe, 2003; Miller, 1979; Sussman, 2007) voulant que la profession de psychologue est à même d'attirer des individus présentant diverses vulnérabilités personnelles, le lien positif

observé entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et leur capacité à ressentir une variété de contre-transfert pourrait être expliqué, jusqu'à un certain point, par une sensibilité émotionnelle accrue qui elle, serait associée à l'efficacité des thérapeutes.

Théorie du Wounded Healer de Jung. De fait, l'idée selon laquelle les thérapeutes présentant un certain niveau de sensibilités personnelles pourraient, en fait, être de meilleurs thérapeutes concorde avec la théorie du *wounded healer* élaborée par Jung (pour une revue complète de l'œuvre de Jung à ce sujet, voir Sedgwick, 1994). L'auteur suggérait ainsi que les blessures des thérapeutes, ayant eux-mêmes été blessés dans le contexte d'événements difficiles, voire traumatiques (Catherall et Lane, 1992; Farber, 2016), peuvent avoir un pouvoir curatif en ce qu'elles rendraient ces derniers plus aptes à soutenir leurs clients dans leurs processus de guérison. En appui, les résultats de plusieurs études qualitatives révèlent que la plupart des maîtres thérapeutes (*master therapists*) interrogés rapportent avoir eu une enfance difficile et éprouvé des niveaux généralement non accablants, mais significatifs de détresse (Barnett, 2007; Sperry et Carlson, 2014). Cependant, il semble y avoir un consensus sur le fait que les conflits personnels découlant des blessures et de la détresse infantile évoquées plus haut ne sont pas, en eux-mêmes, garants de l'efficacité du thérapeute autant que le travail personnel effectué dans le but de les résoudre⁵. Des auteurs soulignaient à ce sujet l'importance de distinguer les *wounding*

⁵ Puisque 105 des 111 participants consultent actuellement ou ont déjà consulté en psychothérapie, il n'a pas été possible de vérifier l'effet de cette variable sur les scores de variabilité intra-individuelle du contre-transfert.

healers, soit les thérapeutes présentant des degrés de gravité de vulnérabilités personnelles particulièrement élevés – ou de conflits non résolus, lesquels influencent négativement leur compétence professionnelle, des *wounded healers*, soit les thérapeutes dont les vulnérabilités ont suffisamment été travaillées de façon à pouvoir être utilisées au profit de la thérapie (Farber, 2017; Jackson, 2001).

Les études portant sur la façon dont ces blessures passées soutiennent le travail thérapeutique sont rares, mais certaines pistes d'explications quant à la manière dont ces blessures contribuent aux gains thérapeutiques ont été suggérées au fil des ans. L'une d'elles concerne une certaine disposition joignant l'ouverture à l'autre et l'humilité, qui accompagne souvent le vécu des *wounded healers*. De fait, en reconnaissant leurs propres conflits et vulnérabilités, ces thérapeutes seraient moins portés à adopter une vision clivée d'eux-mêmes (« sains ») et de leurs clients (« malades ») – qui rappelle le « mythe de la situation analytique » de Racker (1968) ou encore celui du *untroubled therapist* de Adams (2013). Cette disposition favoriserait la capacité des thérapeutes à reconnaître et à ressentir leur monde interne avec fluidité, à s'identifier profondément à la souffrance de leur client et ultimement, à utiliser positivement leur contre-transfert au service de la thérapie (Gelso et Hayes, 2007). Dans son étude qualitative, Cain (2000) a interrogé plusieurs professionnels rapportant des enjeux personnels plus ou moins graves, dont certains ayant été diagnostiqués de troubles mentaux graves et hospitalisés en psychiatrie dans le passé. Bien que fondée sur plusieurs histoires de cas, l'étude fournit un appui supplémentaire à la théorie du *wounded healer* en mettant notamment l'accent sur l'influence positive de

ces blessures sur l'accès des thérapeutes à leur monde interne, leur capacité à tolérer des affects intenses et leur disposition particulièrement grande à se connecter à leur client de façon empathique. En référant à sa propre expérience de souffrance, Slater (1996; citée dans Cvetovac et Adame, 2017) exprimait à ce sujet comment elle a appris à accepter et à tolérer la souffrance émotionnelle d'une façon qui ne la limite pas dans son travail de psychologue. Au contraire, l'auteure exprime comment sa capacité de ressentir et de tolérer sa souffrance émotionnelle provoquée par des blessures infantiles la soutient dans son travail en lui permettant de réfléchir avec profondeur aux contenus issus de l'interaction entre ses blessures et celles de ses clients, ou autrement dit, à gérer son contre-transfert.

En accord avec les écrits de Miller (1979b), le lien positif entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et leur capacité à ressentir une variété de contre-transferts pourrait également être expliqué par le fait que les thérapeutes dont les besoins narcissiques n'ont pas été reconnus ni satisfaits à l'enfance ont souvent été amenés à développer une disposition « naturelle » à répondre aux besoins des autres. Selon l'auteure, cette disposition s'accompagnerait généralement d'une capacité accrue à détecter et à interpréter les fluctuations affectives et les signaux non verbaux chez les autres – à laquelle elle réfère en termes d'« antenne ». Dans une certaine mesure, cette idée fait écho aux conclusions de plusieurs auteurs ayant étudié les aspects neurobiologiques de l'attachement impliqués dans la régulation des émotions et dans la perception des affects chez autrui. À ce sujet, Schore (2002, 2015) et Chambers (2017)

expliquent comment le développement du cerveau et des composantes responsables de la régulation des émotions est étroitement influencé par les interactions primaires dans la relation d'attachement. Dans ce contexte, les personnes ayant été victimes de perturbations plus ou moins graves sur le plan de cette relation d'attachement au cours de certaines phases de développement de leur cerveau (avant l'âge de deux ans) réagiraient différemment à leurs émotions et à celles d'autrui, de celles n'ayant pas vécu un passé similaire. On pourrait ainsi imaginer que dans le cas de telles perturbations, ces enfants pourraient avoir été amenés à développer une sensibilité « naturelle », ou neurobiologique, aux communications non verbales de la figure d'attachement, laquelle est transposée plus tard dans ses autres relations.

Toujours en accord avec la proposition de Miller, on pourrait également s'imaginer que lorsque les besoins narcissiques des thérapeutes sont suffisamment reconnus, travaillés et comblés, la sensibilité aux besoins d'autrui demeure et peut être mise au service de la thérapie sans toutefois que le thérapeute renonce à une partie de lui (p. ex., ses émotions) – comme il a initialement été entraîné à le faire. De cette façon, le thérapeute qui présente des sensibilités personnelles suffisamment travaillées est en mesure d'accéder à un plus vaste répertoire émotionnel, ce qui pourrait se traduire en une capacité à ressentir des contre-transferts variés.

Une autre piste d'explication de nos résultats pourrait être que la relation entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert présente un

patron curvilinéaire en U inversé. Dans ce contexte, on pourrait s'imaginer que les vulnérabilités personnelles contribuent à la capacité des thérapeutes à ressentir une variété de contre-transferts, tel qu'observé dans nos résultats, mais que cet effet disparaît dépendamment du degré de gravité des vulnérabilités personnelles. En s'inspirant de la loi de Yerkes-Dodson (1908) concernant les niveaux optimaux de stress en lien avec la performance, ce type de relation synthétise la relation négative postulée par plusieurs auteurs voulant que trop de vulnérabilités personnelles interfèrent négativement avec la variabilité, ainsi que la relation positive, lorsque celles-ci la soutiennent (quand les vulnérabilités sont modérées et majoritairement reconnues et travaillées). Ce type de relation impliquerait également qu'un niveau moindre de vulnérabilité serait, comme quand il y en a trop, négativement lié à la variabilité, mais aucune des études consultées n'a fait ce rapprochement. Cependant, un parallèle pourrait être fait avec les liens généralement trouvés entre le niveau d'activation physiologique (stress) et la mentalisation contrôlée, des variables qui suivent généralement ce type de courbe. Par exemple, Luyten et Fonagy (2015) ont observé que des niveaux plus bas ou plus hauts d'activation sont associés à des niveaux plus bas de mentalisation contrôlée, qui est notamment associée à la flexibilité affective (L. C. Mayes, 2006), alors qu'un niveau moyen de réactivation est associé au niveau le plus haut de mentalisation contrôlée.

Les conclusions de Mayes (2000) et de Luyten et Fonagy (2015) mettent également en évidence le lien entre les seuils d'activation émotionnelle et les vulnérabilités d'attachement : les seuils d'activation émotionnelle baisseraient à mesure

que les insécurités d'attachement augmentent. Ces observations semblent ainsi appuyer notre explication à l'effet que plus les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont importantes, moins le seuil d'activation émotionnelle (la réponse affective) est élevé et plus il y a de risque que les thérapeutes aient de la difficulté à réguler leurs émotions de façon flexible, contenue et consciente. En revanche, on pourrait s'imaginer que les thérapeutes présentant des vulnérabilités personnelles basses ou modérées ont des seuils de réactivation relativement plus hauts, ce qui leur permet de ressentir un certain niveau de stress sans toutefois que ce niveau n'interfère avec leur capacité à réguler leurs émotions adéquatement. En suivant cette logique, on pourrait ainsi concevoir que des niveaux modérés de vulnérabilités personnelles chez les thérapeutes (ou sensibilités) soient associés à une capacité à ressentir une variété de contre-transferts et ultimement, à leur efficacité thérapeutique. Or, bien que certaines études aient mis en évidence l'impact négatif de certaines vulnérabilités sur la gestion efficace du contre-transfert, aucune des études consultées n'a relevé une telle relation ni étudié l'effet de leur sévérité sur la variabilité. Il est également important de noter que les résultats de la présente étude ne permettent pas de tirer de conclusions claires à ce sujet et que d'autres études seront nécessaires afin d'appuyer ce raisonnement. Par ailleurs, bien que cette explication permette de se représenter simplement nos résultats, celle-ci est possiblement trop simple pour bien saisir la complexité des processus affectifs et cognitifs associés à ces phénomènes.

De plus, bien que les résultats mettent en lumière un effet positif et significatif des sensibilités personnelles des thérapeutes sur les trois types de variabilité du contre-transfert, nos résultats suggèrent que la part de variance expliquée par les sensibilités personnelles des thérapeutes diffère selon le type de variabilité. De fait, celle-ci est plutôt faible pour la variabilité des contre-transferts négatifs (0,7%), surtout lorsque comparée à celle retrouvée pour la variabilité générale du contre-transfert (8,3%) et la variabilité des contre-transferts positifs (4,5%). Or, même si la présentation clinique du client n'a pas été prise en compte dans les analyses, la différence observée quant au pourcentage de variance expliquée par les sensibilités personnelles pourrait être liée à un effet plus marqué des enjeux des clients sur la variabilité des contre-transferts négatifs. En effet, bien que comportant souvent plusieurs limites méthodologiques, la majorité des études empiriques portant sur l'effet des clients sur le contre-transfert révèlent de fortes associations entre certaines problématiques chez les clients et des contre-transferts négatifs (Colli et Ferri, 2015). Par exemple, Brody et Farber (1996) ont observé qu'avec des clients avec un trouble de la personnalité limite, les thérapeutes rapportaient très peu de contre-transferts positifs et davantage de contre-transferts négatifs. À titre d'explication, les auteurs suggèrent qu'en présence de clients présentant des enjeux limites, les vulnérabilités narcissiques des thérapeutes pourraient être réactivées dans le besoin de « sauver » ces clients, lequel est inévitablement frustré par les divers comportements défensifs généralement associés à ces présentations.

Pour leur part, sur la base des données empiriques récoltées dans leur étude, Tanzilli et al., (2017) ont été en mesure de produire un prototype de contre-transfert associé aux clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, lequel inclut notamment des sentiments intenses de colère, d'agacement (*annoyance*) et de frustration ; un sentiment d'être dévalué et critiqué par le client ; un sentiment d'impuissance et d'être insuffisant ; du désengagement et du retrait ; une difficulté à faire confiance au client et de façon plus générale, à s'« accorder » émotionnellement à ce dernier. Ces observations concordent avec celles d'autres auteurs (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014), qui ont trouvé des patrons similaires avec les clients présentant divers troubles de la personnalité, dont narcissique. Ces auteurs ont également remarqué que les réactions contre-transférentielles négatives sont particulièrement intenses en présence d'un niveau réduit de fonctionnement psychologique chez les clients. Cette dernière observation est en accord avec les écrits théoriques de Glickhauf et Mehlman (1995), qui expliquent comment certains clients, par le biais d'un usage plus massif de mécanismes de défenses immatures (p. ex., identification projective, clivage, projection), ont tendance à éliciter des contre-transferts négatifs intenses. Les auteurs ajoutent cependant une nuance intéressante voulant que cette relation serait particulièrement marquée chez les thérapeutes présentant des sensibilités sur le plan de la régulation de l'estime de soi. Sans pouvoir corroborer l'effet spécifique du niveau de fonctionnement psychologique des clients sur la prédominance des contre-transferts négatifs ni sur leur intensité dans le contexte de la présente étude, nos résultats semblent toutefois appuyer les conclusions de Glickhauf et Mehlman selon lesquelles les sensibilités des thérapeutes semblent être associées à

l'intensité des contre-transferts négatifs ressentis, alors que cet effet n'est pas retrouvé du côté des contre-transferts positifs. En effet, lorsque l'on contrôle pour l'intensité moyenne des contre-transferts négatifs, on enlève une grande partie de la variance de la variabilité des contre-transferts négatifs qui est associée à la sensibilité. En comparaison, des analyses exploratoires supplémentaires mettent en évidence le fait que lorsque l'on omet de contrôler pour l'intensité des contre-transferts négatifs, la part de variabilité des contre-transferts négatifs expliquée par les sensibilités personnelles des thérapeutes passe à 11,3%, alors que la part de variance de la variabilité des contre-transferts positifs expliquée par les sensibilités personnelles des thérapeutes demeure pratiquement inchangée à 4,5%. Ainsi, bien que les liens observés entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et les trois types de variabilités du contre-transfert soient tous positifs et significatifs, on peut faire l'hypothèse que les sensibilités personnelles des thérapeutes s'associent différemment à la variabilité du contre-transfert dépendamment de la nature des contre-transferts ressentis. Plus précisément, nos résultats suggèrent que la variabilité des contre-transferts négatifs est plus influencée par l'intensité des contre-transferts ressentis que la variabilité des contre-transferts positifs.

