

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MISE EN SENS DU TRAUMATISME VICARIANT CHEZ LES PSYCHOLOGUES :
REGARD INTERSUBJECTIF

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

PAR
SIMONNE COUTURE

NOVEMBRE 2022

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN RECHERCHE ET INTERVENTION
EN PSYCHOLOGIE (PH.D.)

Direction de recherche :

Marie Papineau, Ph. D., directrice de recherche Université de Sherbrooke

Jury d'évaluation :

Marie Papineau, Ph. D., directrice de recherche Université de Sherbrooke

Anne Brault-Labbé, Ph. D., évaluatrice interne Université de Sherbrooke

Lise Gagnon, Ph. D., évaluatrice interne Université de Sherbrooke

Marc-Simon Drouin, Ph.D., évaluateur externe Université du Québec à Montréal

Thèse soutenue le 22 novembre 2022

Sommaire

Dans le contexte des études actuelles, il ressort que les traumatismes interpersonnels, soit des traumatismes ayant été causés par un autre individu et qui sont souvent caractérisés par la cruauté et la violence, sont associés à des niveaux de souffrance psychique importants chez les personnes qui en sont victimes. Les psychologues cliniciens qui travaillent avec des victimes de traumatismes interpersonnels font face à une grande charge affective. Dans le cadre de leur travail de psychothérapie avec ces patients, ils peuvent être « contagés » par le vécu traumatique du patient, qui génère chez eux des réactions intrusives. Ce phénomène, appelé traumatisme vicariant, a des impacts affectifs, cognitifs et physiologiques. De plus, il semble que le traumatisme vicariant comporte une dimension relationnelle partagée, s'inscrivant dans la dyade thérapeutique. Il existe plusieurs façons de traiter le stress post-traumatique et certaines approches stipulent que la relation thérapeutique est un outil clinique nécessaire et précieux. Selon certains auteurs, le partage du vécu traumatique du patient par le psychologue, bien qu'il soit involontaire, serait un élément crucial dans le processus de mise en sens du traumatisme dans la dyade thérapeutique et ferait partie intégrante du traitement du trouble de stress post-traumatique. En ce sens, la psychothérapie d'approche intersubjective, qui permet d'adopter une posture d'élaboration partagée du traumatisme, s'est avérée prometteuse dans le traitement du trouble de stress post-traumatique. Des études se sont penchées sur l'exploration du traumatisme vicariant et de ses conséquences. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'expérience du traumatisme vicariant sous l'angle de l'approche intersubjective dans le cadre de la thérapie faite auprès de victimes de traumatismes

interpersonnels. La présente étude vise à explorer et à décrire l'expérience et le processus de mise en sens du traumatisme vicariant chez le psychologue clinicien selon une perspective intersubjective. Un devis qualitatif a été employé afin d'analyser en profondeur l'expérience intime et complexe des psychologues cliniciens qui traversent un traumatisme vicariant. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées au moyen de l'entretien d'explicitation auprès de six psychologues cliniciennes travaillant avec l'approche intersubjective auprès de victimes de traumatismes interpersonnels. L'entretien d'explicitation, une technique d'entrevue qui favorise l'accès au matériel préconscient chez les participants, a permis d'obtenir des données riches et nuancées. Ces données ont été analysées avec une méthode d'analyse qualitative inductive dérivée de la théorisation ancrée. Une grille de catégorisation, composée de trois grands axes se divisant en grandes catégories et catégories, a été élaborée. Il ressort de cette analyse de contenu que les participantes vivent la rencontre avec le vécu du patient comme une forme de traumatisme interpersonnel au sein de la dyade, qui les affectent sur les plans affectif, cognitif et physiologique. Également, les participantes ont fait face à des changements intérieurs, notamment au niveau de leur identité de thérapeute. Finalement, il semble que le traumatisme vicariant porte une fonction d'intégration de l'expérience traumatisante. L'analyse des données s'est poursuivie jusqu'à la création d'un schéma illustrateur et d'un modèle intégrateur, qui ont permis de regrouper les liens émergents entre les différentes catégories. De ce modèle et ce schéma novateurs, il apparaît que le traumatisme vicariant entraîne l'évolution de certaines dimensions préexistantes de l'identité du psychologue clinicien. De plus, différentes couches de proximité témoignant d'une gradation de la

contamination éprouvée avec le traumatisme conduisant vers une zone de mise en sens ont été identifiées. Il se dégage également que le psychologue clinicien peut ensuite reconnecter avec le patient dans un nouvel espace d'accueil issu du vécu singulier du traumatisme dans un processus expérientiel partagé. Ces éléments de l'expérience du traumatisme vicariant se sont organisés autour de quatre phases, soit la phase prodrome, la phase de la perturbation traumatique, la phase de la mise en sens et la phase des retrouvailles avec le patient. Les résultats et la discussion de la présente étude offrent des pistes de réflexion novatrices quant à la nature relationnelle de l'expérience du traumatisme vicariant et à sa fonction dans la dyade thérapeutique.

Mots-clés : traumatisme vicariant, trouble de stress post-traumatique, traumatisme interpersonnel, intersubjectivité, entretien d'explicitation

Tables des matières

Sommaire	iii
Tables des matières	vi
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
Le trouble de stress post-traumatique.....	6
Portrait du TSPT	6
Facteurs modérateurs du TSPT	13
Différenciation avec les troubles connexes	14
Développement d'un TSPT selon la perspective relationnelle.....	17
Types de traumatisme et leurs impacts.....	19
Différents types de traumatismes.....	19
Impact du TSPT sur les proches de la victime.....	23
Expériences cliniques vécues avec les victimes de traumatisme	24
Difficultés dans l'alliance thérapeutique avec les patients manifestant un TSPT	24
Description du contre-transfert vécu par le psychologue clinicien.....	27
Le traumatisme vicariant.....	29
Portrait du traumatisme vicariant.....	29
Différenciation avec les phénomènes connexes au traumatisme vicariant.....	31
Prévalence et impact du traumatisme vicariant.....	34

Facteurs modérateurs du traumatisme vicariant	36
Comparaison entre le traumatisme vicariant et l'identification projective	38
L'identification projective	38
Similitudes entre le traumatisme vicariant et l'identification projective.....	40
Différenciation entre le traumatisme vicariant et l'identification projective.....	41
Impact du traumatisme vicariant dans la sphère professionnelle du psychologue clinicien.....	43
Traitement du TSPT	46
Approches du traitement du TSPT centrées sur la diminution des symptômes.....	46
Approche psychodynamique avec une perspective relationnelle pour le traitement du TSPT	47
Description de l'approche de la thérapie intersubjective	49
Subjectivité du psychologue clinicien d'approche intersubjective.....	50
Importance de la relation dans le traitement du TSPT	52
Présentation et critique d'études empiriques à propos du traumatisme vicariant	56
Objectifs	63
Méthode	64
Devis qualitatif de l'étude	65
Échantillon.....	67
Description de l'échantillon.....	67
Processus de recrutement.....	69
Informations sur les participantes à l'étude	72
Méthode de collecte de données.....	72
Construction du canevas de l'entretien d'explicitation.....	74

Entrevue de précollecte de données.....	78
Description de la collecte de données.....	81
Considérations éthiques.....	83
Analyse des données.....	85
Méthode d'analyse des données.....	85
Description de l'analyse de contenu.....	87
Processus de validation inter-juges.....	90
Création d'un modèle intégrateur et d'un schéma illustateur.....	92
Résultats.....	96
Portrait global des résultats en fonction de la grille de catégorisation.....	98
Présentation des grandes catégories et des catégories du premier axe.....	100
Présentation des grandes catégories et des catégories du second axe.....	105
Présentation des grandes catégories et des catégories du troisième axe.....	112
Schéma illustateur et modèle intégrateur.....	117
Présentation du modèle intégrateur et du schéma illustateur..	Error! Bookmark not defined.
Création du schéma illustateur.....	120
Description du schéma illustateur.....	120
Phases du modèle intégrateur.....	123
Discussion.....	137
Expérience subjective du traumatisme vicariant.....	139
Expériences globales.....	139
Expériences affectives.....	144

Modèle intégrateur comparé à l'identification projective selon Schore.....	154
L'identification projective selon Schore.....	155
Similitudes entre le modèle de Schore et le modèle intégrateur du traumatisme vicariant	156
Distinctions entre le modèle de Schore et le modèle intégrateur du traumatisme vicariant	158
Résultats discutés en lien avec les objectifs	169
Premier sous-objectif : rencontre avec le vécu traumatique	170
Second sous-objectif : expérience des manifestations du traumatisme vicariant ...	171
Troisième sous-objectif : mise en sens	172
Quatrième sous-objectif : fonction du traumatisme vicariant et son influence sur la dyade.....	173
Appréciation critique de l'étude	174
Forces de l'étude.....	174
Limites de l'étude	177
Pertinence	179
Retombées.....	180
Études futures	181
Conclusion	185
Références.....	191
Appendice A Lettre d'invitation à participer	214
Appendice B Lettre d'approbation du CER qui tient lieu de certificat d'éthique.....	217
Appendice C Instructions fournies aux associations intermédiaires.....	220
Appendice D Canevas de l'entretien d'explicitation	222

Appendice E Formulaire d'information et de consentement	228
Appendice F Calcul de l'inter-juges	234
Appendice G Grille de catégorisation complète sans définitions	236
Appendice H Grille de catégorisation avec définitions.....	242

Liste des tableaux

Tableau

1	Présentation des trois axes et des grandes catégories de l'arbre thématique	99
2	Premier axe : Répercussions intérieures déclenchées au contact du matériel traumatique.....	101
3	Second axe: Tentatives de traitement des expériences traumatiques dans le but de les intégrer	106
4	Troisième axe : Prise de perspective en regard à l'expérience vécue individuelle et dyadique	113
5	Grandes catégories pertinentes pour le modèle intégrateur	125

Liste des figures

Figure

- 1 Schéma illustrant les différences entre les phénomènes connexes et le traumatisme vicariant 31
- 2 Schéma illustrateur représentations des liens entre les catégories 119
- 3 Quatre phases du modèle intégrateur isolées dans le schéma 124

Remerciements

La thèse est un bien drôle de voyage qui passe vite et lentement à la fois. C'est un périple qui peut parfois être très désertique, mais où les oasis de solidarité sont riches en rigolades et en accolades. Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans la présence de nombreuses personnes, qui ont participé chacune à leur façon. Bien qu'il soit impossible de rendre hommage à chaque personne qui a su rendre mon parcours moins solitaire, sachez que je suis infiniment reconnaissante. Certains ont été présents et si importants avant et au début de ce projet. Je ne vous oublie pas. Nous avons peu l'occasion de remercier les gens signifiants qui nous entourent et qui nous portent, et je le fais avec humilité et gratitude.

D'abord, aux psychologues qui ont accepté de me partager leur vécu intime : un grand merci. La confiance et la générosité dont vous avez fait preuve m'ont beaucoup touchée. Merci pour votre temps et pour votre engagement dans ce projet.

Plusieurs collaboratrices ont été d'une aide inestimable. Merci à Vicky pour ta précieuse aide tout au long de ma collecte et de mon analyse de données. Nos discussions dans le bureau m'ont souvent permis de prendre du recul et nos séances de travail m'ont insufflé énergie et inspiration. Merci à ma mère, Carole, pour ton précieux coup de main en lien avec la transcription. Merci à Geneviève L. pour ton aide toute spéciale lors de la création du canevas. Merci à Rosalie. Ton œil aiguisé, ta flexibilité et ta patience ont permis de pallier mes limites concernant la mise en page et la correction. À Josée Lachance, formatrice tellement patiente et tellement généreuse, merci.

Salutations aux membres de mon comité! Anne et Marc-Simon, vous avez formé une équipe de soutien de très grande qualité. J'ai senti que vous aviez un authentique intérêt dans ma démarche personnelle et académique. Votre fonction contenante indéfectible m'a permis de m'approprier mes incertitudes et mes questions. Vous avez fait preuve d'une générosité exceptionnelle et d'une passion contagieuse. À Lise, qui a accepté de faire partie de cette aventure a deux reprises dans des moments très significatifs, un double merci. Ton ouverture et ton regard vif sur ce projet ont entraîné des réflexions riches en sens.

À mes collègues du doctorat : la fin des études, quel concept abstrait! Et pourtant, nous y voici! Votre présence m'a permis de grandir et de prendre une belle grande dose de maturité dont j'avais tant besoin. Mes chères amies Laura, Esther et Stéphanie, je suis particulièrement reconnaissante d'avoir pu compter sur votre soutien si précieux. J'ai appris, grâce à vous, à me mettre moins de pression. Un exploit! J'ai également trouvé parmi vous une communauté bienveillante et du support sans fin. Vous m'êtes très précieuses. À mon amie Geneviève, qui ne cesse pas d'inspirer par sa résilience et par sa force, je te remercie plutôt pour autre chose. Merci pour ton hédonisme! Notre amitié m'a inspiré un retour aux plaisirs, celui de manger, de boire, de lire et, surtout, celui de créer. Ces plaisirs, que nous avons partagés ensemble, ont permis de rétablir un équilibre que j'avais perdu et qui m'a nourrie dans la rédaction de ma thèse. Finalement, un merci tout spécial à mon amie la plus rigolote Laurence. Pour être vraiment drôle, il faut être très intelligente, et toi, tu es définitivement les deux. J'apprécie aussi infiniment les

discussions honnêtes et profondes que nous avons. Ton amitié m'aide à m'élever intellectuellement et humainement.

Merci à Mookie, Lily et Lou, mes petites présences félines. La rédaction était toujours plus douce en votre compagnie. Mookie, tu n'as pas pu être là pour la fin du chemin, mais tes poils sur mes chandails ont témoigné de ta présence jusqu'au bout.

À mes parents Carole et Jean, merci. Vous m'avez enseigné à travailler avec rigueur, mais aussi avec humour, et vous avez toujours nourri ma curiosité intellectuelle. J'ai profondément senti votre confiance envers mes capacités de mener à bien ce projet. À ma sœur Emma et à mon frère Guillaume, merci. Peut-être que, sans vous, j'aurais entamé une carrière de tailleur de bonzaïs, et je n'en serais pas ici aujourd'hui. Vous m'inspirez par vos projets et vos ambitions, par vos réussites et par votre audace. Chaque fois que nous sommes ensemble tous les trois, je constate à quel point j'ai de la chance d'avoir un frère et une sœur qui sont si allumés et intelligents.

À Francis, mon plus beau, qui est si patient avec moi, un immense merci. Avec toi, je me suis sentie toujours soutenue, de la manière la plus ajustée qui soit. Tu m'as appris à accorder crédibilité et valeur à mes besoins et tu as su me confronter habilement et gentiment lors de moments clés. Ton honnêteté m'inspire à faire preuve de courage, même lorsque c'est difficile, pour être franche envers les autres et, surtout, envers moi-même. J'aurais tant de remerciements à te faire que je pourrais en faire une seconde thèse. Je m'arrêterai donc en disant que, avec toi, c'est toujours *hell yeah!* Je t'aime.

En terminant, évidemment, des remerciements infinis vont à ma directrice Marie. C'est drôle comme les mots peuvent parfois manquer pour exprimer des choses si importantes. Quelle coïncidence que ce soit le cœur de cette thèse! Marie, nous avons eu un match parfait. Tu m'as donné un espace d'une valeur inestimable, dans lequel j'ai pu approcher, affronter, puis apprivoiser mes angoisses. Je me souviens de ta patience lorsque mon trac revenait encore et encore et encore... J'ai vraiment l'impression que j'ai pu, en ta compagnie, aller à la rencontre de mon potentiel. Tu as accueilli avec beaucoup de bienveillance mon côté adolescent et râleur. Tu as toujours fait une grande place à mon vécu personnel dans nos rencontres, ce que je ne parvenais pas à faire toute seule. Tu m'as appris comment m'approprier des méthodes de travail, des positions cliniques, des réflexions conceptuelles, et tellement d'autres choses. S'approprier, quel cadeau inestimable! Nous avons fait une équipe du tonnerre, toi, moi et les chats qui visitaient nos rencontres. Je suis extrêmement honorée d'avoir eu le privilège d'être ta dernière fille de thèse.

Le dernier mot va aux femmes inspirées et inspirantes qui ont tracé la voie dans le monde académique. Aux chercheuses et aux cliniciennes, aux dérangeantes et aux subversives, aux militantes et aux sorcières, merci. Je porte vos luttes. Nancy McWilliams nous dit : « Feelings have their own kind of wisdom ». Je dédie donc cette thèse aux personnes qui tentent de trouver cette sagesse et d'en faire du sens.

Introduction

Le 21^{ième} siècle marque une ère de médiatisation continue sans précédent (Shabir et al., 2015). Grâce aux nouvelles plateformes numériques et aux technologies actuelles, les incidents sociopolitiques qui se déploient dans le monde sont constamment documentés en images et en sons, qui nous apparaissent en l'espace de quelques minutes. Par l'entremise de cette transmission omniprésente, nous sommes exposés à de nombreux événements traumatisants. Les catastrophes naturelles liées au réchauffement climatique sont plus fréquentes (Benevolenza & DeRigne, 2019), ayant comme impact que plusieurs personnes développent une forme d'éco-anxiété, c'est-à-dire une détresse face aux effets des perturbations climatiques sur le bien-être humain (Panu, 2020). La guerre en Ukraine (Dobson, 2022) et la pandémie de Covid-19 (Rivett, 2020) ont été largement médiatisées et les drames humains de ces traumatismes ont eu des répercussions à grande échelle sur l'augmentation du sentiment global de détresse, sur l'anxiété et sur le stress (Østergaard et al., 2022). Le mouvement *Moi Aussi* a généré un déferlement de partages de traumatismes relationnels sur les plateformes des médias sociaux (Suk et al., 2021) qui ont à leur tour entraîné une hausse du sentiment de vigilance dans les relations interpersonnelles (Gloor et al., 2022).

Nous devenons des témoins participatifs de ces histoires dans les médias et sommes mobilisés par la souffrance humaine liée aux traumatismes. En bref, nous sommes entrés dans une culture du traumatisme (Houllé et al., 2017). Socialement, une réflexion

s'anime sur la façon de faire face à cette souffrance collective et individuelle. Plus d'intérêt est accordé aux différents moyens à mettre en place pour soutenir les victimes de traumatismes. Les études se multiplient pour tenter de mieux comprendre comment accompagner les individus qui développent des symptômes de stress post-traumatique (Sweeney et al., 2018). Pour certains professionnels, il s'agit de la réalité quotidienne de leur métier. Notamment, les psychologues cliniciens travaillent au cœur du traumatisme afin que les victimes mettent en sens leurs expériences. Plusieurs façons de traiter le stress post-traumatique sont documentées dans les écrits scientifiques. Autant dans les études empiriques qui traitent du traumatisme que dans celles qui s'intéressent à son traitement, il apparaît que les psychologues cliniciens sont affectés par la souffrance des individus qui présentent un trouble de stress post-traumatique (Dutton & Rubinstein, 2013).

Entre autres, il est documenté qu'un bon nombre de psychologues cliniciens qui travaillent avec ce type de clientèle développeraient un traumatisme vicariant (Finklestein et al., 2015). Le traumatisme vicariant est un phénomène qui s'apparente à une forme de traumatisation secondaire vécue dans la relation entre une personne ayant vécu un traumatisme et une personne soignante (Branson, 2019). La nature du traumatisme vicariant échappe encore à la compréhension des chercheurs et des cliniciens, particulièrement en ce qui a trait à sa dimension relationnelle. Étant donné que les chercheurs et les cliniciens n'ont qu'une compréhension partielle du traumatisme vicariant, ce phénomène est vu comme une nuisance, un obstacle au traitement du traumatisme. De plus, le traitement du stress post-traumatique selon les balises officielles

n'est pas complètement efficace (Courtois & Brown, 2019). En ne connaissant pas bien la nature du traumatisme vicariant, les chercheurs et les cliniciens ont de la difficulté à comprendre comment l'intégrer dans le processus de la psychothérapie avec les individus qui manifestent un trouble de stress post-traumatique. En ce sens, Rasmussen (2005) évoque l'importance d'étudier les interactions relationnelles qui entrent en jeu dans le traumatisme vicariant afin de bâtir un portrait complet du phénomène.

Dans la première section de cette thèse, le contexte théorique du traumatisme vicariant et des thématiques connexes est exposé, en terminant par la présentation des objectifs. Dans la seconde section, la méthodologie est décrite, en incluant la collecte et l'analyse des données. Dans la troisième section, les résultats sont présentés, soit la grille des catégories ainsi que le modèle intégrateur et le schéma illustateur. Dans la quatrième section, la discussion permet de situer les résultats dans la documentation scientifique et de faire une appréciation critique de l'étude. Finalement, la cinquième et dernière section présente la conclusion.

Contexte théorique

Le trouble de stress post-traumatique

Afin de bien comprendre le phénomène du traumatisme vicariant, il semble à propos de débiter le contexte théorique par une brève introduction au trouble de stress post-traumatique (TSPT), ainsi qu'à ses mécanismes propres (Branson, 2019).

Portrait du TSPT

Description du trouble de stress post-traumatique

Les réactions post-traumatiques ont été incluses dans la nosographie psychiatrique dans la décennie des années 1980. En effet, à la suite de la guerre du Vietnam, de nombreux militaires de retour aux États-Unis présentaient une détresse importante et persistante. Cette détresse a été à l'origine de l'appellation du syndrome de l'état de stress post-traumatique (Shephard, 2001), qui a officiellement été intégré dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) en 1980 (American Psychiatric Association [APA], 1980). Le terme a été changé pour « trouble de stress post-traumatique » lors de la dernière édition du DSM (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 2013).