Concernant la forte association retrouvée entre l'intensité moyenne des contre-transferts négatifs et la variabilité des contre-transfert négatifs (le pourcentage de variance expliquée par l'intensité moyenne est de 89%), des analyses descriptives subséquentes révèlent que la moyenne de l'intensité des contre-transferts négatifs est de 9,5, soit moins de la moitié de celle des contre-transferts positifs ($M = 22,3$). Dans ces conditions, il est

possible de conclure à la présence d'un effet plancher pour ce qui est des contre-transferts négatifs. Or, pour qu'il y ait de la variabilité, il doit y avoir un minimum d'intensité. En effet, tel qu'il est possible de le constater dans le Tableau 2, moins il y a d'intensité, moins il y a de variabilité. Ce faisant, l'effet plancher pourrait amplifier artificiellement le lien entre l'intensité moyenne des contre-transferts négatifs et la variabilité des contre-transferts négatifs. Ainsi, lorsqu'on contrôle pour l'intensité moyenne, ce que nous avons fait dans l'objectif que l'exploration de l'effet des sensibilités sur la variabilité intra-individuelle du contre-transfert ne soit pas teintée par cet effet plancher, une grande part de variabilité est retirée. En dépit l'artificialité potentielle de ces observations, il pourrait également être plausible de croire que les contre-transferts négatifs ne sont réellement pas aussi intenses qu'on pourrait le penser. Donc, il se pourrait que le fort lien existant entre l'intensité et la variabilité intra-individuelle des contre-transferts négatifs ne soit pas si étrange, ni artificiel que cela puisse paraître. Par ailleurs, puisque l'intensité moyenne du contre-transfert, tout comme la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, semble aussi dépendre des sensibilités personnelles des thérapeutes, on pourrait imaginer retrouver ces relations de façon générale.

Hypothèse d'effet d'interaction. L'hypothèse d'effet d'interaction, qui stipulait que plus faible est le score composite regroupant l'ensemble des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, plus fort sera le lien négatif entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert, n'est pas corroborée. En

effet, aucun des effets de l'interaction de la sensibilité et des capacités de gestion du contre-transfert sur les trois types de variabilité ne ressort de façon significative.

À ce sujet, puisque le lien entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert est positif pour les trois types de variabilité (effets principaux), contrairement à ce qui était postulé dans la première hypothèse, il aurait été surprenant d'observer des effets simples négatifs de cette sensibilité sur les trois types de variabilités du contre-transfert en fonction de l'ampleur des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. En un sens, les relations obtenues étant dans le sens contraire à celles postulées à la première hypothèse, la probabilité que la seconde soit corroborée devenait infime.

Cependant, en vertu de la position théorique des auteurs de la conception intégrative du contre-transfert, on aurait tout de même pu s'attendre à un effet de modération des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert et ce, indépendamment du sens des liens trouvés entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert. En effet, selon ces auteurs, qui conçoivent le contre-transfert comme étant entièrement lié aux vulnérabilités personnelles (Hayes et al., 2011) et qui ont trouvé un lien négatif entre les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert et l'agissement du contre-transfert (Gelso et Hayes, 2007), on pouvait supposer que ces dernières puissent influencer la capacité des thérapeutes à

ressentir une variété de contre-transfert en élargissant, notamment, l'étendue du répertoire émotionnel des thérapeutes.

Or, on a plutôt trouvé un effet principal négatif de ces caractéristiques sur la variabilité du contre-transfert. Autrement dit, plus les scores obtenus sur les cinq caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sont élevés, moins les thérapeutes interrogés ont rapporté des contre-transferts variés. De plus, en cherchant à approfondir ce lien, nous avons tenté de voir si l'effet des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité du contre-transfert dépend de l'ampleur des sensibilités personnelles des thérapeutes. L'analyse des effets d'interaction révèle que celles-ci ne semblent pas interagir avec les sensibilités personnelles des thérapeutes, et ce, pour les trois types de variabilité. Ces résultats vont donc à l'inverse de ce qui pouvait être attendu en termes d'effet de modération sur le lien entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert – où on s'attendait en fait à ce que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert permettent de diminuer l'influence négative supposée des sensibilités personnelles des thérapeutes sur la variabilité du contre-transfert. Cependant, certains indices nous permettent d'avancer quelques pistes d'explications concernant les différentes façons dont les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert pourraient agir sur la variabilité du contre-transfert.

D'abord, les résultats révèlent une association positive et significative entre l'intensité moyenne du contre-transfert, soit la tendance du participant à rapporter des intensités plus ou moins élevées, et la variabilité du contre-transfert. Autrement dit, cet effet principal révèle que plus les participants rapportent des contre-transferts intenses, plus ils rapportent des contre-transferts variés pour les trois types de variabilité.

Ensuite, en cherchant à savoir si l'effet des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité du contre-transfert dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert, nous avons découvert des effets d'interaction significatifs pour la variabilité générale du contre-transfert et pour la variabilité des contre-transferts positifs. Ainsi, les résultats observés indiquent un effet négatif des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité générale du contre-transfert quand l'intensité moyenne du contre-transfert est moyenne ou élevée et sur la variabilité des contre-transferts positifs quand l'intensité moyenne du contre-transfert est élevée. Autrement dit, quand l'intensité moyenne du contre-transfert est moyenne ou haute, il semble y avoir moins de variabilité – ce qui se passerait si les participants rapportent vivre plein d'émotions différentes intensément ou seulement quelques-unes intensément (au point où ça pourrait « déborder »). À ce sujet, les conclusions de l'étude qualitative de Sedgwick (1994) offrent un début d'explication. En effet, dans les témoignages des thérapeutes interrogés, certains professionnels font le lien entre des niveaux plus élevés d'intensité affective et une sur-identification au vécu du client ou une difficulté à demeurer sensible à ce qui émerge dans la relation. Pour retrouver une distance

affective thérapeutique, plusieurs auraient eu recours à des techniques s'apparentant aux capacités de conceptualisation, à l'introspection ainsi qu'à la gestion de leur anxiété pendant et après la séance. En accord avec ces observations, on pourrait supposer que dans des situations où les contre-transferts sont plus intenses, les techniques rapportées et qui s'apparentent en quelque sorte aux caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, soutiennent la gestion du contre-transfert en aidant à contenir (réduire l'intensité) les contre-transferts intenses de façon à pouvoir les utiliser (p. ex., de façon à ne pas agir le contre-transfert). En conséquence, l'intensité uniformément diminuée pourrait avoir contribué à une réduction de la variabilité du contre-transfert (voir Tableau 2 pour constater les impacts de l'uniformisation sur les scores de variabilité du contre-transfert fictifs).

Concernant la variabilité des contre-transferts positifs, les résultats mettent en lumière un effet positif des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur ce type de variabilité lorsque l'intensité moyenne est basse. Autrement dit, en présence d'un niveau bas d'intensité moyenne du contre-transfert, les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert semblent favoriser la variabilité des contre-transferts positifs. Contrairement à notre hypothèse voulant que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert agissent sur la variabilité en réduisant son intensité lorsque celle-ci est moyenne ou élevée, il se pourrait que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert agissent sur la composante de nature de la variabilité en présence d'un niveau bas d'intensité moyenne du contre-transfert. En

effet, on pourrait penser que dans ces situations précises, les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert pourraient permettre plus de variabilité en maximisant l'attention du thérapeute quant aux nuances de son expérience affective positive. Cette idée (nature > intensité) est également appuyée par le fait que lorsque l'intensité moyenne est faible, la variabilité l'est aussi (effet plancher). En effet, c'est comme si en présence de contre-transferts positifs moyens de faible intensité, la variabilité des contre-transferts positifs des participants présentant des scores plus élevés sur le plan des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert serait moins influencée par l'effet plancher que la variabilité de ceux qui ont des scores plus faibles.

Ces explications sont en accord avec ce que rapporte Leidenfrost (2015) dans sa thèse à l'effet que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert pourraient être interpellées différemment dans la gestion des contre-transferts en fonction de la nature et de l'intensité des contre-transferts. Par exemple, en présence de contre-transferts de basses intensités, les capacités de conceptualisation pourraient, à elles seules, être particulièrement importantes dans la gestion du contre-transfert. On pourrait s'imaginer dans ce contexte qu'une bonne connaissance des explications théoriques sur ce type d'expérience pourrait attirer l'attention du thérapeute envers son expérience et l'amener à la nuancer, ce qui augmenterait en retour la variabilité du contre-transfert et plus particulièrement, la variabilité des contre-transferts positifs. En présence de contre-transferts plus intenses, l'auteur suggère cependant que ces capacités pourraient être

insuffisantes en l'absence d'autres caractéristiques, telles qu'une bonne gestion de l'anxiété et l'intégration de l'identité.

De fait, même si les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert ne semblent pas modérer le lien entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert, nos résultats suggèrent tout de même que celles-ci semblent avoir l'impact général attendu (Gelso et Hayes, 2007). En effet, ces caractéristiques semblent permettre de moduler l'expérience contre-transférentielle de façon à être en mesure de l'identifier avec plus de nuance dans des moments d'intensité variable, où cette capacité pourrait se perdre, malgré leur relative indépendance quant aux liens unissant les sensibilités personnelles des thérapeutes et leur capacité à ressentir une variété de contre-transfert. À ce sujet,

Résilience psychologique. Une autre piste d'explication quant aux liens positifs trouvés entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert s'inspire des travaux portant sur la résilience psychologique. La résilience psychologique (en tant que trait de personnalité) réfère à la capacité usuelle de l'individu à s'adapter positivement à l'adversité (Southwick et al., 2014). Plusieurs auteurs ont observé un lien positif entre la résilience des thérapeutes et leur efficacité thérapeutique (Green et al., 2014; Pereira et al., 2017), alors que d'autres auteurs ont observé un lien positif entre la résilience et la flexibilité affective (Waugh et al., 2008) – à laquelle nous avons aussi référé antérieurement en termes de « Résilience du Moi », mais qui fait

également écho à la variable d'intérêt de la présente étude : la variabilité intra-individuelle du contre-transfert. En s'appuyant sur les conclusions de ces auteurs, l'effet principal significatif observé dans notre étude pourrait, en partie, être explicable par le fait que les participants qui présentent des niveaux plus élevés de caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert pourraient aussi présenter des niveaux plus élevés de résilience psychologique. Bien que cette variable n'ait pas été mesurée directement dans le cadre de la présente étude, cette hypothèse est plausible dans le contexte où elle pourrait aussi expliquer l'effet d'interaction significatif observé en parallèle avec la vérification de notre deuxième hypothèse, soit un effet de modération des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur le lien entre l'intensité moyenne du contre-transfert et la variabilité du contre-transfert. En effet, les études portant sur les liens entre la résilience et la régulation des émotions nous apprennent que les personnes les plus résilientes sont généralement plus compétentes dans la régulation de leurs émotions en termes de récupération (capacité à retrouver rapidement des niveaux normaux et moyens d'activation à la suite d'un stressor de haute intensité; Tugade et Fredrickson, 2007; Waugh et al., 2011). Notamment, la résilience serait associée à une facilité accrue à utiliser les indices contextuels pour se rassurer, contenir les émotions négatives intenses et à les ressentir avec plus de nuance (et possiblement, avec moins de rigidité sur les plans de l'intensité et/ou de la nature). S'apparentant aux caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, de telles aptitudes auraient pu, en présence d'une tendance à ressentir des contre-transferts intenses, permettre aux participants de contenir leurs contre-transferts de façon à pouvoir les utiliser, entraînant une diminution des scores de

variabilité du contre-transfert. Nous faisons ainsi l'hypothèse que la réduction de la variabilité observée en présence de niveaux d'intensité moyenne élevés est tributaire des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert et qu'elle se situe sur le plan de l'intensité (meilleure contention) et non sur la nature (il pourrait y avoir plus de nuance à ce niveau). Compte tenu des limites dans l'interprétation de la variabilité et du fait que la résilience n'est pas une variable qui a été mesurée, il est cependant impossible de vérifier ces hypothèses avec les résultats actuels.

Variabilité intra-individuelle du contre-transfert : sensibilité ou réactivité?