Il existe plusieurs descriptions du TSPT utilisées à des fins diagnostiques. Parmi les plus utilisées, il y a celle du DSM-5 de l'APA (2013), celle de la Classification

internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS; 2019) et celle du Manuel Diagnostique Psychodynamique (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). Selon la description de l'APA dans le DSM-5, le premier critère discriminant du TSPT est que la personne ait été victime ou témoin d'un événement traumatisant. Ensuite, le DSM-5 divise les symptômes du TSPT en quatre grandes catégories : symptômes d'intrusion associés à l'événement traumatisant, évitement des stimuli associés à l'événement traumatisant, altération des cognitions et altération de l'humeur. Selon l'OMS dans la CIM-11, le TSPT présente trois catégories de symptômes : réexpérience du traumatisme dans l'ici et maintenant, évitement des rappels du traumatisme et présence d'un sentiment constant de menace. Dans le PDM-2, une description élaborée est proposée. Le PDM-2 décrit que les symptômes peuvent différer d'un individu à l'autre en fonction du type d'événement traumatisant en cause. Selon cette nosologie, les victimes de traumatisme peuvent vivre une alternance entre des symptômes de réexpérience du traumatisme et un engourdissement de la psyché. Un évitement des stimuli rappelant le traumatisme est présent. Le PDM-2 indique qu'une gamme d'expériences subjectives font partie du TSPT et qu'elles sont organisées autour d'états affectifs qui peuvent être explosifs ou dissociatifs. Il y est également indiqué que des patrons cognitifs issus du trauma peuvent entraîner une perturbation de l'impression d'être en sécurité, une impression d'avoir vécu une trahison et des ruminations relatives à ce qui aurait pu être fait pour que l'événement soit évité. Finalement, sont également inclus dans cette liste des états somatiques perturbés qui peuvent comprendre de l'irritabilité, de l'hypervigilance, des troubles du sommeil et des comportements d'automédication (p. ex.,

substances, nourriture, sexualité), ainsi que des changements dans les relations qui pourraient être liés, entre autres, à une diminution de la confiance, à un sentiment d'insécurité, d'aliénation, de peur, de rage ou de culpabilité.

Comparaison des descriptions du TSPT. En comparant les trois descriptions issues de ces instances officielles, plusieurs éléments communs peuvent être dégagés. D'abord, les trois descriptions du DSM-5, du CIM-11 et du PDM-2 évoquent un aspect de réexpérimentation de l'événement traumatisant, qui peut se présenter sous plusieurs formes. Ensuite, la dimension de l'évitement des rappels de l'événement ou des émotions générées, que ce soit par des gestes concrets ou par une sorte d'apathie affective, se retrouve dans les trois descriptions. Finalement, il est également question d'une perturbation du sentiment général de sécurité, qui peut se manifester par une agitation somatique, sur le plan physiologique ou sur les plans cognitif et affectif en altérant les pensées, l'humeur ou les émotions.

Définitions du TSPT

La plupart des articles empiriques qui traitent du TSPT utilisent comme référence une définition du syndrome qui est basée sur les symptômes et les critères diagnostiques du DSM ou du CIM. Dans certains cas, des définitions qui adoptent une perspective plus large sont utilisées. Par exemple, le TSPT peut être défini simplement comme un trouble de l'adaptation qui se produit à la suite de l'exposition directe et personnelle à un événement traumatisant (Defrance et al., 2019). Dans le même sens, Billaud (2021) définit

le TSPT comme une pathologie de l'adaptation se développant à la suite d'une confrontation à un évènement considéré comme une situation traumatogène. Plus spécifiquement, Crocq et Bouchard (2018) définissent le TSPT comme le résultat d'une effraction du psychisme qui génère un débordement des défenses ayant été exposées à des excitations violentes, afférentes à la survenue d'un événement menaçant pour la vie ou pour l'intégrité d'un individu qui y est exposé en tant que victime, témoin ou participant.

Définition du TSPT retenue. Dans le cadre de cette thèse, puisque l'intérêt de la recherche effectuée ne sera pas porté sur la description spécifique des symptômes du TSPT, une définition plus large sera retenue. Le TSPT y sera défini comme un trouble psychique handicapant qui se développe à la suite d'une exposition à un incident traumatisant (Monson et al., 2006). Cette définition générale souligne l'aspect handicapant de l'atteinte du fonctionnement chez la personne, une dimension qui était souhaitée pour la définition choisie.

Unicité de l'expérience du TSPT

Dans le TSPT, selon l'auteure Cantin (2013), qui se base sur ses observations cliniques, un premier aspect particulier de l'expérience vécue par la personne semble être que le traumatisme détermine une marque nette entre ce qui est vécu avant et ce qui est vécu après cet incident dans la vie de l'individu. Le PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) décrit une expérience qui va dans le même sens, soit que plusieurs individus ayant vécu un traumatisme rapportent faire l'expérience d'un soi pré-traumatisme et d'un soi

post-traumatisme, en précisant que l'événement traumatisant a changé leur vie. Selon les écrits de Cantin, une seconde particularité du TSPT est que le traumatisme s'inscrit dans le soma, c'est-à-dire dans le corps : « Des bruits, des odeurs, des vibrations, des cris, des sensations corporelles s'impriment dans la chair, comme une estampe dans la cire chaude » (p. 71). Cantin souligne également une troisième particularité, soit la perception de la difficulté, voire l'impossibilité, de symboliser et de mettre en mots ce qui a été vécu dans l'expérience traumatisante. Elle écrit à cet effet que « tout l'être est livré à quelque chose qui est insensé, hors langage, en dehors de toute signification possible » (p. 71). Stolorow (2007), auteur et clinicien qui s'est largement intéressé au traumatisme, ajoute à ce propos qu'une des caractéristiques spécifiques du traumatisme est qu'il cause un effondrement intérieur si important qu'il est presque impossible de se le représenter.

Symptômes du TSPT

Comme rapporté plus haut, le TSPT se manifeste par la présence de plusieurs symptômes, qui peuvent comprendre des pensées ou images intrusives, des reviviscences, des comportements d'évitement, l'altération des cognitions ou de l'humeur, des perturbations du sommeil, de l'hyperactivation ou de l'hypervigilance (APA, 2013). Selon des études empiriques, les répercussions émotionnelles et comportementales du TSPT peuvent inclure de la dysphorie, de la colère, de la dissociation, ainsi que des comportements interpersonnels agressifs, dépendants, distants ou évitants (Frewen & Lanius, 2006; Litz et al., 2000). Le TSPT peut aussi être associé à des douleurs physiques chroniques (Otis

et al., 2003), ainsi qu'à un fonctionnement psychosocial perturbé et à des idéations suicidaires pouvant parfois conduire à des tentatives de suicide (Pietrzak et al., 2011).

D'un autre côté, certains patients rapportent vivre une forme de croissance personnelle à la suite d'une expérience traumatique. En effet, certains peuvent même faire l'expérience d'un fonctionnement psychique plus intégré qu'avant l'événement. Cette vision évolutive est propre aux chercheurs et cliniciens qui adoptent une perspective existentialiste (Alleaume, 2020). Ce phénomène de croissance est désigné par des auteurs se basant sur leurs observations cliniques comme étant un « développement post-traumatique » (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2010). Selon une étude, le développement post-traumatique peut se manifester dans diverses sphères, soit dans la perception d'avoir de nouvelles possibilités dans la vie, la capacité de se sentir connecté aux autres, le sentiment de force personnelle et la capacité d'apprécier la vie (Tedeschi et al., 2017).

Différences entre les individus manifestant un TSPT

Les symptômes propres au TSPT ne sont pas généralisables à tous les individus aux prises avec ce syndrome et peuvent prendre des formes multiples. Il est également décrit dans le PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) que le TSPT est un trouble qui prend des formes extrêmement variables d'un individu à un autre et que c'est un syndrome qui présente de multiples facettes pouvant évoluer selon de nombreuses trajectoires. Il est ajouté qu'en fonction des caractéristiques du patient et de son expérience, ses symptômes pourraient varier considérablement. Yalch & Burman (2019) ont observé dans une revue

de la littérature que les manifestations du TSPT peuvent même sembler contradictoires. Ils rapportent que le traumatisme peut possiblement générer un effet différent chez les individus en raison d'une perturbation ou d'une vulnérabilité déjà présente dans leur capacité à contenir et à gérer les affects intenses. Entre autres, au niveau des émotions, il peut y avoir de la suractivation, de l'inhibition ou de l'évitement des émotions.

Prévalence du TSPT

Il est estimé qu'entre 74 et 96 % des individus de la population générale seront exposés au cours de leur existence à au moins un événement traumatisant (de Vries & Olf, 2009). De ces individus, un certain nombre développera un TSPT. Une étude épidémiologique a permis d'estimer que de 5 à 10 % des adultes répondraient à un moment donné dans leur vie aux critères diagnostiques du TSPT (Pietrzak et al., 2011). Selon des études empiriques, certains groupes de la population seraient plus à risque de développer ce trouble, étant exposés plus fréquemment à des événements potentiellement traumatisants. Il est question notamment des militaires, des agents de la paix, des répondants de première ligne, des membres d'équipes de recherche-sauvetage ainsi que des individus exposés à la guerre, aux attaques terroristes ou aux actes criminels (Lukaschek et al., 2013). Il est difficile de mesurer la prévalence exacte du TSPT chez ces types d'individus, possiblement en lien avec la crainte de la stigmatisation qui pourrait être présente lorsque ce trouble est avoué (Sharp et al., 2012). La peur de voir leur carrière affectée, d'être perçu comme faible, de perdre la confiance des pairs ou d'être traité différemment des autres empêcherait ces individus de déclarer la présence d'un TSPT

(Dondanville et al., 2018). Toutefois, chez les vétérans américains, il est estimé que jusqu'à 37 % des soldats seraient aux prises avec un TSPT (Obuobi-Donkor et al., 2022). Aussi, il est estimé que jusqu'à 50 % des répondants de première ligne tels que les ambulanciers, les pompiers et les policiers manifesteraient des symptômes de ce trouble (Galea et al., 2005).

Facteurs modérateurs du TSPT

Facteurs de risque du TSPT

D'abord, des données empiriques évoquent que des facteurs présents avant l'événement traumatisant peuvent augmenter le risque de développer un TSPT, comme être une femme, être issu de minorité ethnique, avoir peu d'éducation, avoir déjà vécu des traumatismes par le passé et avoir des comorbidités psychologiques (Tortella-Feliu et al., 2019). Ces chercheurs ajoutent que des facteurs spécifiques à l'événement traumatisant peuvent augmenter le risque de développer un TSPT. Notamment, ils ont identifié l'accumulation de plusieurs événements traumatisants et la sévérité de l'événement. Plus spécifiquement, dans l'étude empirique des facteurs de risque de la population militaire, des facteurs individuels similaires ont également été mis de l'avant. En effet, Xue et ses collaborateurs (2015) ont aussi répertorié le fait d'être une femme, d'être issu d'une minorité ethnique et d'avoir d'autres troubles de santé mentale. De plus, ils ont identifié que le manque de soutien de l'environnement à la suite de l'exposition au traumatisme serait associé à un plus grand risque de développer un TSPT.

Facteurs de protection du TSPT

Il a été observé empiriquement que le fait d'avoir un revenu élevé, d'avoir un niveau de scolarité élevé et d'être marié peuvent être des facteurs de protection (Coker et al., 2005). Il semble également que l'utilisation de stratégies d'adaptation individuelles et la présence d'habiletés sociales chez un individu le protégeraient du développement du TSPT (Racine et al., 2020). Plus particulièrement, plusieurs facteurs de protection reliés au développement du TSPT semblent de nature relationnelle. En général, il paraîtrait que le fait d'être bien intégré dans sa communauté ainsi que d'avoir un attachement de type sécurisant soient des facteurs de protection du TSPT. Il semblerait aussi que la présence d'un soutien physique et psychologique par un parent ainsi que le support par les proches soient des facteurs de protection (Racine et al.). St-Laurent (2018) a également identifié que la présence d'un soutien social ou d'un soutien organisationnel semble protéger les individus de développer un TSPT. Il semblerait que la présence de résilience puisse aussi protéger un individu du TSPT. Notamment, l'étude quantitative de Catabay, Stockman, Campbell et Tsuyuki (2019) souligne que la résilience de l'individu peut être une variable médiatrice significative, ce qui en ferait un facteur de protection, même si l'environnement n'offre pas de réponse suffisamment bonne aux effets du traumatisme.

Différenciation avec les troubles connexes

Différenciation avec le trouble d'adaptation

Selon le DSM-5 (APA, 2013), le trouble d'adaptation est caractérisé par la présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à une source de

stress identifiable. Ce diagnostic peut être utilisé lorsque les symptômes d'un individu ne rencontrent pas les critères d'un autre trouble. Selon le PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), le trouble d'adaptation inclurait un large éventail de réponses mal adaptées à des sources de stress psychologique, qui peuvent être des défis de la vie (maladie, changement dans la famille) ou des transitions de vie (puberté, départ de la maison familiale, mariage, changement d'emploi, retraite). Le trouble d'adaptation pourrait se présenter sous la forme d'une humeur anxieuse, déprimée, d'une perturbation des conduites, de douleurs physiques, d'évitement, d'une inhibition marquée au travail ou à l'école, ou encore d'un mélange de tous ces éléments (APA; Lingiard & McWilliams). Bien que le trouble d'adaptation et le TSPT se présentent tous deux à la suite d'un événement identifiable, le trouble d'adaptation témoigne plutôt d'une réaction mésadaptée à une source de stress. La différence principale entre le TSPT et le trouble d'adaptation est que, pour ce dernier, la source de stress n'est pas nécessairement un événement traumatisant et la réponse mal adaptée de l'individu ne correspond pas à la description des manifestations spécifiques du TSPT.

Différenciation avec le trouble de stress aigu

Le diagnostic du trouble de stress aigu décrit des réactions intenses chez l'individu qui sont similaires à celles du TSPT et qui se présentent lors du premier mois suivant l'exposition à un événement traumatisant. Ce diagnostic avait initialement été introduit dans la quatrième édition du DSM (DSM-IV) en 1994 (APA, 1994; Bourgault, 2013) afin de décrire les réactions des individus présentant une grande détresse en réponse à un

traumatisme, avant l'obtention du diagnostic de TSPT, pour lequel les symptômes doivent être présents durant plus d'un mois (APA, 2013). Le diagnostic du trouble de stress aigu est inclus dans la nosologie pour décrire les réactions initiales qui sont développées à la suite d'un événement traumatisant, dans l'attente de déterminer si ces réactions perdurent et deviennent un TSPT.

Différenciation avec le TSPT complexe

La CIM-11 et le PDM-2 distinguent le diagnostic du TSPT régulier du diagnostic du TSPT complexe. Selon ces systèmes de classification, le TSPT régulier se développe à la suite d'un événement unique, limité dans le temps, présentant un début et une fin déterminés. Le TSPT complexe se développerait lorsque l'événement traumatisant est répété, présenté constamment, ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant lors d'une longue période. Ce syndrome serait ainsi la résultante d'événements multiples, envahissants, violents, qui ont débutés à un âge précoce et qui interfèrent avec le développement optimal à l'âge adulte (Josse, 2019). Le TSPT complexe est souvent associé à un historique de violence, d'abus ou de négligence à l'enfance. Il comprend un éventail plus large de symptômes que ceux du TSPT régulier, notamment la présence de dysrégulation affective, d'un concept de soi négatif et de relations interpersonnelles perturbées (Lingiardi & McWilliams, 2017). En bref, le TSPT régulier et le TSPT complexe sont des troubles séparés, distincts, mais qui sont dans la même famille des troubles liés à des stress post-traumatiques (Letica-Crepulja et al., 2020).

Développement d'un TSPT selon la perspective relationnelle

Dans la documentation scientifique, il est mis de l'avant que la dimension relationnelle reliée à un traumatisme présente une grande importance. À cet effet, Schore (2010), en se basant sur des observations cliniques et empiriques, stipule que le TSPT se développerait avec plus d'intensité à la suite d'une réponse non ajustée de l'environnement, incluant la réaction des proches, après un événement qui génère une réponse émotionnelle intense. Kohut (1991) avait déjà mis en évidence l'importance de facteurs spécifiques de l'environnement qui modulent la réponse affective de l'individu victime d'un traumatisme. Plus précisément, il avait observé que la qualité de présence et la réaction des personnes significatives influenceraient la façon avec laquelle la victime du traumatisme peut intégrer psychiquement son expérience. Dans la même ligne d'idées, Schore soutient que des réactions inadéquates ou porteuses de rejet de la part des proches enverraient à la victime le message que les autres ne pourront participer que de manière minimale ou imprévisible à la régulation de son expérience affective intense. Selon cet auteur, la réaction de douleur ou de souffrance psychologique qui est vécue à la suite d'un événement traumatisant ne serait pas nécessairement pathologique en elle-même, et serait même parfois adaptée. Schore fait l'hypothèse que l'absence d'un ajustement accordé et d'une réactivité affective adéquate face aux réactions émotionnelles douloureuses rendrait la souffrance insupportable à la victime du traumatisme et serait à l'origine du développement du trouble. Dans la même ligne de pensée, selon l'auteur Stolorow (2015), seul un contexte de résonance émotionnelle accordée de l'environnement pourrait permettre la mise en sens de la souffrance et de la peur reliées au traumatisme vécu.

Deux aspects spécifiques et centraux qui sont en lien avec la perspective relationnelle du traumatisme, soit la dissociation et l'intensité des affects, seront maintenant présentés plus en détail.

Dissociation des affects dans le TSPT

En l'absence d'une réponse émotionnelle adaptée de son environnement qui permettrait l'intégration psychique du vécu, la victime se dissocierait de ses expériences affectives intenses et insoutenables afin de préserver l'intégrité de sa psyché (Schore, 2010). Paradoxalement, il est observé empiriquement que la présence de cette dissociation défensive et protectrice empêcherait que l'individu fasse l'intégration du traumatisme dans une représentation de soi complète et unifiée (Van der Kolk et al., 2005; Van der Kolk et al., 1996). Dans le même sens, des liens ont été observés entre la présence prolongée des symptômes liés au traumatisme, la manifestation de multiples difficultés relationnelles et la présence du mécanisme de défense de la dissociation de l'affect (Dorahy et al., 2013). Ces résultats semblent corroborer le principe voulant que la dissociation soit un mécanisme qui se présente fréquemment lors de l'exposition à un événement traumatisant, mais que cette dissociation peut perdurer lorsque la victime ne parvient pas à procéder à une régulation affective adéquate par l'entremise du soutien offert par ses relations significatives (Lyons-Ruth, 2008; Putnam, 1997).

Intensité des affects vécus dans le TSPT

Au-delà de la réponse de l'environnement, qui apparaît comme une importante variable dans l'étiologie du développement d'un TSPT, les chercheurs Catabay, Stockman, Campbell et Tsuyuki (2019) ont observé que l'intensité de l'événement traumatisant peut être un facteur crucial. En effet, il semblerait que l'intensité d'un événement traumatisant serait associée à l'intensité des symptômes du TSPT (Strelau & Zawadzki, 2005). De plus, certains chercheurs ont observé la présence d'un lien entre l'intensité du traumatisme et l'intensité des affects vécus (Vujanovic et al., 2013). En ce sens, il est possible de déduire que, malgré une réponse adéquate de l'environnement, un événement particulièrement traumatisant pourrait entraîner des affects particulièrement intenses, et la difficulté à contenir ces affects intenses pourrait mener au développement d'un TSPT.

Types de traumatismes et leurs impacts

Différents types de traumatismes

Deux types de taxinomies présentant les différents types de traumatismes seront maintenant exposés. Il apparaît important de faire la distinction entre les nombreuses expériences de traumatisme afin de faire émerger leurs particularités. En ce sens, des exemples seront parfois donnés car le vocabulaire utilisé dans ces différentes classifications peut parfois porter à confusion.

D'abord, le PDM-2 décrit cinq différents types de traumatismes (Lingiardi & McWilliams, 2017). Le premier est le traumatisme impersonnel, issu d'un accident, d'un

désastre ou d'un choc. Cette catégorie inclut également les maladies et les conditions médicales, qui peuvent représenter des traumatismes pour les individus atteints. Il pourrait être question, par exemple, d'un accident de voiture ou de l'annonce d'un diagnostic de cancer grave. Le second type, le traumatisme identitaire, est lié à une victimisation répétée qui serait vécue sur la base de caractéristiques immuables chez la victime (entre autres, l'ethnie, la race, le genre ou l'orientation sexuelle). Par exemple, le traumatisme d'une personne transgenre qui vivrait des agressions verbales répétées en lien avec son identité de genre pourrait se retrouver dans cette catégorie. Le troisième type est le traumatisme communautaire, lors duquel la communauté, dans un contexte de ségrégation, de conflit ou de violence, serait à l'origine du traumatisme. Une communauté minoritaire qui serait victime de violence dans un contexte de guerre civile pourrait être un exemple. Le quatrième type est le traumatisme cumulatif, chronique et présentant plusieurs couches, qui serait caractérisé par une revictimisation constante provoquant sans cesse une retraumatisation. Par exemple, ce pourrait être une personne qui vit un traumatisme à la suite de nombreuses années de violence dans sa famille. Finalement, le cinquième type est classifié comme le traumatisme interpersonnel, commis par un autre être humain qui gratifie ses propres besoins en exploitant quelqu'un d'autre. Ce traumatisme interpersonnel, qui peut être vécu dans une seule occurrence ou en plusieurs fois, entraînerait des symptômes plus importants chez la victime si cette dernière connaît son agresseur et surtout si ce dernier joue un rôle de protection ou de soin auprès d'elle. Ainsi, dans cette catégorie peuvent se retrouver les traumatismes liés aux vols à main armée, aux

séquestrations, aux agressions physiques et sexuelles et aux tentatives de meurtre, par exemple.

Kira (2022), au moyen d'une étude empirique quantitative, a élaboré une taxinomie similaire des types de traumatismes. Dans cette taxinomie, il ressort quatre types de contextes dans lesquels peuvent survenir les événements traumatisants. D'abord, le traumatisme intrapersonnel comprend tous les événements qui peuvent perturber l'individu intérieurement, incluant des événements génétiques, biologiques ou psychologiques. Par exemple, il pourrait être question d'un traumatisme vécu par un policier qui est horrifié d'avoir déchargé son arme sur autrui et qui vit un conflit moral insupportable, ou bien d'un traumatisme vécu à l'annonce du diagnostic d'une maladie qui présente un risque grave pour la vie. Ensuite, le traumatisme environnemental inclut les traumatismes issus de l'environnement physique (p. ex., tsunamis, tremblements de terre) ou biologique (p. ex., pandémie, épidémie). Le traumatisme systémique inclut les traumatismes qui ont été perpétrés contre un groupe par un autre groupe, un autre système ou un autre état. Ce qui distingue ce type est l'enchevêtrement systémique d'un type de discrimination dans une matrice sociale. Un exemple pourrait être un traumatisme lié à un génocide vécu par une minorité ethnique. Finalement, le traumatisme interpersonnel comprend toutes les interactions sociales négatives qui sont susceptibles de créer un traumatisme. De manière similaire à la taxinomie précédente, des exemples pourraient inclure vols à main armée, séquestrations, agressions physiques et sexuelles et tentatives de meurtre.