Les résultats obtenus aux analyses de régression hiérarchique sur les trois scores de variabilité (générale, positifs et négatifs) permettent également de relever quelques précisions concernant leur interprétation, entre autres à savoir si la variable de variabilité du contre-transfert témoigne d'une flexibilité (capacité à ressentir des contre-transferts variés similaire à celle observée par Abargil et Tishby (2021)) ou d'une forme de réactivation contre-transférentielle dérégulée. Selon plusieurs auteurs, la réactivation contre-transférentielle dérégulée peut parfois être reconnue par son intensité (élevée), ajoutant que des exceptions sont possibles (Gelso et Hayes, 2007; Kiesler, 2001). Les auteurs soulignent cependant que toute forme de chronicité dans le contre-transfert révèle possiblement une réactivation des vulnérabilités personnelles. Partant de cette conception théorique, nous avons cherché à savoir si l'effet de la classe de sensibilités personnelles sur la variabilité du contre-transfert dépend de l'intensité moyenne du contre-transfert. Dans le cas d'une réactivation contre-transférentielle dérégulée, nous aurions

possiblement trouvé une interaction significative indiquant que l'effet de la classe de sensibilités personnelles sur la variabilité du contre-transfert serait tributaire de niveaux élevés d'intensité moyenne. Or, nous n'avons pas trouvé ce type de relation, ce qui nous permet de penser que la variabilité observée dans l'étude témoigne davantage de la capacité des thérapeutes à ressentir et à nommer une variété d'expériences contre-transférentielles (c.-à-d. une sensibilité), qu'à une réactivité (qui s'apparenterait à une forme de débordement) étant donné l'effet relativement indépendant de l'intensité moyenne sur cette relation.

Dans la même veine, bien que l'effet d'interaction de l'intensité moyenne et des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert sur la variabilité des contre-transferts négatifs ne soit qu'une tendance statistique, celui-ci est plus faible ($\beta = 0,063$) que celui observé pour la variabilité générale ($\beta = - 0,241$) ou la variabilité des contre-transferts positifs ($\beta = - 0,334$). Ces observations font écho aux travaux de Waugh et al. (2011), qui ont observé un lien positif entre la résilience et la flexibilité émotionnelle quant aux affects positifs. Plus précisément, les auteurs de cette étude ont remarqué que plus les participants avaient des scores élevés de résilience (trait), plus ils rapportaient de variabilité quant aux affects positifs, mais ce n'était pas le cas pour les affects négatifs. Leurs conclusions révèlent ainsi que les personnes plus résilientes auraient, comme stratégie d'adaptation, tendance à générer plus d'affects positifs face à l'adversité que les personnes moins résilientes. De plus, compte tenu du fait que l'effet d'interaction de l'intensité moyenne du contre-transfert et des caractéristiques associées à une gestion

efficace du contre-transfert est plus important pour la variabilité des contre-transferts positifs que pour la variabilité des contre-transferts négatifs, on pourrait imaginer un effet plus spécifique de la résilience chez ceux qui ont des scores élevés de caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. Autrement dit, le lien entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité des contre-transferts positifs pourrait être expliqué par la résilience psychologique de ces individus et ceci serait encore plus vrai pour les personnes qui ont des scores élevés de caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, en ce qu'elles seraient encore plus résilientes que les autres.

Implications pratiques

Formation et supervision. Les conclusions de la présente étude concernant les associations entre les sensibilités personnelles des thérapeutes, les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert et la capacité à ressentir une variété de contre-transfert appuient les conclusions préliminaires de Cartwright et al. (2014, 2015, 2018, 2021) voulant que la formation de base des psychologues aurait avantage à inclure un volet portant spécifiquement sur le phénomène de contre-transfert. Les auteurs suggèrent en effet que l'atelier trans théorique conçu pour les futurs thérapeutes dans le cadre de leur programme de recherche facilitait la gestion du contre-transfert par le biais d'une conscience accrue des émotions ressenties et d'une meilleure capacité à conceptualiser leur expérience.

En plus des apports susmentionnés concernant la formation de base des futurs thérapeutes, les conclusions de la présente étude font écho à celles de plusieurs autres voulant que la pratique des thérapeutes, novices comme expérimentés, bénéficiera du soutien que peut fournir la supervision en matière de gestion du contre-transfert (Baribault, 1999; Bessette, 2013; Hayes et al., 2018). En effet, compte tenu de son accès privilégié, mais extérieur, le superviseur détient une position avantageuse pour être en mesure de soulever les zones d'ombre chez le supervisé en ce qui concerne les dynamiques affectives évoquées dans le contexte de la thérapie avec ses clients tout en favorisant l'élaboration de l'expérience de contre-transfert.

Pour aller plus loin, les conclusions de Gait et Halewood (2019) appuient l'idée que les futurs psychologues devraient être encouragés et soutenus dans l'élaboration de leur expérience de contre-transfert, notamment en normalisant l'expérience de contre-transfert. Dans sa thèse, Bessette (2010) exprimait justement comment les réactions de contre-transfert négatives et intenses sont souvent jugées incompatibles avec une attitude professionnelle alors qu'au contraire, l'auteure souligne combien celles-ci gagnent à être verbalisées et analysées afin de les mettre au service de la thérapie. Pour ces mêmes raisons, elle ajoute que les thérapeutes devraient ainsi être encouragés à exprimer leur contre-transfert en supervision, qu'il soit négatif ou non, étant donné l'importance d'entretenir un accès le plus libre possible à l'ensemble des émotions.

En accord avec les propos de plusieurs auteurs (Friedman et Gelso, 2000; Ligiéro et Gelso, 2002) voulant qu'à tort, l'accent soit souvent mis sur l'exploration des contre-transferts négatifs et intenses en supervision, nos résultats soutiennent l'importance de porter une attention égale aux contre-transferts positifs et de faibles intensités, compte tenu de leur importance équivalente (Gelso et Perez-Rojas, 2017), mais également de leurs impacts négatifs souvent insoupçonnés sur le processus s'ils ne sont pas pris au sérieux.

Thérapie personnelle. Bien qu'il n'a pas été possible d'explorer l'effet de la thérapie personnelle sur la variabilité intra-individuelle du contre-transfert dans le cadre de la présente étude, la composition de notre échantillon ainsi que les liens observés entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité du contre-transfert fournissent également un appui supplémentaire aux conclusions de plusieurs auteurs voulant que la formation des psychologues n'est pas un substitut à la thérapie personnelle (Gelso et Hayes, 2007; Wheeler, 2007). De fait, pour plusieurs auteurs la thérapie personnelle devrait faire partie intégrante de la formation et de la pratique clinique des thérapeutes au même titre que la formation continue. À ce sujet, Halewood et Tribe (2003) ont énuméré les différentes façons dont la thérapie personnelle pouvait enrichir la pratique des professionnels en psychologie, notamment par une meilleure compréhension de la façon dont leurs sensibilités personnelles peuvent être réactivées dans le contexte de la thérapie et influencer leur capacité à gérer leur contre-transfert. Par exemple, la thérapie personnelle pourrait soutenir les thérapeutes dans la reconnaissance des besoins qui n'ont pas pu être comblés (Johnson, 1987). Leurs besoins désormais reconnus, ces thérapeutes

pourraient être plus disposés à être « utilisés » par leur client – une condition nécessaire à l’accomplissement de la phase de réception du contre-transfert (Tansey et Burke, 1989) et ultimement, à la capacité à ressentir une variété de contre-transfert. De plus, la proportion notable de professionnels présentant des degrés plus importants de sensibilités personnelles soutient l’importance de normaliser la présence de sensibilités personnelles au sein de cette population.

En lien avec l’interaction observée entre l’intensité moyenne et les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert, la thérapie personnelle pourrait également soutenir les thérapeutes à développer et cultiver les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert et ainsi mieux réguler l’intensité émotionnelle inhérente à la réactivation de certaines sensibilités personnelles. Dans une méta-analyse récente, Hayes et al. (2018) mettaient justement en évidence l’importance de cultiver la conscience de soi (*self-insight*) dans la détection des contre-transferts plus marqués sur le plan de l’intensité et des différentes façons dont l’inconscient du thérapeute pourrait le trahir dans sa pratique (Robertiello et Schoenewolf, 1987). Les auteurs soulignaient également l’importance de cultiver l’intégration de l’identité (*self-integration*) par un travail personnel visant à résoudre les conflits non résolus de sorte à limiter les impacts négatifs de ces derniers sur la variabilité du contre-transfert.

Forces, limites et recherches futures

La présente étude comporte plusieurs forces et limites devant être considérées lors de l'interprétation des résultats et dans l'évaluation de leur portée, notamment en ce qui concerne l'échantillon, les choix méthodologiques effectués, le déroulement de l'étude, l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Diverses pistes de recherches futures sont évoquées.

D'abord, il est intéressant de noter que, contrairement à la majorité des études empiriques portant sur le contre-transfert, notre échantillon ($N = 111$) est composé d'une relativement plus grande proportion de professionnels expérimentés (67,6%) que de professionnel en formation. De plus, en comparant les résultats obtenus aux analyses descriptives de l'échantillon au plus récent rapport émis par l'OPQ répertoriant les données démographiques de ses membres, l'échantillon semble représentatif de la population réelle de psychologues en ce qui concerne la répartition du genre (77%), ce qui contribue à la validité de l'étude (Ordre des psychologues du Québec, 2020b; voir Tableau 1). Cependant, nous croyons que le déroulement de l'étude, de même que la période durant laquelle s'est déroulé le recrutement pourraient avoir influencé la composition de notre échantillon. En effet, étant donné que 1) le temps requis pour participer à l'étude était élevé (environ une heure) et demandait un niveau de concentration élevé et 2) le niveau de sollicitation de la population à l'étude était très élevé au moment du recrutement (augmentation du nombre de demandes de consultation allant jusqu'à 39,5% de plus selon le secteur d'activité dans le contexte de la pandémie COVID-19; Ordre des psychologues

du Québec, 2020a), il est possible que les participants ayant (ou n'ayant pas) complété les deux parties de l'étude possèdent des caractéristiques particulières (p. ex., une meilleure santé psychologique découlant potentiellement du fait qu'ils ont déjà bénéficié d'une psychothérapie). Or, un tel biais d'échantillonnage pourrait limiter la généralisation des résultats. Il se peut également que ces mêmes circonstances puissent avoir contribué à la faible rétention des participants (49,2%). Or, un plus grand échantillon aurait probablement contribué à l'augmentation de la puissance statistique de nos analyses et permettre une classification plus révélatrice et nuancée des participants quant aux différents niveaux de sensibilités personnelles. Afin d'accroître la rétention des participants, il pourrait notamment être pertinent de trouver un moyen de réduire le temps requis pour la participation (p. ex., réduire le nombre de questionnaires à l'étude, utiliser les formats abrégés des instruments de mesure).

Ensuite, la rigueur scientifique sous-tendant la plupart des choix méthodologiques effectués, allant du devis de recherche à l'analyse des données, constitue l'une des plus grandes forces de la présente étude. Notamment, un soin particulier a été porté à l'élaboration des stimuli employés dans la partie expérimentale de l'étude qui s'est accomplie au moyen d'un processus itératif rigoureux suivant les recommandations de Fauth (2006) sur le sujet, entre autres par l'implication d'experts et le recours à des acteurs professionnels. Or, bien que l'usage de tels stimuli permette un contrôle expérimental accru, la validité externe des résultats pourrait être limitée par l'aspect fictif de celles-ci. De plus, bien que les vignettes employées dans la présente étude étaient jugées adéquates

du point de vue de leur contenu, il est possible que la qualité de l'enregistrement de certaines d'entre elles puisse avoir interféré avec la validité des réponses obtenues. De fait, même si les participants ont été avertis des variations d'amplitude dans le son des vignettes de façon à les préparer à ajuster le son au besoin, il se peut tout de même que certains en aient « échappé » certaines parties. Par ailleurs, bien que rien ne nous indique actuellement que la durée des vignettes employées puisse avoir interféré avec la validité des réponses obtenues, nous pourrions nous demander si celles-ci étaient suffisamment longues pour permettre le déploiement du contre-transfert chez les participants.

Une autre limite à propos de certains choix méthodologiques de l'étude concerne le fait que l'étude repose entièrement sur l'utilisation d'instruments de mesure autorévéllés. En effet, les réponses obtenues au moyen de mesures autorévéllés sont limitées aux aspects conscients et accessibles aux participants au moment de répondre à l'étude. De plus, les réponses obtenues aux différentes mesures de l'étude pourraient avoir été influencées par une forme de désirabilité sociale chez les participants, qui par leur expertise professionnelle, pourraient avoir été davantage en mesure de déceler les construits évalués par les mesures qu'une autre population donnée. Une autre limite de l'étude concerne l'utilisation du FWC-58, une mesure autorévéllée et indicée, pour mesurer l'expérience de contre-transfert des participants. D'une part, on pourrait s'imaginer qu'une telle mesure n'était possiblement pas à même de capter les nuances et la complexité des contre-transferts ressentis dans un contexte réel de thérapie, limitant la généralisation des résultats. D'autre part, il se peut que la suggestion d'affects ait pu

influencer les réponses des participants, que ce soit en les poussant à sélectionner une plus grande quantité d'affects, ou encore à sélectionner des affects différents de ceux qu'ils auraient rapportés de façon auto générée. De plus, les contre-transferts rapportés pourraient avoir été limités à ceux qui ont, par leur intensité, marqué le thérapeute, ou encore à ceux dont il se souvient. Dans la même veine, l'utilisation d'une version autorévélee du CFI-R, une mesure initialement conçue pour être complétée par le superviseur, pourrait avoir nui à la validité des résultats. De fait, bien que des versions autorévélees du CFI-R et autres versions dérivées de l'outil original aient déjà été utilisées dans d'autres études (Alger et Gushwa, 2021; Laberge, 2019; Rosenberger et Hayes, 2002), cet usage n'est pas conventionnel et est généralement critiqué par ses auteurs. De plus, la validation de la traduction francophone du questionnaire n'a pas encore été effectuée. Or, l'utilisation d'une version traduite et validée de l'outil aurait été préférable afin de pouvoir statuer avec plus d'assurance sur ses qualités psychométriques. En concordance avec les suggestions de Hayes (2004) concernant la mesure du phénomène de contre-transfert, il pourrait être également intéressant d'étudier les manifestations physiologiques des fluctuations émotionnelles pour corroborer les éléments verbalisés (p. ex., mesure de la réponse galvanique de la peau et du rythme cardiaque pendant le visionnement). Une autre façon de procéder, et qui aurait permis de tenir compte de l'influence négative de mesures indicées sur le rappel des émotions, pourrait être de récolter des réponses qualitatives pour ensuite les traiter au moyen d'une grille d'analyse, comme celle proposée par Lecours (2002) avec la Grille d'élaboration verbale de l'affect

(GÉVA), qui permettrait de catégoriser les manifestations affectives selon divers degrés d'élaboration.