Traumatisme interpersonnel

L'auteur Wilde (2019), se basant sur ses observations cliniques, définit le traumatisme interpersonnel comme un traumatisme ayant été causé par un autre individu. Il ajoute que le traumatisme relationnel est souvent imprégné de cruauté et de violence, ce qui le distinguerait ainsi des autres événements traumatisants comme les catastrophes naturelles ou les accidents. Toujours selon cet auteur, le traumatisme interpersonnel pourrait générer chez la victime une perturbation dans la perception des autres et dans la capacité de s'imaginer leur monde subjectif. Selon Wilde, il peut arriver que la personne qui a été exposée à un traumatisme interpersonnel ne parvienne plus à se représenter autrui comme un sujet offrant des possibilités d'interactions significatives et empathiques. L'autre a été la source d'une agression, et cette association fait que l'autre devient vécu dans la psyché de la victime comme une menace. La capacité d'une connexion relationnelle empathique de la victime avec l'autre devient altérée. En bref, le traumatisme interpersonnel pourrait créer une perturbation intersubjective dans la capacité à faire confiance à l'autre, à le percevoir comme étant sécuritaire, sans danger. Plusieurs études empiriques ont observé que les événements traumatisants de nature interpersonnelle causeraient significativement plus de souffrance que les événements traumatisants non-interpersonnels (Cloitre et al., 2013; Ehring & Quack, 2010; Green et al., 2000; Newman et al., 1997). Les conséquences néfastes seraient encore plus importantes lorsque le traumatisme interpersonnel aurait été causé par une personne proche de la victime (Forbes et al., 2014). En bref, il semble que le traumatisme interpersonnel ait des impacts particuliers et qu'il cause plus de souffrance que le traumatisme impersonnel, puisqu'il a

d'importantes conséquences au niveau de la dimension relationnelle. Pour ces raisons, le traumatisme interpersonnel sera le type de traumatisme qui sera choisi dans le cadre de cette thèse.

Impact du TSPT sur les proches de la victime

Il a été répertorié que le TSPT a des répercussions sur le vécu des proches des victimes. Il apparaît important d'explorer ces répercussions car celles-ci peuvent mettre en lumière l'impact relationnel d'un traumatisme, particulièrement lorsque celui-ci est de type interpersonnel. En effet, des chercheurs ont observé que lorsqu'un des membres de la famille est aux prises avec un TSPT, le fonctionnement de la famille proche ainsi que la qualité des relations intimes peuvent se dégrader (Vogt et al., 2017). Entre autres, il semble particulièrement difficile pour les patients ayant un TSPT de se confier à leurs proches, et cette réserve peut instaurer une distance dans la relation (Sayer et al., 2010). Ce sujet a peu été traité empiriquement, mais il a beaucoup été réfléchi par des auteurs et par des cliniciens. Ce sont surtout des auteurs de l'approche psychanalytique qui ont approfondi les raisons qui pourraient expliquer le mécanisme de cet impact du TSPT sur les proches de la victime. Certains d'entre eux font l'hypothèse que le souvenir de l'événement traumatique ainsi que son vécu fantasmatique associé et les défenses mises en place pour le maintenir à distance seraient transmis aux membres de la famille (Nicolò & Strinati, 2007). Ce phénomène de transmission globale est nommé « résonances traumatiques familiales » par Drieu et Johnston (2007). Ces derniers émettent l'hypothèse suivante : quand il est impossible, dans la relation entre les membres de la famille, de co-

construire en mots le récit du vécu de chacun en lien avec le traumatisme de la victime, ce vécu se voit transformé en mécanismes de protection qui s'installent entre les membres, et créent une distance entre eux.

Expériences cliniques vécues avec les victimes de traumatisme

Il semble que le contact des intervenants avec les individus présentant un TSPT soit éprouvant. Sherwood (2020) décrit l'expérience des policiers qui se retrouvent confrontés au vécu des victimes d'événements traumatisants au quotidien. Il apparaît que ceux-ci peuvent développer de nombreux symptômes anxieux, dépressifs, et présenter des symptômes s'apparentant aux manifestations du TSPT lui-même. Du côté des psychologues cliniciens, psychiatres, travailleurs sociaux et intervenants en santé mentale, il ressort d'une étude que le travail avec les patients qui présentent un TSPT serait particulièrement difficile (Back et al., 2009). Selon cette étude, il semble que les aspects les plus ardues du travail avec cette clientèle seraient entre autres de tolérer les grands besoins de soutien exprimés par les patients et de gérer leurs propres frustrations assez intenses ressenties à l'égard de ces patients.

Difficultés dans l'alliance thérapeutique avec les patients manifestant un TSPT

Il semble que la relation thérapeutique avec les patients manifestant un TSPT ne s'établisse pas facilement (Lawson et al., 2013). Les symptômes du TSPT sont associés à des difficultés du patient à former une alliance thérapeutique solide avec le thérapeute (Ellis et al., 2018). En particulier, il semble que le TSPT change la façon dont la victime

vit ses relations, en modifiant sa perception de pouvoir partager ses expériences avec les autres. Cet aspect complexifie l'établissement de la relation thérapeutique (Ebert & Dyck, 2004). Selon Ebert et Dyck, il semble que les patients qui présentent un TSPT soient parfois portés à éviter de parler de ce qui les rend inconfortables dans la relation thérapeutique en raison des mécanismes d'évitement qui s'installent chez eux, rendant difficile de réparer les bris d'alliance lorsque ceux-ci se présentent. En conséquence, le psychologue clinicien peut lui aussi éprouver de la difficulté à établir une bonne alliance de travail avec les victimes de traumatisme et des ruptures dans l'alliance thérapeutique peuvent survenir (Boulanger, 2018). Les ruptures dans l'alliance thérapeutique sont définies comme des communications et des interactions négatives dans la dyade thérapeutique, entre le patient et le thérapeute (Muran & Safran, 2016). Selon Muran et Safran, il existe deux types de ruptures, soit les ruptures de retrait et celles de confrontation. Les ruptures de retrait marquent un désengagement du patient qui, d'un point de vue émotionnel, prend de la distance vis-à-vis le thérapeute ou le traitement. Par exemple, le patient peut s'éloigner du thérapeute en maintenant le silence, en répondant de manière minimale ou de manière abstraite, ou encore en changeant de sujet. Il pourrait aussi se soumettre à la thérapie avec trop de candeur, faire preuve d'une grande anxiété ou de cynisme dans le traitement, dans le but de se conformer sans s'approprier la thérapie. Toujours selon ces auteurs, les ruptures de confrontation sont caractérisées par l'expression directe de colère ou d'insatisfaction par le patient à l'endroit du thérapeute ou du traitement. Par exemple, en s'opposant au thérapeute, le patient pourrait s'exprimer avec agressivité ou en tentant de contrôler le déroulement de la thérapie. Ces deux formes

de ruptures représenteraient des tensions entre les besoins d'affirmation et de différenciation du patient et ses besoins d'affiliation (Drouin, 2014). Ces écrits évoquent bien les aspects de l'expérience du patient qui peuvent être en jeu dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique.

Des difficultés dans l'alliance peuvent également être liées à l'expérience vécue plus spécifiquement par les psychologues cliniciens. En ce sens, le PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) décrit que l'expérience des psychologues cliniciens qui travaillent avec des patients présentant un TSPT peut alterner entre des positions extrêmes, d'une façon similaire à l'alternance des symptômes du patient. Selon ce manuel, les psychologues cliniciens peuvent éprouver de la difficulté à tolérer la charge affective liée au traumatisme et, pour cette raison, ils peuvent hésiter à l'aborder de front avec le patient. En effet, selon une étude empirique de Gleiser et ses collaborateurs (2008), il semblerait que les patients présentant un TSPT montrent des difficultés de régulation de leurs émotions et ce manque de régulation nécessiterait un ajustement particulièrement attentif et nuancé de la relation thérapeutique de la part du psychologue clinicien. Il est mentionné dans le PDM-2 que les psychologues peuvent aussi avoir une certaine réserve dans l'établissement d'une bonne relation de travail avec leurs patients par crainte d'éprouver des émotions similaires à celles de leurs patients, comme la honte, la terreur, la révolusion et le blâme.

Description du contre-transfert vécu par le psychologue clinicien

Le contre-transfert a été défini par Kernberg (1995) comme l'ensemble des réactions émotionnelles du psychologue clinicien au patient en situation de traitement, qui émergeraient au contact du transfert du patient ainsi qu'en réponse aux besoins réels et affectifs du psychologue clinicien. Les auteurs Gelso et Hayes (2007) proposent une version plus moderne et plus relationnelle, selon laquelle le contre-transfert peut également prendre source dans des éléments appartenant au thérapeute, par exemple son histoire de vie, ses valeurs, sa conception de son identité. De plus, le contre-transfert peut être une réaction au transfert ou à d'autres facteurs associés au patient. Selon ces auteurs, le contre-transfert est conceptualisé comme étant une source d'informations riche, qui peut être utilisé pour comprendre le vécu du patient et la dynamique relationnelle.

Contre-transfert vécu en contact avec les victimes de traumatisme

Des manifestations contre-transférentielles peuvent être identifiées lorsqu'il est question de l'expérience du travail du psychologue avec les individus présentant un TSPT. Le psychologue clinicien se retrouve souvent dans la position où il doit encourager le patient à briser le silence relatif à son traumatisme. Cependant, le dévoilement du patient peut générer des émotions fortes et de grandes réactions chez le psychologue clinicien (Lachal, 2012). Il est observé empiriquement que les psychologues cliniciens rapportent fréquemment vivre de l'horreur, de l'épouvante, une rage difficile à contenir, de la honte et du dégoût en lien avec le récit du traumatisme qui est fait par le patient (Cavanagh et al., 2015). Dans les écrits scientifiques, il est aussi mis de l'avant que les intervenants

peuvent souvent ressentir de la frustration et de l'irritation envers les victimes de traumatisme (Fucillo, 2017).

Agir du contre-transfert dans les thérapies avec les victimes de traumatisme

La présence de vécus contre-transférentiels perturbants pourrait inciter les psychologues cliniciens à faire certains agirs qui serviraient, entre autres, à empêcher les patients d'évoquer certains détails de leur vécu traumatisant. En même temps, ces agirs du contre-transfert protégeraient les psychologues cliniciens d'entendre des récits qui les bouleverseraient. Certains auteurs observent dans des études de cas que ces derniers pourraient employer certaines techniques qui tiendraient lieu d'agirs pour éviter d'être exposés au contenu anxiogène, comme l'utilisation de conseils, de mots de réconfort, d'encouragements ou d'interventions de psychoéducation (Boulanger, 2003, 2007; Fox, 2003). De plus, certains psychologues cliniciens pourraient tenter d'engourdir leurs réactions en créant une distance affective avec le patient ou en devenant eux-mêmes distraits dans la rencontre. Toujours afin d'établir une distance protectrice, les psychologues cliniciens pourraient être amenés à banaliser le vécu du patient ou à croire que ce dernier dramatise son histoire, selon une étude qualitative (Cavanagh et al., 2015). Bref, il ressort des écrits qu'il peut être perturbateur pour le psychologue clinicien d'être en contact avec le traumatisme du patient qui manifeste un TSPT et qu'il peut mettre en place, consciemment ou non, des agirs qui ont pour bénéfice de le protéger lui-même de l'impact du traumatisme.

Le traumatisme vicariant

Portrait du traumatisme vicariant

Description du traumatisme vicariant selon le modèle constructiviste

Le travail de psychothérapie auprès des individus manifestant un TSPT exerce une influence marquée sur les psychologues cliniciens qui les traitent. Cet impact prend souvent la forme d'émotions, de pensées et de sensations corporelles particulièrement accaparantes. Ces réactions envahissantes peuvent se manifester chez les psychologues cliniciens dans le contexte de la thérapie ou dans d'autres contextes (Cohens & Collens, 2013). Parfois, cet impact pourrait aller jusqu'à générer un phénomène appelé « traumatisme vicariant » (Figley, 2002). Le traumatisme vicariant a été défini par certains auteurs et chercheurs comme étant l'ensemble des changements cumulatifs et négatifs qui se produisent lorsque les psychologues cliniciens s'engagent dans une relation thérapeutique empathique avec des patients ayant vécu des traumatismes (Pearlman & Mac Ian, 1995; Possick et al., 2015). Ces changements, observés empiriquement et vécus chez les psychologues cliniciens, peuvent être expérimentés sur les plans physique (Hayes, 2013), émotionnel (Sansbury et al., 2015), cognitif (Aparicio et al., 2013; Măirean & Turliuc, 2013), sexuel (Branson et al., 2014), spirituel (Dombo & Gray, 2013) et neurologique (Shepard, 2013; Tyler, 2012). Le traumatisme vicariant peut s'apparenter à une forme de « contagion » des réactions du patient. Il représente le traumatisme du psychologue clinicien qui se met en place en réponse au traumatisme du patient (Ivicic & Motta, 2017). Cette contagion prendrait place également sur le plan des représentations fondamentales de soi et du monde et s'implanterait par l'entremise du circuit de la

mémoire du psychologue clinicien (Arnold et al., 2005). Selon le PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), le traumatisme vicariant est un chamboulement émotionnel vécu par le psychologue clinicien, accompagné de stress, d'irritation, de frustration, de rêves et de préoccupations. Le traumatisme vicariant proviendrait, selon le PDM-2, d'une immersion trop importante dans le traumatisme du patient.

Description relationnelle du traumatisme vicariant

Un second cadre de compréhension du traumatisme vicariant, issu des écoles de pensée psychodynamique et intersubjective, conçoit ce dernier comme un processus dynamique qui s'installe de façon conjointe dans la relation entre le psychologue clinicien et le patient (Boulanger, 2018), et non pas seulement comme une conséquence de l'exposition au matériel traumatique. Selon l'auteure Boulanger, ils seraient sensibles à développer une possible « infection » par le matériel traumatique des patients, que ce matériel soit présent dans le narratif ou qu'il soit dissocié de l'expérience consciente des patients. C'est comme si les psychologues cliniciens devenaient les « porteurs » de l'intensité de l'affect. Toujours selon cette auteure, qui se base sur ses observations cliniques et sur des études de cas, s'ils ne sont disposés ni à recevoir ni à mettre en mots les expériences dissociées ou partiellement remémorées par les patients, ils pourraient à leur tour se dissocier de ces mêmes expériences. Entre autres, ils pourraient devenir aux prises avec des réactions soudaines, intrusives et inexplicables dans le contexte de la thérapie ou de leur vie personnelle. Le traumatisme vicariant est conceptualisé comme un phénomène qui prend place dans la relation avec le patient. En raison de sa perspective

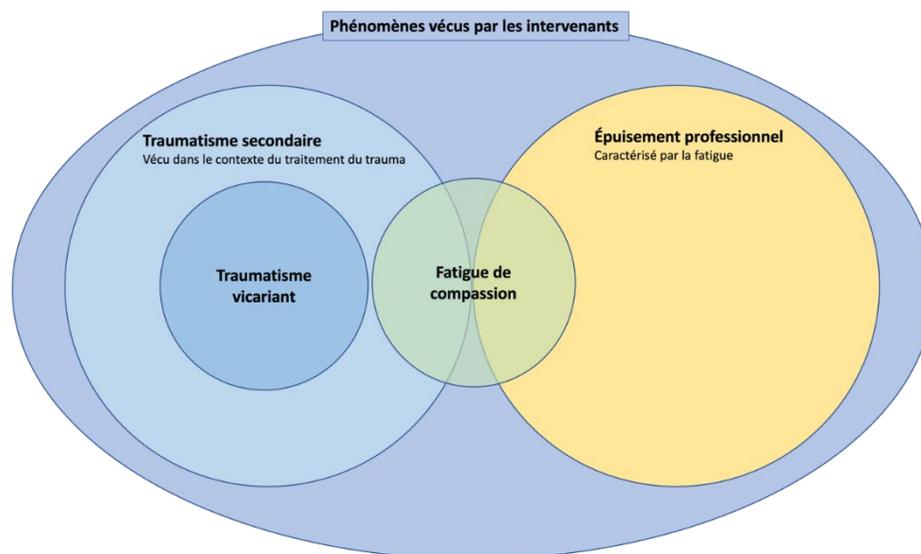
relationnelle, qui inclut des réflexions sur la fonction du traumatisme vicariant, ce cadre de compréhension intersubjectif et psychodynamique sera retenu pour cette thèse.

Différenciation avec les phénomènes connexes au traumatisme vicariant

Dans la documentation scientifique révisée, il semble régner une certaine confusion entre le concept du traumatisme vicariant et les phénomènes connexes. Considérant cette lacune présente dans la documentation scientifique, l'auteure a réalisé un schéma visuel pour synthétiser et illustrer les recouvrements et les différences qui lui sont apparus lors de sa recension des écrits. Les différences majeures entre le traumatisme vicariant et les phénomènes connexes seront présentées visuellement dans la Figure 1 et expliquées ensuite.

Figure 1

Schéma illustrant les différences entre les phénomènes connexes et le traumatisme vicariant



Différenciation entre le traumatisme vicariant et l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel, ou le « burnout », est un syndrome plus général que le traumatisme vicariant puisqu'il peut être vécu par tous les individus d'une population de travailleurs. Il est défini comme un phénomène qui émerge en réponse à des facteurs de stress interpersonnels, chroniques et présents au travail et qui se manifeste sur trois plans distincts, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'inefficacité (Maslach et al., 2001). En ce qui concerne le premier plan, Shirom (2003) précise que la fatigue ressentie peut être émotionnelle, cognitive ou physique. Dans le cas des psychologues cliniciens qui sont aux prises avec un épuisement professionnel, c'est un syndrome qui ne se présente pas spécifiquement dans le contexte du traitement du traumatisme, mais qui peut émerger dans de nombreux contextes de pratique (Newell & MacNeil, 2010). Les descriptions du traumatisme vicariant s'adressent uniquement aux intervenants qui travaillent avec des victimes de traumatisme et ne font pas mention des trois dimensions distinctes ni des trois types de fatigue propres à l'épuisement professionnel.

Différenciation entre le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion

Dans la même famille que l'épuisement professionnel, la fatigue de compassion est décrite comme une fatigue débilite provoquée par des réactions empathiques répétées à la douleur et à la souffrance d'autrui (Zawieja, 2017). La fatigue de compassion, appelée aussi usure de compassion, serait un phénomène qui se rapprocherait plus de l'épuisement professionnel que du traumatisme vicariant, car elle est généralement

caractérisée par une fatigue émotionnelle, cognitive ou physique importante et envahissante (Maltais et al., 2015). En effet, il semblerait que plus les psychologues cliniciens auraient un grand nombre de patients traumatisés, plus élevés seraient les niveaux de fatigue de compassion (Robert, 2014). Par ailleurs, il est possible que la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant soient présents simultanément chez lui. En effet, l'expérience de fatigue qui est présente dans la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel n'est pas caractéristique du traumatisme vicariant, mais pourrait être présente au même moment si le psychologue clinicien est aux prises avec les deux syndromes. Il ressort des données empiriques que la différence majeure entre la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant, tout comme c'est le cas avec l'épuisement professionnel, est que la fatigue de compassion n'est pas un phénomène spécifique au contexte du traitement des traumatismes (Newell & MacNeil, 2010).

Différenciation entre le traumatisme vicariant et le traumatisme secondaire

Le stress traumatique secondaire, appelé aussi victimisation secondaire ou simplement traumatisme secondaire, se présenterait lorsqu'un individu vivrait une exposition indirecte à un événement traumatique (Meadors & Lamson, 2008). La traumatisation secondaire des intervenants est plus spécifiquement définie comme étant l'ensemble des phénomènes issus du submergement affectif lié au désir de donner assistance et réconfort lorsqu'ils sont témoins de grandes souffrances spécifiquement liées à des traumatismes (Figley, 2002; Ludick & Figley, 2017). En ce sens, le traumatisme vicariant est inclus sous la nomenclature plus large du phénomène du stress traumatique

secondaire, qui représenterait la catégorie générale incluant les phénomènes spécifiquement vécus par les intervenants en réponse au vécu traumatique des patients (Aparicio et al., 2013; Baird & Kracen, 2006; Branson, 2019).

Prévalence et impact du traumatisme vicariant

Prévalence du traumatisme vicariant

Il est difficile d'évaluer avec précision la prévalence du traumatisme vicariant puisque, tel qu'il a été noté plus haut, la présence d'autres phénomènes connexes est souvent comptabilisée de concert avec celle du traumatisme vicariant. De plus, de façon générale, peu d'études ont été réalisées sur l'épidémiologie du traumatisme vicariant. Par ailleurs, le travail du matériel traumatique présent chez les patients manifestant un TSPT implique la gestion d'une grande charge émotionnelle de la part des psychologues cliniciens. En ce sens, il est estimé empiriquement que jusqu'à 22 % des psychologues cliniciens développeraient des symptômes d'un traumatisme vicariant en travaillant auprès de cette clientèle (Ivicic & Motta, 2017). Des études empiriques et quantitatives réalisées chez des psychologues cliniciens ont permis de relever que 22 % des psychologues cliniciens décrivaient leur travail avec des patients traumatisés comme étant extrêmement stressant et 35 % rapportaient être émotionnellement surpassés (Meldrum et al., 2002). De plus, 65 % présenteraient des signes correspondants à une traumatisation secondaire (Wee & Myers, 2002). En raison de la confusion dans la documentation scientifique en regard aux différents concepts connexes au traumatisme vicariant, qui fait

que la nomenclature n'est pas employée de la même façon d'une étude à l'autre, les pourcentages rapportés doivent être considérés avec une certaine prudence.