Malgré l'aspect novateur et pratique d'une étude expérimentale se déroulant entièrement en ligne (p. ex., accessibilité, recrutement), l'impossibilité d'assurer le respect des conditions expérimentales (connexion internet de bonne qualité, visionnement complet des vignettes, bonne compréhension du français) constitue une autre limite de l'étude. À ce sujet, les statistiques de visionnement de YouTube révèlent que pour une partie de l'auditoire, les vignettes n'ont pas été visionnées en totalité. Il est cependant et malheureusement impossible de déterminer si les données obtenues et utilisées dans les analyses proviennent, ou non, des participants qui n'ont pas visionné les vignettes au complet. Finalement, l'absence d'une mesure documentant la disponibilité psychologique et émotionnelle des participants ainsi que la présence de facteurs susceptibles de la réduire constitue une autre limite de l'étude. D'abord, puisque la partie expérimentale venait après la passation des questionnaires, il se peut que les participants qui ont choisi de poursuivre leur participation après avoir complété la première partie aient ressenti de la fatigue, une réduction de leurs capacités attentionnelles, et possiblement expérimenté des difficultés dans la phase de réception de leur contre-transfert, ce qui aurait ainsi pu contribuer à la diminution de la validité des réponses obtenues (Tansey et Burke, 1989). Corollairement, les dispositions psychologiques des participants pourraient être influencées par d'autres facteurs, ceux-ci indépendants de la participation à l'étude, lesquels pourraient influencer l'expérience de contre-transfert rapportée. Une solution à ce problème pourrait être qu'au

début de l'expérimentation et/ou pendant la participation, une mesure du niveau d'attention pourrait être effectuée en demandant si l'état mental actuel est représentatif de l'état mental général et/ou en investiguant pour la présence d'un événement récent qui pourrait expliquer l'état dans lequel le participant est au moment de la participation. De la même façon, entre chaque nouvelle exposition, soit avant de récolter les données de contre-transfert, il pourrait être intéressant de recommander aux participants de prendre une pause entre chaque visionnement.

Finalement, l'originalité et l'audace de la présente étude, de même que la pertinence clinique et scientifique de ses résultats représentent indéniablement ses plus grandes forces. Cependant, nous relevons une ultime limite en ce qui concerne l'analyse des données et l'interprétation des résultats. En effet, bien que la façon dont la variabilité intra-individuelle du contre-transfert a été calculée est la méthode qui fait actuellement consensus dans la littérature et qu'elle permette, jusqu'à un certain point, de documenter les fluctuations sur les plans de l'intensité et de la nature des expériences affectives des thérapeutes, les scores obtenus par le calcul de l'écart-type moyen ne permettent pas de saisir avec finesse l'ensemble des variations affectives, de même que le caractère particulier de l'expérience de contre-transfert des participants. Découlant de ceci, l'interprétation et l'explication des résultats ont été limitées par l'impossibilité de déterminer à quel endroit se situait la variabilité rapportée : se situait-elle sur le plan de l'intensité à certains moments, alors qu'à d'autres elle se situait sur le plan de la nature des affects ressentis? Est-ce que certains aspects de la personnalité des thérapeutes

influencent la variabilité sur le plan de la nature alors que d'autres influencent l'intensité? De futures études gagneraient à s'attarder à documenter la variabilité du contre-transfert de façon à pouvoir en tirer un portrait à la fois plus précis et plus nuancé. Aussi, bien que les liens entre la variabilité du contre-transfert et l'efficacité thérapeutique aient été documentés par Abargil et Tishby (2020), ceux-ci gagneraient à être reproduits dans différents contextes, avec un plus grand échantillon et en tenant compte des sensibilités personnelles des thérapeutes.

Par ailleurs, bien qu'une attention ait été portée aux différences de variabilité en fonction du moment de la thérapie dans l'élaboration des stimuli, celles-ci n'ont pas été prises en compte dans les analyses – au même titre que nous n'avons pas tenu compte de l'effet de la présentation (psychopathologie) du client dans nos analyses. Or, il aurait été intéressant d'en tenir compte afin de documenter l'effet du client sur les variables à l'étude et ainsi, obtenir un portrait plus juste quant aux liens les unissant. Afin d'avoir une représentation plus claire de la part de variance attribuable à l'effet des clients quant à la variabilité de l'expérience de contre-transfert, de futures études pourraient tenter d'intégrer ces informations dans leurs analyses.

Conclusion

Les objectifs de la présente étude doctorale étaient de documenter les liens unissant les vulnérabilités personnelles des thérapeutes et la variabilité intra-individuelle du contre-transfert et de documenter l'effet de modération des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. Les résultats obtenus tendent à indiquer que les vulnérabilités personnelles des thérapeutes sont positivement associées à la variabilité de l'expérience de contre-transfert. Spécifiquement, il semblerait que les thérapeutes ayant rapporté un niveau légèrement plus élevé de sensibilités personnelles que la moyenne des gens ont également rapporté une plus grande variété de contre-transferts, indépendamment de leur valence. Ces résultats inédits permettent ainsi de broser un portrait plus nuancé quant aux liens unissant les vulnérabilités personnelles des thérapeutes, l'expérience de contre-transfert et sa variabilité. De plus, ces résultats fournissent en quelque sorte un appui empirique supplémentaire à la théorie du *Wounded Healer* de Jung, tout en apportant des pistes de réflexion intéressantes quant à la façon dont les blessures des thérapeutes, du moins lorsqu'elles n'excèdent pas un certain seuil de gravité, pourraient être liées à l'efficacité de la thérapie. Finalement, ces résultats appuient la pertinence de continuer à s'intéresser aux sensibilités personnelles des thérapeutes dans l'étude des processus thérapeutiques en général, et plus spécifiquement, dans l'étude de la variabilité intra-individuelle du contre-transfert.

Corollairement, les résultats de cette étude ont également permis de mettre en évidence la prévalence somme toute importante, chez les thérapeutes, d'individus présentant des sensibilités personnelles sur le plan de la régulation des besoins relationnels (p. ex., évitement de l'intimité, anxiété d'abandon, dépendance/affiliation) et de l'estime de soi (p. ex., besoins soi-objet, narcissisme grandiose, narcissisme vulnérable, autocritique/efficacité, approche et évitement des besoins d'idéalisation, d'admiration et d'alter ego). Plus précisément, cette observation, bien que secondaire aux objectifs de l'étude, constitue un apport majeur en ce qu'elle appuie les écrits théoriques et scientifiques de plusieurs auteurs voulant que la profession de psychologue soit à même d'attirer des individus présentant ce type de sensibilités. Dans une perspective plus large, cette observation permet de souligner l'importance de sensibiliser et normaliser la présence de telles sensibilités chez les thérapeutes. Elle souligne également l'importance de poursuivre les réflexions entourant leurs impacts positifs et négatifs sur les processus thérapeutiques.

Finalement, les résultats de la présente étude offrent des pistes intéressantes quant à la façon dont les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert contribuent à la gestion du contre-transfert, et plus précisément à sa variabilité. En effet, bien que celles-ci n'exercent pas l'effet de modération attendu sur le lien entre les sensibilités personnelles des thérapeutes et la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, les caractéristiques identifiées semblent tout de même contribuer favorablement à la variabilité de l'expérience de contre-transfert dans certaines situations précises. Nos

résultats permettent effectivement de conclure que les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert jouent un rôle spécifique dans la régulation de l'intensité du contre-transfert et plus particulièrement, en présence d'une prédominance de contre-transferts positifs de basse intensité. Cette étude est la première, à notre connaissance, à étudier les caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert en tant que variable modératrice en lien avec la variabilité du contre-transfert. Ces résultats ouvrent ainsi la voie à l'exploration des mécanismes d'action des caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert en recherche et soulignent l'importance d'en favoriser le développement chez les professionnels, possiblement dans le cadre de formations et de supervisions. Pour aller plus loin, ces résultats semblent également soutenir l'intérêt à tenir compte de la variabilité du contre-transfert positif, et non seulement de celle du contre-transfert négatif, sur lequel on tend peut-être à insister davantage dans la recherche sur le contre-transfert ainsi que dans les contextes de supervision clinique.

En rétrospective, les résultats de la présente étude ont permis de confirmer les apports envisagés de la combinaison d'un devis expérimental et d'un devis corrélationnel. En effet, bien qu'il ne soit pas possible d'identifier des liens de causalité entre les variables étudiées, le recours à un plan expérimental à mesures répétées pour calculer, de façon systématique et contrôlée, la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, a permis d'ajouter un contexte plus susceptible de mettre en relief l'effet de la personnalité des thérapeutes. Ce faisant, il a été possible de faire ce qu'aucune autre étude n'avait fait

jusqu'à ce jour, soit d'amorcer l'identification des sensibilités personnelles associées à la variabilité intra-individuelle du contre-transfert, un phénomène reconnu pour être difficile à étudier, et d'offrir plusieurs pistes de recherche dignes d'être explorées dans le futur.

Références

- Abargil, M. et Tishby, O. (2021). Fluctuations in therapist emotions and their relation to treatment processes and outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(1), 1-18. <https://doi.org/10.1037/int0000205>
- Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Adams, M. (2013). *The myth of the untroubled therapist: Private life, professional practice* (1^{re} éd.). Routledge.
- Aiken, L. S. et West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. SAGE Publications.
- Ainsworth, M. S. et Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE transactions on automatic control*, 19(6), 716-723. <http://dx.doi.org/10.1109/TAC.1974.1100705>
- Alger, B. et Gushwa, M. (2021). Managing Countertransference in Therapeutic Interactions with Traumatized Youth: Creating a Pathway to Making Discomfort Comfortable. *Smith College Studies in Social Work*, 91(3), 234-254. <https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1928585>
- Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L. et Dexter, N. (1986). Problems to anticipate in treating difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 49(4), 350-358. <https://doi.org/10.1080/00332747.1986.11024334>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armelius, K. et Holmqvist, R. (2003). Staff members' feelings toward psychiatric patients related

- to their own and the patient's self-image and gender. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(2), 69-77. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00323>
- Assan, J.-M. (2020). Histoire de León Grinberg et de la contre-identification projective: Compléments et nouveaux apports. *Le Coq-héron*, 242(3), 179-189. <https://doi.org/10.3917/cohe.242.0179>
- Bacal, H. A. et Thomson, P. G. (1996). The psychoanalyst's selfobject needs and the effect of their frustration on the treatment: A new view of countertransference. Dans A. Goldberg (dir.), *Basic ideas reconsidered*. (p. 17-35). Analytic Press.
- Bálint, A. et Bálint, M. (1939). On Transference and Counter-Transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 20, 223-230.
- Bálint, M. (1969). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Northwestern University Press.
- Banai, E., Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2005). « Selfobject » Needs in Kohut's Self Psychology: Links With Attachment, Self-Cohesion, Affect Regulation, and Adjustment. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 224-260. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.2.224>
- Bandura, A., Lipsher, D. H. et Miller, P. E. (1960). Psychotherapists approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.1037/h0043403>
- Baribault, N. (1999). *L'impact de la supervision sur les états mentaux du contre-transfert [mémoire de maîtrise]*. ProQuest Dissertations & Theses Global. (publication no 304555035)
- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice*, 13(3), 257-274. <https://doi.org/10.1080/14753630701455796>
- Barreto, J. F. et Matos, P. M. (2017). Balancing clinical risk with countertransference management protects alliance. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 20(3), 179-186. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.279>
- Barth, F. D. (1988). The patient as a selfobject: A form of countertransference. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52(4), 294-303. <https://www.proquest.com/docview/1298132789?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&imgSeq=1>

- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P. et Cuijpers, P. (2016). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *FOCUS*, 14(2), 229-243. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140201>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bessette, M. (2013). *Changements dans la régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité après une supervision centrée sur la théorie de Masterson*. [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (publication no 1125206051)
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z. et Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Betan, E. J. et Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. Dans R. A. Levy et J. S. Ablon (dir.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*. (p. 179-198). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_8
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107-157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. et Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383.
- Block, J. H. et Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behaviour. Dans W. A. Collins (dir.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (Lawrence Erlbaum Associates, vol. 13, p. 39-101).
- Block, J. H. et Block, J. (2006). Venturing a 30-year longitudinal study. *American Psychologist*,

- 61(4), 315-327. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.315>
- Bokanowski, T. (2011). Sándor Ferenczi et la clinique des cas dits « difficiles ». *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 391. <https://doi.org/10.3917/rfp.752.0391>
- Bollas, C. (2017). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known* (30^e éd.). Routledge. <http://doi.org/10.4324/9781315437613>
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. et Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x>
- Boucher, S., Cyr, M. et Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des expériences dépressives. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(3), 230-237. <https://doi.org/10.1037/cjbs2006010>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. (vol. 2). Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (vol. 3). Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Boyer, L. B. (1994). Countertransference: Condensed history and personal view of issues with regressed patients. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(2), 122-137.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. et Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson et W. S. Rholes (dir.), *Attachment theory and close relationships*. (p. 46-76). The Guilford Press.
- Brody, E. M. et Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-3204.33.3.372>
- Cabré, L. J. M. et Michaud, H. (2012). La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert.