Conséquences souffrantes et symptômes du traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant semble avoir un impact à la fois sur le fonctionnement cognitif et sur l'univers affectif du psychologue clinicien (Aparicio et al., 2013). Du côté cognitif, lorsqu'un traumatisme vicariant s'installe, il peut se produire une altération des schémas cognitifs chez les psychologues cliniciens concernant globalement la sécurité, la confiance, l'estime de soi, l'intimité et le sentiment de contrôle (Harrison & Westwood, 2009; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Mac Ian, 1995; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Du côté affectif, les psychologues cliniciens peuvent développer une hypervigilance, un sentiment de lassitude et une distorsion dans l'empathie émotionnelle envers leurs patients (Ivicic & Motta, 2017). En résumé, la conscience habituelle de soi ainsi que l'univers affectif du psychologue clinicien sont chamboulés au contact du patient qui manifeste un TSPT. Ce chamboulement peut mener à une altération de l'identité, de la vision du monde, des forces du moi et des systèmes émotionnel et sensoriel (Pearlman & Saakvitne, 1995; Trippany et al., 2004).

Impact du traumatisme vicariant sur la relation thérapeutique

La documentation scientifique permet de faire ressortir certaines conséquences du traumatisme vicariant sur la relation thérapeutique. Bien que ces constats soient forts intéressants, le bassin d'études concernant ces aspects précis est très restreint, les écrits

qui en émergent étant principalement basés sur des observations cliniques. Notamment, Rasmussen (2005), un auteur et clinicien qui se base à la fois sur ses observations cliniques et sur des études de cas, a remarqué que le psychologue clinicien peut se sentir plus vulnérable qu'à l'habitude, comme si son « immunité » psychologique était affaiblie. Cet état de vulnérabilité pourrait potentiellement perturber sa capacité à être émotionnellement ajusté et flexible auprès de ses patients. Il verrait se modifier sa capacité à offrir un environnement thérapeutique « suffisamment bon », puisque ses capacités d'accordage affectif et d'immersion empathique en lien avec l'expérience subjective du patient seraient momentanément voilées ou réduites, voire même inaccessibles.

Facteurs modérateurs du traumatisme vicariant

Facteurs de risque du traumatisme vicariant

Les psychologues cliniciens qui travaillent avec des patients qui répondent aux critères diagnostiques du TSPT seraient plus à risque de développer un traumatisme vicariant que ceux qui travaillent avec des personnes traumatisées qui ne rencontrent pas le seuil clinique (Peled-Avram, 2017; Wilson & Thomas, 2004). Parmi les facteurs liés au risque de développer un traumatisme vicariant répertoriés dans la documentation scientifique quantitative, certains concernent l'ampleur de la charge de patients, la quantité et la fréquence d'exposition au matériel traumatique des patients, la lourdeur des cas traités et la présence d'un trop grand engagement empathique (Baird & Kracen, 2006). Certaines caractéristiques du psychologue clinicien seraient également associées à des variations dans le développement d'un traumatisme vicariant, telles que les composantes

sociodémographiques de celui-ci, son histoire personnelle et les stratégies de régulation affective qu'il utilise (Bober & Regehr, 2006; Lerias & Byrne, 2003; Peled-Avram, 2017). Le type de traumatisme vécu par les patients semble aussi influencer sur le risque de développer un traumatisme vicariant. Plus précisément, le travail avec des patients ayant vécu des traumatismes interpersonnels conduirait à une augmentation du risque et de l'intensité du traumatisme vicariant chez les psychologues traitants (Peled-Avram). En effet, les événements traumatiques causés intentionnellement par des humains, caractérisés par la cruauté, la déshumanisation ou la peur induite, seraient associés à de hauts niveaux de détresse chez les psychologues cliniciens (Knight, 2015). Dans une perspective relationnelle, le psychologue clinicien réagirait à la fois au contenu traumatique partagé par le patient et aux réactions de ce dernier face à ce contenu (Shubs, 2008).

Facteurs de protection du traumatisme vicariant

Des facteurs de protection au traumatisme vicariant ont été identifiés dans les écrits empiriques. D'abord, le sentiment d'auto-efficacité serait associé négativement à la présence de symptômes du traumatisme vicariant et pourrait être considéré comme un facteur de protection (Finklestein et al., 2015; Peled-Avram, 2017). Aussi, la différenciation du soi serait corrélée négativement avec le développement du traumatisme vicariant (Halevi & Idisis, 2018). La différenciation du soi est l'habileté à distinguer ses pensées de ses affects et la capacité à faire le choix conscient d'être guidé par ses pensées, par ses affects ou par une intégration des deux sphères (Skowron & Schmitt, 2003). Il

semblerait que cet attribut, soit la capacité de faire une différenciation saine entre son monde émotionnel et celui de son patient, serait lié à la protection du développement traumatisme vicariant (MacKay, 2017).

Comparaison entre le traumatisme vicariant et l'identification projective

Certains aspects du traumatisme vicariant ressortent de manière particulière. Par exemple, les réactions vécues par les psychologues cliniciens apparaissent comme envahissantes, sans possibilité d'être contrôlées. De plus, au cœur de ce phénomène semble se trouver un vécu qui est clivé par le patient et qui est vécu par le psychologue clinicien. Selon l'auteure Bouvier (2019), ce vécu apparaît comme étant communiqué par le patient d'une manière non-verbale et primitive. Lorsque ces aspects sont mis en lumière, force est de constater qu'une certaine similarité peut apparaître entre le traumatisme vicariant et le phénomène de l'identification projective. Il apparaît donc judicieux de faire une distinction entre ces deux mécanismes, pour mieux cerner le phénomène du traumatisme vicariant.

L'identification projective

L'identification projective est un mécanisme de défense catégorisé comme immature qui a initialement été introduit par Klein (1946, 2013). Cette clinicienne avait défini théoriquement ce mécanisme comme un processus intrapsychique et fantasmatique par lequel les aspects clivés de la représentation du soi sont transférés inconsciemment à l'autre. Selon Klein, la fonction de l'identification projective est de mettre en place un

processus d'identification par lequel le patient imagine avoir un contrôle fantasmatique sur les mauvais aspects de son expérience, en les communiquant à l'autre.

Plus tard, Sandler (1987, 2019) a défini l'identification projective comme une expérience collective, flexible et difficile à cerner, qui implique le transfert d'un contenu clivé entre les membres de la dyade thérapeutique. Selon la conception de ce théoricien, l'identification projective est un mécanisme de défense qui comprend nécessairement une projection en dehors de soi d'un vécu qui devrait être éprouvé à l'intérieur de soi, dans le but de s'identifier au vécu de la personne qui reçoit la projection des éléments clivés. L'identification projective est décrite par Sandler comme un mécanisme de défense ayant pour fonction de transmettre une communication inconsciente, primitive et préverbale. Pour Ogden (1979, 1992, 2019), un clinicien qui a beaucoup réfléchi au concept de l'identification projective, celle-ci serait composée de trois éléments constituants qui se déploient dans le temps. D'abord, le patient porte une fantaisie de se débarrasser d'une partie non-désirée de lui-même, puis il projette cette partie non-désirée sur l'aidant d'une façon contrôlante. Ensuite, dans le cadre d'une interaction interpersonnelle, des affects congruents avec la fantaisie projective du patient sont induits chez le thérapeute. Finalement, ce dernier métabolise la projection et lui donne un sens, puis le patient réinternalise cette projection métabolisée par le thérapeute.

Ces descriptions de l'identification projective faites par ces cliniciens n'ont pas, à ce jour, été validées empiriquement par des études comportant un grand nombre de

patients et de thérapeutes. Cependant, Kernberg (1987, 2018) et Shohet (2019) ont publié des études de cas qui illustrent ces descriptions en se basant sur des observations cliniques issues de leur pratique. À la lecture de celles-ci, il apparaît que les différents aspects de l'interaction relationnelle de l'identification projective sont appuyés par ces récits rapportant les vécus du clinicien et du patient.

Similitudes entre le traumatisme vicariant et l'identification projective

Il est intéressant de comparer le traumatisme vicariant avec le mécanisme de défense de l'identification projective puisque les deux phénomènes partagent plusieurs éléments. De plus, cette comparaison permettra de distinguer les deux concepts et de clarifier le fonctionnement du traumatisme vicariant. D'abord, tout comme pour le traumatisme vicariant, il est observé par des auteurs et cliniciens que l'identification projective témoignerait du désir inconscient du patient de faire vivre à l'aidant une expérience affective hautement inconfortable, que lui-même vit et qu'il ne sait pas comment contenir ni intégrer, et qu'il projette sur l'autre (Bolgert, 2003; Boulanger 2018; Schore, 2010). La résultante de ce processus psychique est que le patient demeure partiellement habité par son vécu intense, duquel il projette une partie sur l'aidant. Dans les deux cas, le patient souhaite, de façon inconsciente, que l'aidant fasse l'expérience de l'état affectif que lui-même vit, mais qu'il soit en mesure de le contenir mieux qu'il ne peut lui-même le faire et de lui donner un sens. En ce sens, le patient gagne espoir que ce vécu affectif anxiogène n'est pas réellement destructeur et qu'il est possible de le contenir et de l'intégrer (Bion, 1967, 2015; Mills, 2000; Rasmussen, 2005; Schore, 2010). À la fois

dans le traumatisme vicariant et dans l'identification projective, le patient s'identifie ensuite à l'expérience affective de l'aidant et à la façon avec laquelle il reçoit et intègre cette expérience (Ciccone, 2012; Rasmussen). En conséquence, initialement hors de la conscience, cette expérience projetée chez l'autre devient observable et ainsi un peu plus consciente et acceptable (Grinberg et al., 1977; Sandler, 2019; Shubs, 2008). Ces deux mécanismes, l'identification projective et le traumatisme vicariant, transforment une expérience affective que le patient vit individuellement en une expérience affective partagée et interpersonnelle (Bolgert, 2003; Brown, 2010; Yalch & Burkman, 2019).