Revue française de psychosomatique, 42(2), 73. <https://doi.org/10.3917/rfps.042.0073>

- Cain, N. M., Pincus, A. L. et Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638-656. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006>
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22-28. <https://doi.org/10.1037/h0095127>
- Campos, R. C. et Mesquita, I. (2014). Narcissism and objectality: Contributions, clinical implications, and links between the models of Sidney Blatt and Heinz Kohut. Dans A. Besser (dir.), *Handbook of the psychology of narcissism: Diverse perspectives* (p. 125-151). Nova Science Publishers.
- Caron, P.-O. (2018). *La modélisation par équations structurelles avec Mplus*. Presses de l'Université du Québec. DOI: 10.2307/j.ctvt1sh9g
- Castonguay, L. G. et Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. (édité par L. G. Castonguay et C. E. Hill). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Catherall, D. R. et Lane, C. (1992). Warrior therapist: Vets treating vets. *Journal of Traumatic Stress*, 5(1), 19-36. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050104>
- Chakhssi, F., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L. et Sommers-Spijkerman, M. (2021). Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of personality disorders*, 35(2), 255-269. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_439
- Chambers, J. (2017). The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodynamic Psychiatry*, 45(4), 542-563. <https://doi.org/10.1521/pdps.2017.45.4.542>
- Chen, Q., Luo, W., Palardy, G. J., Glaman, R. et McEnturff, A. (2017). The Efficacy of Common Fit Indices for Enumerating Classes in Growth Mixture Models When Nested Data Structure Is Ignored: A Monte Carlo Study. *SAGE Open*, 7(1), 215824401770045. <https://doi.org/10.1177/2158244017700459>
- Coburn, W. J. et Goldberg, A. (1998). Patient unconscious communication and analyst narcissistic

- vulnerability in the countertransference experience. Dans *The world of self psychology: Progress in self psychology* (vol. 14, p. 17-31). Analytic Press.
- Colli, A. et Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference: *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000119>
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. et Lingiardi, V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R. et Nolte, T. (2017). Therapist Reflective Functioning, Therapist Attachment Style and Therapist Effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614-625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Corcoran, K. M., Farb, N., Anderson, A. et Segal, Z. V. (2010). Mindfulness and emotion regulation: Outcomes and possible mediating mechanisms. Dans A. M. Kring et D. M. Sloan (dir.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 339-355). The Guilford Press.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. et Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Cuijpers, P., Reijnders, M. et Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G. et Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075.supp>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A. et Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting*

- Psychology*, 22(5), 349-356. <https://doi.org/10.1037/h0044815>
- Cvetovac, M. E. et Adame, A. L. (2017). The wounded therapist: Understanding the relationship between personal suffering and clinical practice. *The Humanistic Psychologist*, 45(4), 348-366. <https://doi.org/10.1037/hum0000071>
- Czarna, A. Z., Zajenkowski, M. et Dufner, M. (2018). How Does It Feel to Be a Narcissist? Narcissism and Emotions. Dans A. D. Hermann, A. B. Brunell et J. D. Foster (dir.), *Handbook of Trait Narcissism* (p. 255-263). Springer International Publishing. http://doi.org/10.1007/978-3-319-92171-6_27
- Dahl, Hanne-Sofie J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., Ulberg, R. et Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient–therapist relationship in the context of patients’ personality pathology and therapists’ parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 460-471. <https://doi.org/10.1037/a0036410>
- Dahl, Hanne-Sofie Johnsen. (2016, juin). *Therapists’ self-reported countertransference and clients’ characteristics*. [présentation]. Présentation communication présentée au 47th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research.
- Dahl, Hanne-Sofie Johnsen, Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C. et Christoph, P. C. (2017). Does Therapists’ Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference: Does Therapists’ Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 462-474. <https://doi.org/10.1002/cpp.2015>
- Dahl, Hanne-Sofie Johnsen, Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O. et 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. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622312>
- Davis, D. M. et Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A. et de Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.008>

- Descôteaux, J. et Laverdière, O. (2019). Narcissisme normal et pathologique: exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines. *Psychothérapies*, 39(2), 55-69. <https://doi/10.3917/psys.192.0055>
- Deutsch, H. (1953). Occult processes occurring during psychoanalysis. Dans G. Devereux (dir.), *Psychoanalysis and the occult*. International Universities Press (Ouvrage original publié en 1926).
- Diguer, L. (2010). Adaptation française du Pathological Narcissism Inventory (PNI: Pincus et al., 2009). *Document inédit, École de psychologie, Université Laval, Québec*.
- Dozier, M., Cue, K. L. et Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793-800. <https://doi/10.1037/0022-006X.62.4.793>
- Eid, M. et Diener, E. (1999). Intraindividual variability in affect: Reliability, validity, and personality correlates. *Journal of personality and social psychology*, 76(4), 662-676. <https://doi/10.1037/0022-3514.76.4.662>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. et Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. et Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguer, L., Berthelot, N. et Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Epstein, L. et Feiner, A. H. (1979). Countertransference: The Therapist's Contribution to Treatment: An Overview. *Contemporary Psychoanalysis*, 15(4), 489-513. <https://doi.org/10.1080/00107530.1979.10745593>
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Tavistock.
- Farber, B. A. et Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. Dans J. H. Obegi et E. Berant (dir.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (p. 46-70). The Guilford Press.

- Farber, Barry A. et Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58-64. <http://10.1037/a0022141>
- Farber, S. K. (2017). *Celebrating the wounded healer psychotherapist: Pain, post-traumatic growth and self-disclosure* (édité par S. K. Farber). Taylor & Francis.
- Fatter, D. M. et Hayes, J. A. (2013). What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychotherapy Research*, 23(5), 502-513. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.797124>
- Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 16-31. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.16>
- Ferenczi, S. (1928). Élasticité de la technique analytique. Dans *Psychanalyse IV (1982)*. Payot.
- Finell, J. S. (1985). Narcissistic problems in analysts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66(4), 433-445.
- Frazier, P. A., Tix, A. P. et Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
- Freud, S. (2003). *L'interprétation du rêve - Œuvres complètes de Freud : 1899-1900* (traduit par J. Altounian, P. Cotet, R. Lainé, A. Rauzy et F. Robert). Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1900).
- Freud, S. (1910). The Future Prospects of Psychoanalytic Therapy, 139-153.
- Freud, S. (1998). Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique. Dans R. Laine et P. Cotet (trad.), *Œuvres complètes de Freud : 1911-1913* (p. 145-154). Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1912).
- Freud, S. (2010). *Dora : fragment d'une analyse d'hystérie* (traduit par F. Kahn et F. Robert). Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1905). <https://www.pep-web.org/document.php?id=se.007.0001a>
- Friedman, S. M. et Gelso, C. J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221-1235. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200009\)56:9<1221::AID-JCLP8>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200009)56:9<1221::AID-JCLP8>3.0.CO;2-W)

- Frisch-Desmarez, C. et De Vriendt-Goldman, C. (2011). Particularités du contre-transfert dans les psychothérapies psychanalytiques précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 309. <https://doi.org/10.3917/psye.542.0309>
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gait, S. et Halewood, A. (2019). Developing countertransference awareness as a therapist in training: The role of containing contexts. *Psychodynamic Practice*, 25(3), 256-272. <https://doi.org/10.1080/14753634.2019.1643961>
- Gamsky, N. R. et Farwell, G. F. (1966). Counselor verbal behavior as a function of client hostility. *Journal of Counseling Psychology*, 13(2), 184. <https://doi.org/10.1037/h0023397>
- Gelso, C. J. et Perez-Rojas, A. E. (2017). Inner experience and the good therapist. Dans L. G. Castonguay et C. E. Hill (dir.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. (p. 101-115). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-007>
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12349-000>
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J. et 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. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.356>
- Gelso, C. J. et Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J. et Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: an initial evaluation. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(7), 861-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.2010>
- Ginot, E. (2001). The holding environment and intersubjectivity. *The Psychoanalytic Quarterly*, 70(2), 417-446. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2001.tb00606.x>

- Glickauf-Hughes, C. et Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 213-221. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.213>
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C. et Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348-362. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- Green, H., Barkham, M., Kellett, S. et Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): A multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.009>
- Greenberg, J. R. et Mitchell, S. A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. *Harvard University Press*. https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Greenberg_and_Mitchell_Drive_Structure_Model.pdf
- Greenson, R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 418-424.
- Grencavage, L. M. et Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Grinberg, L. (1979). Countertransference and projective counteridentification. *Contemporary Psychoanalysis*, 15(2), 226-247. <https://doi.org/10.1080/00107530.1979.10745579>
- Halewood, A. et Tribe, R. (2003). What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(1), 87-102. <https://doi.org/10.1348/14760830260569274>
- Hardy, J. K. (2015). *Distinguishing among within-person variability: Affective intra-individual variability, affective psychological flexibility, and health in a national US sample* [thèse de doctorat, Université du Kentucky]. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering (Vol. 76, Issue 12-B(E)). http://uknowledge.uky.edu/psychology_etds/64
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B. et Andreas, S. (2019). Mentalization as mediator between adult attachment and interpersonal distress. *Psychopathology*, 52(1), 10-17. <https://doi.org/10.1159/000496499>

- Hayes, J. A. (2004). The Inner World of the Psychotherapist: A Program of Research on Countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph002>
- Hayes, J., Gelso, C. J., Wagoner, S. et Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports*, 69(1), 139-148. <https://doi.org/10.2466/PR0.69.5.139-148>
- Hayes, J. A., Gelso, C. et Hummel, A. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hayes, J. A. et Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 284-290. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199103\)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199103)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N)
- Hayes, J. A. et Gelso, C. J. (1993). Male counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 86-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.1.86>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. et Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496-507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Hayes, J. A., Nelson, D. L. B. et Fauth, J. (2015). Countertransference in successful and unsuccessful cases of psychotherapy. *Psychotherapy*, 52(1), 127-133. <https://doi.org/10.1037/a0038827>
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Hofsess, C. D. et Tracey, T. J. G. (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 52-67. <https://doi.org/10.1037/a0018111>
- Holmqvist, R. (2001). Patterns of Consistency and Deviation in Therapists' Countertransference Feelings. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 104-116.
- Holmqvist, R. et Armelius, B.-Å. (1996). Sources of Therapists' Countertransference Feelings. *Psychotherapy Research*, 6(1), 70-78. <https://doi.org/10.1080/10503309612331331588>

- Holmqvist, R. et Armelius, B.-Å. (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 571-584. <https://doi.org/10.1348/147608306X112984>
- Holmqvist, R. et Armelius, K. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 475-490. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<475::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<475::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Y)
- Holmqvist, R., Hansjons-Gustafsson, U. et Gustafsson, J. (2002). Patients' relationship episodes and therapists' feelings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(4), 393-409. <https://doi.org/10.1348/147608302321151907>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G. et Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Jackson, S. W. (2001). Presidential Address: The Wounded Healer. *Bulletin of the History of Medicine*, 75(1), 1-36. <https://doi.org/10.1353/bhm.2001.0025>
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 289-307. <https://doi.org/10.1177/000306518603400203>
- Jacobson, E. (1954). The Self and the Object World. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 9(1), 75-127. <https://doi.org/10.1080/00797308.1954.11822534>
- Janin, C. (2000). Du transfert négatif au transfert du négatif: L'attracteur négatif. *Revue Française de Psychanalyse*, 64(2), 395-405. <https://doi.org/10.3917/rfp.g2000.64n2.0395>
- Janin, C. (2005). La tendresse du chirurgien. *Revue Française de Psychanalyse*, 69(2), 355. <https://doi.org/10.3917/rfp.692.0355>
- John, O. P., Donahue, E. M. et Kentle, R. L. (1991). Big five inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S. et Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Johnson, S. M. (1987). *Humanizing the narcissistic style*. WW Norton & Company.

- Jones, D. R., Graham-Engeland, J. E., Smyth, J. M. et Lehman, B. J. (2018). Clarifying the Associations between Mindfulness Meditation and Emotion: Daily High- and Low-arousal Emotions and Emotional Variability. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(3), 504-523. <https://doi.org/10.1111/aphw.12135>
- Jones, D. R., Smyth, J. M., Engeland, C. G., Sliwinski, M. J., Russell, M. A., Sin, N. L., Almeida, D. M. et Graham-Engeland, J. E. (2020). Affect variability and inflammatory markers in midlife adults. *Health Psychology*, 39(8), 655-666. <https://doi.org/10.1037/hea0000868>
- Kashdan, T. B. et Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A. E. (2015). Evidence-based psychotherapies II: changes in models of treatment and treatment delivery. *South African Journal of Psychology*, 45(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/0081246314538733>
- Kernberg, O. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), 795-829. <https://doi.org/10.1177/000306517602400403>
- Kernberg, O. (1980). *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1992). An ego psychology-object relations theory approach to the transference. Dans N. G. Hamilton (dir.), *From inner sources: New directions in object relations psychotherapy*. (p. 29-51). Jason Aronson.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal Of Clinical Psychology*, 57(8), 1053-1063. <https://doi.org/10.1002/jclp.1073>
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis an examination of the relationship

- between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 459-483. <https://doi.org/10.1177/000306515900700304>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1984). Introspection, empathy, and semicircle of mental health. *Emotions & Behavior Monographs*, 3, 347-375.
- Kohut, H. et Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59(4), 413-425.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C.-C. et Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65-71. <https://doi.org/10.1037/a0022064>
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Hermanto, N. et Joyal-Desmarais, K. (2015). The development of self-definition and relatedness in emerging adulthood and their role in the development of depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Development*, 40(4), 302-312. <https://doi.org/10.1177/0165025415573640>
- Kris, E. (2000). *Psychoanalytic explorations in art*. International Universities Press.
- Laberge, L. (2019). *Gestion défailante du contre-transfert érotique* [mémoire doctoral, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <http://hdl.handle.net/11143/16062>
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R. et Johnson, S. M. (2016). Selecting the Best Items for a Short-Form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140-154. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5^e éd.). Presses Universitaires de France.
- Lapointe, T. (2017). *L'expérience affective des psychothérapeutes en séance: adaptation française et validation du Feeling Word Checklist 58* [thèse de doctorat, Université Laval]. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/28039>
- Latts, M. G. (1997). *A revision and validation of the Countertransference Factors Inventory*

- [thèse de doctorat, Université du Maryland]. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering (Vol. 58, Issue 1–B).
- Latts, M. G. et Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(3), 405-415. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.3.405>
- Leary, M. R. et Gohar, D. (2014). Self-awareness and self-relevant thought in the experience and regulation of emotion. Dans J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation* (2^e éd., p. 376-389). The Guilford Press.
- Leary, T. (2004). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation* (2^e éd.). Wipf and Stock Publishers.
- Lecours, S. (2002). La grille de l'élaboration verbale de l'affect (GÉVA): Manuel de cotation, version 4. Université de Montréal.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A. et Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic psychology*, 12(2), 259-279. <https://doi.org/10.1037/h0079634>
- Leidenfrost, C., M. (2015). *Therapist Countertransference Management and Therapy Outcome in a Naturalistic Setting* [thèse de doctorat, Université Walden]. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering (Vol. 76, Issue 1-B).
- Levy, K. N. et Blatt, S. J. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 541-575. <https://doi.org/10.1080/07351699909534266>
- Levy, R. A. et Ablon, J. S. (dir.). (2009). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- Ligiéro, D. P. et Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X. et Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080-1094.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000245>

Lindqvist, K., Falkenström, F., Sandell, R., Holmqvist, R., Ekeblad, A. et Thorén, A. (2017). Multilevel exploratory factor analysis of the Feeling Word Checklist–24. *Assessment*, 24(7), 907-918. <https://doi.org/10.1177/1073191116632336>

Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A. et Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 85-101. <https://doi.org/10.1002/cpp.2131>

Lion, J. R. et Pasternak, S. A. (1973). Countertransference reactions to violent patients. *American Journal of Psychiatry*, 130(2), 207-210. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.2.207>

Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *The International Journal of Psychoanalysis*, 32, 143-151.

Lo, Y., Mendell, N. R. et Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika*, 88(3), 767-778. <https://doi.org/10.1093/biomet/88.3.767>

Lucchelli, J. P., Laurent, É. et Laurent, É. 1945-. (2009). *Le transfert de Freud à Lacan*. Presses universitaires de Rennes.

Lussier, E. (2015). *Étude sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique* [mémoire doctoral, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <http://hdl.handle.net/11143/6805>

Luyten, P. et Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366-379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>

Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., Target, M. et Blatt, S. J. (dir.). (2015). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. The Guilford Press.

Machado, P. P. P., Beutler, L. E. et Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 39-57. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199901\)55:1<39::AID-JCLP4>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<39::AID-JCLP4>3.0.CO;2-V)

Maroda, K. J. (2004). *The power of countertransference: Innovations in analytic technique* (2^e éd.). Analytic Press.

- Marshall, R. J. (1979). Countertransference in the psychotherapy of children and adolescents. *Contemporary Psychoanalysis*, 15(4), 595-629. <https://doi.org/10.1080/00107530.1979.10745600>
- Marwaha, S., He, Z., Broome, M., Singh, S. P., Scott, J., Eyden, J. et Wolke, D. (2014). How is affective instability defined and measured? A systematic review. *Psychological Medicine*, 44(9), 1793-1808. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002407>
- Mayes, L. C. (2006). Arousal Regulation, Emotional Flexibility, Medial Amygdala Function, and the Impact of Early Experience: Comments on the Paper of Lewis et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 178-192. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.018>
- Mayes, L. C. (2000). A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology*, 24(4), 267-279. <https://doi.org/10.1053/sper.2000.9121>
- Messer, S. B. et Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.21>
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Miller, A. (1979a). Depression and grandiosity as related forms of narcissistic disturbances. *International Review of Psychoanalysis*, 6(1), 61-76.
- Miller, A. (1979b). The drama of the gifted child and the psycho-analyst's narcissistic disturbance. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60(1), 47-58.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S. et Campbell, W. K. (2017). Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 291-315. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045244>
- Mills, D. H. et Abeles, N. (1965). Counselor needs for affiliation and nurturance as related to liking for clients and counseling process. *Journal of Counseling Psychology*, 12(4), 353-358. <https://doi.org/10.1037/h0022767>
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J. et Hill, C. E. (2005). Client and Counselor Trainee Attachment as Predictors of Session Evaluation and Countertransference Behavior in First Counseling

- Sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 298-309.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.298>
- Moltu, C. et Binder, P.-E. (2011). The voices of fellow travellers: Experienced therapists' strategies when facing difficult therapeutic impasses: The voices of fellow travellers. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 250-267.
<https://doi.org/10.1348/014466510X514355>
- Morrison, A. P. (2008). The Analyst's Shame. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 65-82.
<https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745951>
- Muthén, B. et Muthén, L. (1997). *Mplus 8* (version 8). Muthen & Muthen.
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (2002). How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Structural equation modeling*, 9(4), 599-620.
https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0904_8
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357-373. <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/ogden1979.pdf>
- Ordre des psychologues du Québec. (2020a). *Pandémie et pratique des psychologues - Faits saillants du sondage d'octobre*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/sondagecovid19>
- Ordre des psychologues du Québec. (2020b). *Rapport d'activités annuel 2019-2020*. Ordre des psychologues du Québec.
<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/501029/Rapport%20annuel%202019-2020%20-%20FINAL.pdf/4bb94d3a-002e-4438-143c-82f8110de609>
- Orr, D. W. (1988). Transference and countertransference: A historical survey. Dans B. Wolstein (dir.), *Essential papers on countertransference* (p. 91-110). New York City University Press.
- Ostiguy-Pion, R., Séguin, D., Bégin, P., Laverdière, O. et Descôteaux, J. (2017, juin). *Countertransference and empathy toward patients who present with either a borderline or a narcissistic personality disorder* [conférence]. Conférence communication présentée au 48th International annual meeting, Society for Psychotherapy Research.
https://www.researchgate.net/publication/318508338_Countertransference_and_empathy_toward_patients_who_present_with_either_a_borderline_or_a_narcissistic_personality_disorder

- Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macías, M. et Rohwer, H. (2021). Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 62(3), 312-320. <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12717>
- Peabody, S. A. et Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3), 240. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.29.3.240>
- Pereira, J.-A., Barkham, M., Kellett, S. et Saxon, D. (2017). The Role of Practitioner Resilience and Mindfulness in Effective Practice: A Practice-Based Feasibility Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 691-704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory. Dans J. Ogrodniczuk (dir.), *Understanding and treating pathological narcissism* (p. 93-110). American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/14041-006>
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C. et Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Pincus, A. L. et Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 6, 421-446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O. et Salanti, G. (2018). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *BJPsych Advances*, 24(1), 2. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.15>
- Racker, H. (1968). The Countertransference Neurosis. Dans *Transference and Countertransference* (1^{re} éd.). Routledge.
- Racker, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-357. <http://dx.doi.org/10.1080/21674086.1957.11926061>
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429484209>
- Reid, W. (2004). Le contre-transfert, la symbolisation et le don d'absence: Les voies du contre-

- transfert. *Filigrane*, 13(2), 34-47.
- Renik, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. Dans M. J. Horowitz, O. F. Kernberg et E. M. Weinshel (dir.), *Psychic structure and psychic change: Essays in honor of Robert S. Wallerstein, M.D* (p. 135-158). International Universities Press.
- Rizou, E. et Giannouli, V. (2020). An exploration of the experience of trainee integrative psychotherapists on therapeutic alliance in the light of their attachment style. *Health Psychology Research*, 8(3). <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.9177>
- Robbins, S. B. et Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 276-282. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.3.276>
- Robertiello, R. C. et Schoenewolf, G. (1987). *101 common therapeutic blunders: Countertransference and counterresistance in psychotherapy*. Jason Aronson.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. Dans R. Mosher, R. Carle et C. Kehas (dir.), *Guidance: An examination*. Harcourt, Brace & World.
- Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (vol. 3). McGraw-Hill. <https://chester-counselling.co.uk/wp-content/uploads/2018/08/rogers-1959.pdf>
- Rosenberger, E. W. et Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 221-232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.221>
- Røssberg, J. I., Hoffart, A. et Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 45-53. <https://doi.org/10.1080/08039480310000257>
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. et Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, 178(1), 191-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.019>
- Rottenberg, J. (2005). Mood and Emotion in Major Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 167-170. <https://doi.org/10.1111/j.0963->

7214.2005.00354.x

- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3(1), 43-47.
- Sandler, J. (1993). On communication from patient to analyst: not everything is projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74(6), 1097-1107.
- Schore, A. N. (2002). The Neurobiology of Attachment and Early Personality Organization. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 16(3), 249-263.
- Schore, A. N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315680019>
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 461-464.
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333-343. <https://doi.org/10.1007/BF02294360>
- Sedgwick, D. (1994). *The wounded healer: Countertransference from a Jungian perspective*. Routledge. <http://doi.org/10.4324/9780203359921>
- Séguin, M.-H. et Bouchard, M.-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology*, 13(4), 457-474. <https://doi.org/10.1037/h0079705>
- Sharkin, B. S. et Gelso, C. J. (1993). The influence of counselor trainee anger-proneness and anger discomfort on reactions to an angry client. *Journal of Counseling & Development*, 71(5), 483-487. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02229.x>
- Shaver, P. R. et Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. Dans J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Silvia, P. J. (2002). Self-awareness and emotional intensity. *Cognition and Emotion*, 16(2), 195-216. <https://doi.org/10.1080/02699930143000310>
- Slade, A. (2018). Attachment and Adult Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications* (3^e éd.). The Guilford Press.
- Söderberg, A. K., Elfors, C., Larsson, M. H., Falkenström, F. et Holmqvist, R. (2014). Emotional availability in psychotherapy: The usefulness and validity of the Emotional Availability

- Scales for analyzing the psychotherapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 24(1), 91-102. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.826833>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. et Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sperry, L. et Carlson, J. (2013). *How master therapists work: Effecting change from the first through the last session and beyond* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203070956>
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. International Universities Press.
- Spotnitz, H. (1979). Narcissistic countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 15(4), 545-559. <https://doi.org/10.1080/00107530.1979.10745597>
- Spotnitz, H. (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient: Theory of the technique* (2^e éd.). Human Sciences Press.
- Stern, A. (1945). Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14(2), 190-198. <http://dx.doi.org/10.1080/21674086.1945.11925599>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. et Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B. et Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. Dans L. G. Castonguay et C. E. Hill (dir.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p. 71-84). American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/0000034-005>
- Sullivan, H. S. (1954). Basic concepts in the psychiatric interview. *Pastoral Psychology*, 5(48), 39-46. <https://doi.org/10.1007/BF01564923>
- Sussman, M. B. (2007). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy* (2^e éd.). Jason Aronson.
- Szecsödy, I. (2007). Sándor Ferenczi—the first intersubjectivist. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 30(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/01062301.2007.10592801>

- Talia, A., Taubner, S. et Miller-Bottomo, M. (2019). Advances in research on attachment-related psychotherapy processes: seven teaching points for trainees and supervisors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(3). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.405>
- Tansey, M. J. et Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Analytic Press, Inc.
- Tanzilli, A., Colli, A., Del Corno, F. et Linguardi, V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 147-158. <https://doi.org/10.1037/per0000146>
- Tanzilli, A., Muzi, L., Ronningstam, E. et Linguardi, V. (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: An empirical investigation. *Psychotherapy*, 54(2), 184-194. <https://doi.org/10.1037/pst0000111>
- Thylstrup, B. et Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry*, 8(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-21>
- Tishby, O. et Vered, M. (2011). Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship. *Psychotherapy Research*, 21(6), 621-630. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.598579>
- Tishby, O. et Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: An exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research*, 24(3), 360-375. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.893068>
- Tugade, M. M. et Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of Positive Emotions: Emotion Regulation Strategies that Promote Resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 311-333. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
- Turcotte, M. (2011). *Les femmes et la santé* (n° Publication no 89-503-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-503-x/2010001/article/11543-fra.pdf?st=htPHoARc>
- Turmel, V. (2014). *Validation de la structure interne d'une version francophone du Pathological Narcissism Inventory (PNI)* [mémoire doctoral, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/25221/1/31020.pdf>
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. et Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships

- for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725-733. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.725>
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A. et Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 411-421. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.411>
- Verheul, R. et Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 25-38. <https://doi.org/10.1080/09540260601095399>
- Villeneuve-Patry, C. (2022). *Adaptation française et étude des propriétés psychométriques de l'inventaire des besoins soi-objet dans une population générale adulte* [mémoire doctoral, Université de Sherbrooke].
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy* (2^e éd.). The Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2014). We are the tools of our trade: The therapist's attachment history as a source of impasse, inspiration and change. Dans A. N. Danquah et K. Berry (dir.), *Attachment theory in adult mental health: A guide to clinical practice*. (p. 225-239). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wampold, B. E. et Brown, G. S. (Jeb). (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E. et Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2^e éd.). Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203582015>
- Wang, J. et Wang, X. (2019). *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus* (2^e éd.). John Wiley & Sons.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L. et Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 1031-1046. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.005>
- Waugh, C. E., Thompson, R. J. et Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait

- resilience. *Emotion*, 11(5), 1059-1067. <https://doi.org/10.1037/a0021786>
- Werbart, A., Hågertz, M. et Borg Ölander, N. (2018). Matching Patient and Therapist Anaclitic–Introjective Personality Configurations Matters for Psychotherapy Outcomes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9389-8>
- Wheeler, S. (2007). What shall we do with the wounded healer? The supervisor’s dilemma. *Psychodynamic Practice*, 13(3), 245-256. <https://doi.org/10.1080/14753630701455838>
- Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. Dans P. C. Kendall et J. N. Butcher (dir.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (p. 183-221). Wiley.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74. <https://icpla.edu/wp-content/uploads/2017/11/Winnicott-D.-Hate-in-the-Countertransference-Int-J-of-Psycho-.pdf>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595. <https://icpla.edu/wp-content/uploads/2012/10/Winnicott-D.-The-Theory-of-the-Parent-Infant-Relationship-IJPA-Vol.-41-pps.-585-595.pdf>
- Wright, A. G. C., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L. et Conroy, D. E. (2010). The Higher Order Factor Structure and Gender Invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 17(4), 467-483. <https://doi.org/10.1177/1073191110373227>
- Yerkes, R. M. et Dodson, J. D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit Formation. *Journal of Comparative Neurology & Psychology*, 18, 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>
- Yulis, S. et Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(4), 413-419. <https://doi.org/10.1037/h0026107>
- Zeddies, T. J. (1999). Becoming a psychotherapist: The personal nature of clinical work, emotional availability and personal allegiances. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 229-235. <https://doi.org/10.1037/h0087730>

- Zerubavel, N. et Wright, M. O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D., Wielgus, M. S., Powers, T. A. et Franko, D. L. (1983). Construct validation of the Dependency and Self-Criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17(2), 226-241. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(83\)90033-8](https://doi.org/10.1016/0092-6566(83)90033-8)
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M. et Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 65-72. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5501&2_7

Appendice A

Courriel d'invitation envoyé par l'Ordre des psychologues du Québec à ses membres et
lettre de présentation du projet transmise en pièce jointe

Dans le cadre de sa politique de soutien à la recherche, l'Ordre vous transmet une invitation à participer à une recherche intitulée *Expérience de contre-transfert et personnalité des thérapeutes : une expérience expérimentale*.

Ce projet vise à documenter certains éléments de l'expérience du contre-transfert et à mieux comprendre de quelle manière certains aspects de la personnalité des thérapeutes y sont liés. Cette recherche est menée par madame Rose Ostiguy-Pion, candidate au doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke, sous la supervision du Pr Jean Descôteaux, psychologue et professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Cette recherche n'est pas une recherche de l'Ordre et l'Ordre n'y collabore pas non plus.

Les psychologues et psychothérapeutes intéressés par cette recherche sont invités à y participer en [cliquant ici](#)

Pour toute question relative à ce projet, veuillez communiquer avec madame Ostiguy-Pion à l'adresse suivante : Rose.Ostiguy-Pion@USherbrooke.ca.

En vous remerciant de votre habituelle collaboration,

Le service des communications

Ordre des psychologues du Québec

communications@ordrepsy.qc.ca

Objet : Invitation à participer à une recherche portant sur l'expérience de contre-transfert

Bonjour,

Je me nomme Rose Ostiguy-Pion et je suis candidate à l'obtention du doctorat en psychologie clinique, profil recherche et intervention (Ph. D/ R-I) de l'Université de Sherbrooke. Je vous écris dans le but de solliciter votre aide pour la réalisation de ma thèse doctorale, qui vise à mieux comprendre certains aspects de l'expérience de contre-transfert.

Je suis présentement à la recherche de psychologues*, psychothérapeutes* et candidats à la profession de psychologue (en voie ou ayant complété l'internat) qui seraient intéressés à participer à l'étude. Entièrement volontaire et anonyme, la participation à l'étude implique la passation de courts questionnaires documentant certains aspects de votre personnalité et le visionnement de séquences fictives de thérapie (vidéos), le tout se déroulant sur une plateforme de sondage en ligne et d'une durée approximative d'une (1) heure. Pour vous remercier de votre participation, vous serez éligible au tirage de quatre (4) cartes-cadeaux Renaud-Bray d'une valeur de 50 \$ chacune.

**Nous invitons également les superviseurs à partager cette recherche auprès de vos supervisés (candidats à la profession ayant ou en voie de compléter leur internat).*

Je vous remercie d'avance pour votre participation et vous invite à faire circuler la présente annonce à toute personne susceptible d'être intéressée à participer.

Pour plus d'informations et pour participer, veuillez vous rendre sur cette page : <https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index2.php?r=survey/indexetsid=198617etlang=fr> .

Voici l'hyperlien pour la deuxième partie de l'étude, au cas où vous auriez décidé d'enregistrer vos réponses pour poursuivre plus tard et oublié de le sauvegarder : <https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index2.php?r=survey/indexetsid=136117etlang=fr>

Cette recherche est effectuée sous la direction du Pr Jean Descôteaux, professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke.

Appendice B

Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent formulaire vous renseigne sur les modalités de ce projet. En répondant au questionnaire qui suit, vous consentez à participer à cette recherche. Pour vos dossiers personnels, vous pouvez télécharger une copie complète du présent formulaire.

Titre du projet de recherche

Expérience de contre-transfert et aspects de la personnalité des thérapeutes : une étude expérimentale

Personnes responsables du projet de recherche

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre de la thèse doctorale de Rose Ostiguy-Pion, candidate à l'obtention du doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke. Il est effectué sous la supervision du professeur Jean Descôteaux du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez communiquer avec Rose Ostiguy-Pion par courriel à Rose.Ostiguy-Pion@USherbrooke.ca ou avec le Pr Descôteaux par téléphone au 819-821-8000, poste 63366, ou par courriel à Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca. Pour les gens à l'extérieur de la région de Sherbrooke, voici le numéro sans-frais : 1-800-267-8337.

Objectifs du projet de recherche

Le premier objectif de la présente étude sera d'abord de documenter certains aspects de l'expérience de contre-transfert. Le second objectif du projet de recherche sera de mieux comprendre comment certains aspects de la personnalité des thérapeutes sont liés à leur expérience de contre-transfert.

Raison et nature de la participation

En tant que psychologue, psychothérapeute ou candidat à la profession de psychologue en voie de compléter ou ayant complété les 1600 heures d'internat, il vous est proposé de participer à cette recherche. La première partie de l'étude consiste à répondre à un

questionnaire en ligne. Ce questionnaire porte sur vos caractéristiques sociodémographiques et sur certains aspects de votre personnalité. Vous aurez la possibilité d'enregistrer vos réponses pour continuer le questionnaire plus tard en suivant les indications à cet effet. Le temps généralement requis pour compléter cette partie est de 30 minutes.

Ensuite, vous serez redirigé(e) vers la deuxième partie de l'étude, qui consiste en une tâche expérimentale impliquant le visionnement de neuf (9) vignettes audiovisuelles représentant des séquences fictives de thérapie variant entre 2 et 3 minutes chacune. Vous aurez le choix de compléter cette partie immédiatement (si vous vous trouvez dans les conditions requises pour participer, voir le prochain paragraphe) ou d'y revenir plus tard à l'aide de l'hyperlien que vous aurez sauvegardé. À la suite du visionnement de chacune des vignettes, vous devrez remplir un questionnaire cherchant à définir votre expérience émotionnelle. Cette deuxième partie devra être complétée en une seule fois. Le temps généralement requis pour compléter cette partie est de 30 minutes.

Le temps total requis pour compléter l'étude est d'environ une (1) heure. À noter que la participation à ce projet requiert une bonne maîtrise du français, une connexion internet de relativement bonne qualité (avec la possibilité de vous rendre sur le site YouTube) et un environnement calme permettant l'écoute de courtes séquences vidéo. À cet effet, nous recommandons l'utilisation d'écouteurs pour le visionnement. Puisque la qualité du son ainsi que son amplitude tendent à varier entre les vidéos, il vous sera possible d'activer le sous-titrage une fois la page YouTube affichée (l'option se trouve au bas de la vidéo).

Avantages pouvant découler de la participation

La participation à ce projet de recherche pourra être l'occasion d'une réflexion sur vous-même et sur votre pratique professionnelle. En participant à ce projet de recherche, vous contribuez également à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de la recherche sur le processus thérapeutique et sur des variables associées.

Pour vous remercier de votre participation, nous ferons tirer quatre (4) cartes-cadeaux Renaud-Bray d'une valeur de 50 \$ chacune. Les probabilités de gagner dépendent du nombre total de participants et le tirage aura lieu à la fin de la collecte. Les gagnants seront informés personnellement par courriel et les prix seront transmis de la même façon.

Pour participer au tirage, une page s'affichera à la fin de votre participation. Vous serez alors invité(e) à inscrire votre adresse courriel. Veuillez à inscrire une adresse valide puisque si vous gagnez, nous vous contacterons à cette adresse.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner environ une (1) heure de votre temps. Si les questions posées génèrent un malaise ou un inconfort persistant, nous vous invitons à obtenir du soutien auprès d'un professionnel.

Pour accéder gratuitement (ou à faible coût) aux services d'un psychologue ou d'un psychothérapeute, nous vous invitons à consulter les services publics et parapublics (hôpitaux, CLSC, CIUSSS, centres de services psychologiques des universités) de votre région.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, en fermant la fenêtre de votre navigateur web sans terminer le questionnaire. Toutefois, veuillez noter que les données recueillies, que les questionnaires soient remplis ou non, sont automatiquement enregistrées et pourront être utilisées dans l'étude.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis tels que votre identité de genre, votre âge, votre statut conjugal, votre scolarité, votre expérience professionnelle, votre expérience en psychothérapie actuelle et passée, ainsi que les réponses aux questions portant sur votre personnalité et sur votre expérience de contre-transfert

Aucune information qui permettrait de vous identifier ne sera recueillie, et toutes les informations collectées dans cette étude demeureront strictement confidentielles. Les données recueillies seront consignées dans un dossier protégé dans l'ordinateur de la chercheuse responsable. De plus, ni l'adresse IP ni l'adresse de courriel ne sera incluse dans les données et aucun fichier témoin (cookie) ne sera inscrit sur votre ordinateur.

Les informations concernant les mesures de sécurité du fournisseur de l'outil de collecte de données en ligne peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://www.limesurvey.org/fr/politiques/politique-de-confidentialite>. Les résultats seront présentés dans la thèse de doctorat de la chercheuse responsable. Ils pourront aussi être publiés dans des articles scientifiques ou communiqués à des professionnels dans le cadre

de congrès organisés. Les données de recherche seront conservées dix (10) ans après le dépôt de la thèse ou de la publication scientifique, le cas échéant, puis seront détruites de façon sécuritaire.

Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats de la recherche et des publications qui en découlent en communiquant directement avec Rose Ostiguy-Pion ou avec son directeur de thèse, Pr Jean Descôteaux, aux coordonnées présentées ci-haut.

Utilisation secondaire des données

En participant au projet de recherche, vous consentez à ce que les données recueillies puissent être utilisées dans des études ultérieures portant sur des thèmes similaires. Ces études seront préalablement approuvées par le Comité d'éthique de la recherche.

Approbation par le Comité d'éthique de la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche (2019-1515) et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone 819-821-8000, poste 62644 (ou sans-frais au 1-800-267-8337) ou à l'adresse courriel suivante : cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement

En cliquant sur le bouton « Suivant », j'atteste :

- Avoir 18 ans et plus;
- Avoir une bonne maîtrise du français;
- Avoir un environnement immédiat propice à la participation au projet de recherche (calme et favorisant la concentration; permettant l'écoute de courtes séquences vidéo; une connexion internet de relativement bonne qualité avec la possibilité de vous rendre sur le site YouTube);
- Avoir pris connaissance du formulaire d'information et de consentement;
- Consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche;
- Consentir volontairement et librement à une utilisation secondaire des données recueillies dans cette recherche pour des études et publications ultérieures.

Appendice C

Questionnaire sociodémographique

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur votre situation à des fins descriptives. Aucune des informations recueillies ne sera divulguée de manière à pouvoir vous identifier personnellement.

Identification

1. Afin de préserver votre anonymat, nous vous demandons de vous créer un code d'identification personnel. Ce code nous permettra de relier vos réponses entre les différentes parties de l'étude. Pour ce faire, inscrivez les quatre derniers chiffres de votre numéro de téléphone et les trois premières lettres/chiffres de votre code postal.

Par exemple, le numéro de téléphone de Jeanne est le 514-809-7764 et son code postal est le G3L 6V8. Elle inscrira le code suivant : 7764G3L.

*Nous vous suggérons de noter ce code, car vous pourriez avoir à le réutiliser plus tard.

Informations générales

2. Vous êtes :
 - a. Une femme
 - b. Un homme
 - c. Non-binaire/fluide
3. Quel est votre âge ?
4. Quel est votre statut conjugal ?
 - a. Célibataire
 - b. En couple/conjoint(e) de fait
 - c. Marié e)
 - d. Séparé(e)/divorcé(e)
 - e. Veuf/veuve
 - f. Autre
5. Concernant votre scolarité :
 - a. Je termine un doctorat en psychologie clinique dans une université québécoise
 - b. J'ai obtenu un diplôme de doctorat en psychologie clinique dans une université québécoise
 - c. J'ai obtenu un diplôme de doctorat en psychologie à l'étranger (ou équivalent) et je suis en train de compléter le processus de reconnaissance d'équivalence de diplôme ou de formation requis par l'Ordre des Psychologues du Québec

- d. J'ai obtenu un diplôme de doctorat en psychologie à l'étranger (ou équivalent) et j'ai complété le processus de reconnaissance d'équivalence de diplôme ou de formation requis par l'Ordre des Psychologues du Québec
- e. J'ai un diplôme de maîtrise en psychologie obtenu avant 2006 et je suis autorisé à pratiquer la psychologie
- f. J'ai une formation dans un autre domaine et je détiens l'accréditation de l'Ordre des Psychologues du Québec permettant l'accès au titre de psychothérapeute (veuillez inscrire laquelle en commentaire)
- g. J'ai une autre formation (veuillez inscrire laquelle en commentaire)

Expérience professionnelle

- 6. Concernant votre situation professionnelle actuelle :
 - a. Je suis en train de compléter les 1600h d'internat requises à la formation de psychologue
 - b. J'ai complété mes heures d'internat et je pratique en tant que candidat(e) à la profession supervisé(e)
 - c. J'ai complété mes heures d'internat, mais je ne pratique actuellement pas en tant que candidat(e) à la profession supervisé(e)
 - d. Je suis membre de l'Ordre des Psychologues du Québec et je pratique en tant que psychologue ou psychothérapeute
 - e. Je suis membre de l'Ordre des Psychologues du Québec, mais je ne pratique actuellement pas en tant que psychologue ou psychothérapeute
 - f. Autre (veuillez préciser en commentaire)
- 7. Dans quel contexte pratiquez-vous la psychothérapie ?
 - a. J'ai une pratique privée
 - b. Je suis engagé(e) au dans un établissement public (Centre hospitalier, CIUSSS, etc.)
 - c. J'ai une pratique mixte (p. ex., privée et au public)
 - d. Je travaille au sein d'un programme d'aide aux employés (PAE)
 - e. Je fais mon internat dans un milieu privé
 - f. Je fais mon internat dans un milieu public
 - g. Autre (veuillez préciser en commentaire)
- 8. Travaillez-vous auprès d'une/de clientèle(s) en particulier ?
 - a. Non, on me consulte pour des problématiques diverses
 - b. Oui, on me consulte, car je suis spécialisé(e) dans l'intervention auprès de problématiques particulières (veuillez préciser lesquelles en commentaire)
- 9. En tenant compte des 6 derniers mois, combien de clients de psychothérapie voyez-vous en moyenne par semaine ?

10. En comptant à partir du début de votre internat et en incluant l'année actuelle, depuis combien de temps pratiquez-vous la psychothérapie? (Inscrire le nombre de mois approximatif)
11. Êtes-vous actuellement supervisé(e) par un psychologue ou un psychothérapeute accrédité par l'OPQ?
- Oui
 - Non
12. Quelle est votre approche théorique principale ?
- Psychodynamique/analytique
 - Humaniste (p. ex., thérapie non directive, Gestalt, existentielle, etc.)
 - Cognitive et comportementale (p. ex., thérapie rationnelle émotive, dialectique comportementale, cognitive, ACT, etc.)
 - Systémique
 - Intégrative
 - Autre (veuillez préciser)
13. Êtes-vous familier avec la notion de contre-transfert ?
- Oui
 - Non
14. Quelle importance accordez-vous au contre-transfert dans votre pratique? (Si avait répondu oui à la question précédente)
- Le contre-transfert est peu ou pas important pour moi dans ma pratique
 - Le contre-transfert est moyennement important pour moi dans ma pratique
 - Le contre-transfert est essentiel à ma pratique

Thérapie personnelle

15. Avez-vous déjà consulté un(e) psychologue ou un(e) psychothérapeute dans le cadre d'un suivi personnel dans le passé ?
- Non
 - Oui, une fois (optionnel : veuillez indiquer quels étaient votre/vos motif(s) de consultation)
 - Oui, plusieurs fois (optionnel : veuillez indiquer quels étaient votre/vos motif(s) de consultation)
16. Consultez-vous présentement un(e) psychologue ou un(e) psychothérapeute dans le cadre d'un suivi personnel ?
- Non
 - Oui (optionnel : veuillez indiquer quels étaient votre/vos motif(s) de consultation)

17. En combinant toutes vos expériences de psychothérapie, le cas échéant, combien d'heures, approximativement, avez-vous été suivi ? (Si avait répondu oui à l'une ou aux deux questions précédentes)
18. Jusqu'à quel point avez-vous bénéficié de vos expériences de psychothérapie ?
- a. Je n'ai pas du tout bénéficié de ma/mes expérience(s) de psychothérapie
 - b. J'ai minimalement bénéficié de ma/mes expérience(s) de psychothérapie
 - c. J'ai généralement bénéficié de ma/mes expérience(s) de psychothérapie
 - d. J'ai énormément bénéficié de ma/mes expérience(s) de psychothérapie

Appendice D

Version francophone et adaptée pour les proches du *Experience in Close Relationship*

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice E

Version francophone du *Depressive Experience Questionnaire*

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice F

Version francophone du *Self-Object Needs Inventory*

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice G

Version francophone du *Pathological Narcissism Inventory*

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice H

Version traduite du *Countertransference Factor Inventory – Revised*

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice I

Version francophone du *Feeling Word Checklist-58*

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice J

Vignette client 1, vidéo 1

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice K

Vignette client 1, vidéo 2

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice L

Vignette client 1, vidéo 3

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice M

Vignette client 2, vidéo 1

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice N

Vignette client 2, vidéo 2

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice O

Vignette client 2, vidéo 3

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice P

Vignette client 3, vidéo 1

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice Q

Vignette client 3, vidéo 2

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice R

Vignette client 3, vidéo 3

Document retiré pour respect du droit d'auteur

Appendice S

Corrélations bivariées entre les variables à l'étude

Tableau 3*Corrélations bivariées entre les variables à l'étude (suite)*

Variable	20	21	22	23	24	25	26	27
1. VG	0,20*	0,03	0,26**	0,24*	0,07	0,15	0,27**	0,28**
2. VP	0,02	0,15	0,12	0,22*	0,04	0,06	0,17	0,18†
3. VN	0,27**	-0,05	0,29**	0,21*	0,07	0,18	0,28**	0,28**
4. CGCT	-0,43***	0,02	-0,19*	-0,05	-0,13	-0,23*	-0,25**	-0,19*
5. GA	-0,31**	0,21*	-0,08	-0,02	-0,04	-0,15	-0,10	-0,08
6. EMP	-0,23*	0,03	-0,13	-0,01	-0,04	-0,10	-0,09	-0,10
7. CC	-0,39***	-0,10	-0,17	0,02	-0,14	-0,13	-0,28**	-0,16
8. CS	-0,25**	-0,06	-0,14	-0,07	-0,13	-0,21*	-0,20*	-0,08
9. IS	-0,49**	0,00	-0,20*	-0,10	-0,15	-0,30**	-0,28**	-0,30**
10. ÉI	0,05	0,01	-0,02	0,61***	0,02	0,32**	0,08	0,09
11. AA	0,57***	0,07	0,41***	0,25**	0,18	0,44***	0,45***	0,60***
12. DE	0,57***	0,09	0,43***	0,29**	0,17	0,42***	0,40***	0,60***
13. AC	0,66***	0,18	0,35***	0,55***	0,41***	0,50***	0,46***	0,50***
14. EFF	0,23*	0,27**	0,41***	0,45***	0,30**	0,27**	0,23*	0,33***
15. AAD	0,79***	0,29**	0,53***	0,37***	0,55***	0,43***	0,53***	0,71***
16. AID	0,33***	0,39***	0,38***	0,06	0,44***	0,24*	0,35***	0,34***
17. AAE	0,42***	0,23*	0,29**	0,10	0,28**	0,37***	0,35***	0,47***
18. ÉAD	0,50***	0,08	0,35***	0,25**	0,25**	0,29**	0,39***	0,50***
19. ÉIAE	0,28**	0,09	0,05	0,35***	0,16	0,33***	0,18	0,12

Tableau 3*Corrélations bivariées entre les variables à l'étude (suite)*

Variable	21	22	23	24	25	26	27
20. EC	0,25**	0,59***	0,41***	0,54***	0,57***	0,73***	0,72***
21. EA	-	0,48***	0,17	0,50***	0,25**	0,37***	0,34***
22. AS		-	0,30**	0,54***	0,44***	0,46***	0,54***
23. DS			-	0,31**	0,61***	0,31**	0,39***
24. GRA				-	0,32**	0,45***	0,46***
25. DÉV					-	0,56***	0,55***
26. RSD						-	0,65***

Note. $N = 111$. VG = Variabilité générale du contre-transfert. VP = Variabilité des contre-transferts positifs. VN = Variabilité des contre-transferts négatifs. CGCT = Caractéristiques associées à une gestion efficace du contre-transfert. GA = Gestion de l'anxiété. EMP = Empathie. CC = Capacités de conceptualisation. CS = Conscience de soi. IS = Intégration de l'identité. ÉI = Évitement de l'intimité. AA = Anxiété d'abandon. DE = Dépendance. AC = Auto-critique. EFF = Efficacité. AAD = Approche admiration. AID = Approche idéalisation. AAE = Approche alter ego. ÉAD = Évitement admiration. ÉIAE = Évitement idéalisation et alter ego. EC = Estime de soi contingente. EA = Exploitation d'autrui. AS = Autovalorisation par sacrifice de soi. DS = Dissimulation de soi. GRA = Grandiosité. DÉV = Dévalorisation. RSD = Rage et supériorité de droit. Classe = Classe vulnérabilités personnelles des thérapeutes. † $p < 0,1$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Appendice T

Comparaison des résultats obtenus aux analyses de classes latentes avec des échantillons
tirés de la population générale

Comparaison des résultats obtenus aux analyses de classes latentes avec des échantillons tirés de la population générale

Instrument	Échelle	Classe	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Étude comparative <i>M (ÉT)</i>
ECR-12	ÉI	1	2,93	1,19	Fitzpatrick et Lafontaine (2017)
		2	3,16	1,24	2,36 (0,995)
	AA	1	2,27	0,83	Fitzpatrick et al. (2019)
		2	3,89	1,34	3,23 (1,33)
DEQ	DE	1	-1,30	0,81	Zuroff (1990)
		2	-0,20	0,65	-0,32 (0,82)
	AC	1	-0,94	0,70	Zuroff (1990)
		2	-0,09	0,81	-0,115 (0,865)
	EFF	1	-0,80	0,93	Zuroff (1990)
		2	-0,19	0,82	0,145 (0,975)
SONI	AAD	1	2,63	0,63	Arble Barnett (2017)
		2	3,97	0,72	3,3 (1,23)
	AID	1	2,63	0,77	Arble Barnett (2017)
		2	3,27	1,04	3,83 (1,00)
	AAE	1	3,68	0,88	Arble Barnett (2017)
		2	4,61	0,90	4,17 (1,16)
	ÉAD	1	2,97	0,80	Arble Barnett (2017)
		2	3,81	0,63	3,85 (1,02)
	ÉIAE	1	1,90	0,68	Arble Barnett (2017)
		2	2,06	0,73	2,84 (1,01)

Comparaison des résultats obtenus aux analyses de classes latentes avec des échantillons tirés de la population générale (suite)

Instrument	Échelle	Classe	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Étude comparative <i>M (ÉT)</i>
PNI	EC	1	2,12	0,49	Maxwell (2011)
		2	3,22	0,58	2,32 (0,98)
	EA	1	2,56	0,59	Maxwell (2011)
		2	3,06	0,80	2,65 (0,92)
	AS	1	2,87	0,66	Maxwell (2011)
		2	3,74	0,71	3,19 (0,75)
	DS	1	2,36	0,73	Maxwell (2011)
		2	3,06	0,94	2,89 (0,82)
	GRA	1	2,20	0,82	Maxwell (2011)
		2	3,09	0,92	3,11 (0,91)
	DÉV	1	1,84	0,54	Maxwell (2011)
		2	2,71	0,77	1,93 (0,93)
	RSD	1	2,01	0,57	Maxwell (2011)
		2	3,07	0,68	2,38 (0,90)

Note. *N* = 111. *ÉI* = Évitement de l'intimité. *AA* = Anxiété d'abandon. *DE* = Dépendance.

AC = Autocritique. *EFF* = Efficacité. *AAD* = Approche admiration. *AID* = Approche idéalisation. *AAE* = Approche alter ego. *ÉAD* = Évitement admiration. *ÉIAE* = Évitement idéalisation et alter ego. *EC* = Estime de soi contingente. *EA* = Exploitation d'autrui. *AS* = Autovalorisation par sacrifice de soi. *DS* = Dissimulation de soi. *GRA* = Grandiosité. *DÉV* = Dévalorisation. *RSD* = Rage et supériorité de droit.