Différenciation entre le traumatisme vicariant et l'identification projective

Certaines différences sont présentes entre l'identification projective et le traumatisme vicariant. Selon certains auteurs, l'identification projective serait une façon de communiquer une souffrance primitive, un mal-être vécu à une période prélangagière que le patient est incapable de communiquer avec des mots de manière consciente (Spillius & O'Shaughnessy, 2012). Le traumatisme vicariant est pour sa part une communication au sujet d'une souffrance reliée à un traumatisme actuel, ou relativement récent, c'est-à-dire vécu dans une période de vie où le langage est acquis. Bien que le vécu relatif au traumatisme soit plus actuel, le patient est incapable de le verbaliser et de se l'approprier subjectivement, entre autres en raison de l'ampleur de l'intensité des affects qui y sont reliés (Charles, 2014). Cantin (2013), qui se base sur son expérience clinique, exprime ainsi cette incapacité à mettre le vécu traumatisant en mots : « Le traumatisme est (...) inassimilable, il demeure comme un corps étranger, sans pouvoir être intégré. Il

est ingérable par les moyens jusque-là développés » (p. 70). Dit autrement, le vécu relié au traumatisme est tellement intense que les mécanismes de défense habituels du patient ne réussissent pas à le protéger suffisamment de l'angoisse vécue (Bokanowski, 2005). De plus, bien que l'identification projective soit accompagnée d'une grande intensité affective qui la distingue des autres mécanismes de défense plus matures, son impact demeure circonscrit à la dynamique relationnelle entre le patient et l'aidant. Pour l'aidant, selon des auteurs, l'identification projective introjectée est vécue comme une sorte de contre-transfert déboussolant, qui perturbe sa fonction contenant (Ciccione, 2012; Schore, 2010). Cependant, il se peut qu'un processus de prise de conscience en supervision clinique suffise pour la mettre en sens et lui faire perdre une partie de son pouvoir (Berant et al., 2005). Pour sa part, le traumatisme vicariant entraîne une sorte de contamination qui a tendance à se répandre au-delà de la sphère des dynamiques relationnelles de la dyade thérapeutique. En effet, très souvent, les réverbérations du traumatisme envahissent la vie personnelle de l'aidant (Agosta, 2014). Ce dernier peut également développer des symptômes qui lui sont propres et uniques en lien avec la contagion du traumatisme (Branson, 2019). En somme, l'identification projective correspond à un mécanisme de défense servant de communication archaïque qui a des conséquences au niveau du contre-transfert et dans la dyade patient-aidant alors que le traumatisme vicariant est une réaction globale et affective qui surgit lors d'une proximité relationnelle dans le contexte d'une contagion des expériences d'un traumatisme, et qui dépasse souvent le contexte de la thérapie pour s'immiscer dans la vie personnelle de l'aidant et causer l'apparition de symptômes similaires au TSPT.

Impact du traumatisme vicariant dans la sphère professionnelle du psychologue clinicien

Jusqu'à maintenant, plusieurs écrits cités ont fait mention que le traumatisme vicariant comporte une importante composante relationnelle. Il est intéressant de se demander comment cette composante relationnelle peut s'articuler dans la psyché et dans l'expérience du psychologue clinicien, considérant le fait que les frontières de la dyade thérapeutique peuvent être brouillées et qu'un processus d'auto-évaluation de la compétence peut être en jeu chez l'intervenant.

En effet, il a été mis en lumière, tant dans l'identification projective que dans le traumatisme vicariant, qu'il n'est pas simple de différencier ce qui appartient au patient de ce qui appartient au clinicien dans son expérience vécue du phénomène. Pour ce faire, le psychologue clinicien lui-même utilise son habileté de conscience réflexive dans l'ici et maintenant pour mettre en sens les vécus qui prennent place dans la dyade thérapeutique. La conscience réflexive est généralement définie comme le fait de prendre son propre fonctionnement psychique comme objet d'attention et de réflexion (Lamboy et al., 2004). Il semble que le traumatisme vicariant mobilise cette capacité plus que d'autres situations cliniques que le psychologue clinicien peut rencontrer dans sa pratique (Smith, 2021). Par ailleurs, le processus de la conscience réflexive peut être accompagné d'une phase d'auto-évaluation de l'intervention (Jorro, 2004). Les auteurs et théoriciens Skovholt et Rønnestad (2003) ont observé que les psychologues cliniciens peuvent associer étroitement leur sentiment de valeur personnelle et professionnelle, qui fait partie

de leur identité professionnelle, avec la perception de la performance qu'ils souhaitent atteindre dans le contexte de la thérapie.

Transformation du psychologue clinicien au contact de patients traumatisés

Certaines répercussions bénéfiques du travail répété avec les personnes ayant été exposées à des traumatismes ont été rapportées par des chercheurs. Notamment, le traumatisme vicariant permettrait au psychologue clinicien d'identifier certains affects du patient que ce dernier n'arriverait pas à exprimer, ne souhaiterait pas verbaliser, ou dont il ne connaîtrait pas l'existence (Calhoun et al., 2010; Peebles-Kleiger, 1989). En faisant preuve de conscience réflexive, il pourrait détecter ainsi des affects non exprimés qui lui seraient communiqués de manière indirecte par le patient, afin de les comprendre et de les réguler (Alexandris & Vaslamatzis, 1993). Par ailleurs, une forme de transformation positive pourrait potentiellement s'opérer à la suite de l'expérience du traumatisme vicariant (Melius, 2013). Melius a observé dans son étude que le traumatisme vicariant peut changer la nature qualitative de l'expérience relationnelle des intervenants présentant un traumatisme vicariant, en regard de la vigilance reliée à leurs frontières personnelles dans leurs relations avec les autres, ainsi que dans leur capacité à connecter véritablement avec leurs proches, dans leur vie personnelle.

Résilience vicariante du psychologue clinicien

Certains auteurs ont fait remarquer que les psychologues cliniciens qui ont vécu un traumatisme vicariant peuvent développer une perspective nouvelle sur leur propre vie

et leurs traumatismes personnels (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2010). Éventuellement, selon des chercheurs, cette nouvelle perspective pourrait même les conduire à un changement dans leurs objectifs de vie et à une réorganisation dans leurs priorités, à une prise de recul en lien avec leurs propres difficultés personnelles ainsi qu'à une augmentation de leur résilience (Arnold et al., 2005; Hernandez-Wolfe et al., 2014). Par ailleurs, tant pour le traumatisme vicariant que pour la résilience, il semblerait que ce soit les mêmes représentations concernant la sécurité, la confiance, l'estime de soi, l'intimité et le sentiment de contrôle qui soient touchées (Arnold et al.). Ce phénomène de développement personnel, qui met en relief le fait que le psychologue clinicien puisse ressortir de l'expérience du traumatisme vicariant avec de nouvelles capacités de coping, est parfois nommé « résilience vicariante ». La résilience vicariante est définie comme l'impact positif et la croissance personnelle que les psychologues cliniciens peuvent vivre au contact de la résilience de leurs clients (Hernandez-Wolfe, 2018). La résilience vicariante semble être un phénomène connexe à celui du développement post-traumatique des individus qui traversent un TSPT, expliqué dans la sous-section concernant le stress post-traumatique. En effet, les deux phénomènes peuvent exercer une influence sur les sphères de la force personnelle et la perspective sur la vie, chez le psychologue clinicien et le patient (Hernández et al., 2010).

Il a été mis de l'avant que la dimension relationnelle est un facteur important dans l'étiologie du TSPT et que le traumatisme vicariant semble également issu d'un processus relationnel. Bien que le traumatisme vicariant partage des similitudes avec l'identification

projective, notamment en tant que mécanisme de communication inconscient, il en est également distinct puisqu'il provient d'un traumatisme actuel. Le traumatisme vicariant semble avoir des conséquences profondes sur l'expérience vécue du psychologue clinicien. Entre autres, il pourrait affecter ce dernier jusque dans la perception de son identité professionnelle. Plus encore, il serait transformé au contact de son patient qui manifeste un TSPT, par exemple en le rendant plus vigilant en regard de ses frontières personnelles. Il pourrait aussi développer de la résilience vicariante.

Tenant compte de ce cadre théorique, il serait maintenant intéressant d'examiner comment la variable de la dimension relationnelle, qui est significative pour le TSPT et le traumatisme vicariant, a une place dans le traitement du TSPT. Les approches de thérapie actuelles et recommandées pour le TSPT, ainsi que les pratiques alternatives, seront maintenant explorées et comparées dans une perspective relationnelle.

Traitement du TSPT

Approches du traitement du TSPT centrées sur la diminution des symptômes

Les principes directifs de l'APA au sujet du traitement du TSPT recommandent d'utiliser la thérapie cognitive-comportementale et plus particulièrement la thérapie par exposition et la thérapie de restructuration cognitive (APA, 2013). En effet, les thérapies cognitive-comportementales, qui comportent des composantes d'exposition, de restructuration cognitive et d'entraînement à l'inoculation au stress, ressortent comme les psychothérapies qui sont les plus utilisées pour le traitement du TSPT en Amérique du

Nord (Forbes et al., 2014). Selon les résultats de certaines études empiriques, ces thérapies se seraient montrées efficaces pour la diminution des symptômes du TSPT (Cloitre, 2009; Powers et al., 2010).

Toutefois, selon une méta-analyse inventoriant 55 études portant sur le traitement du TSPT, les psychothérapies cognitive-comportementales ainsi que les techniques d'intervention associées, qui sont celles ayant reçu le plus de support empirique, sont confrontées à des taux d'abandon des patients pouvant aller jusqu'à 54 % (Schottenbauer et al., 2008). Les auteurs de cette recension remarquent que les raisons de ce haut taux d'abandon ne sont pas clairement identifiées dans les études inventoriantes. Aussi, certains chercheurs observent qu'à la fin des traitements d'exposition, jusqu'à 45 % des patients remplissent encore les critères diagnostiques du TSPT (Van Minnen et al., 2002). Il est possible que la thérapie cognitive-comportementale ait surtout un impact sur la rééducation des perturbations du circuit de la peur, en ne traitant pas suffisamment la dimension des affects négatifs, et ce focus étroit pourrait limiter l'efficacité globale de la thérapie (Brown et al., 2018). Des modèles compréhensifs du TSPT proposent des traitements plus complets que ceux qui sont traditionnellement utilisés dans le cas des troubles anxieux (Miller et al., 2014).

Approche psychodynamique avec une perspective relationnelle pour le traitement du TSPT

Certains modèles de thérapie psychodynamique brève ont été évalués dans le cadre du traitement du TSPT (Levy & Ablon, 2009; Paintain & Cassidy, 2018). Plus

particulièrement, il aurait été constaté par des études de cas et des observations cliniques que les thérapies brèves d'approche psychodynamique adoptant une perspective relationnelle auraient permis une diminution des symptômes ainsi qu'une augmentation du sentiment de sens auprès d'individus souffrant de TSPT (Carr, 2011; Wise, 2017). Hendin (2014) décrit dans une étude de cas faite selon l'approche de psychothérapie psychodynamique à court terme axée sur la réparation relationnelle qui s'est montrée efficace dans la réduction des symptômes du TSPT et qui a également permis au patient d'intégrer des émotions liées au traumatisme qui étaient difficiles à tolérer.

Habitation émotionnelle du psychologue clinicien pour le traitement du TSPT

Selon l'auteur Stolorow (2015), le psychologue clinicien ne doit pas uniquement tenter de comprendre avec empathie la souffrance que porte le patient. Selon ses observations et ses expériences cliniques, il est nécessaire qu'il contacte l'expérience même de cette souffrance en y participant. Atwood et Stolorow (2016) décrivent une disposition clinique de l'intervenant qui semble aidante lorsque ce dernier veut faire l'exploration d'un contenu traumatique. Ils appellent cette posture de l'intervenant *emotional dwelling*, expression qui est souvent traduite dans les écrits scientifiques par « habitation émotionnelle ». Cette posture est décrite comme une attitude active et engagée dans la relation par laquelle l'intervenant « habite » l'expérience affective du patient. Pour ce faire, le psychologue tente de résonner à cette souffrance en activant ses propres expériences personnelles. Selon certains auteurs, les interventions psychothérapeutiques pour traiter le TSPT devraient intégrer la mise en sens du vécu relationnel en

psychothérapie, en plus de considérer la diminution des symptômes du traumatisme (Bromberg, 2006; Schore, 2010).

Jusqu'à maintenant, il a été question des approches pour traiter le TSPT. L'approche intersubjective sera maintenant présentée. Effectivement, la présente étude adoptera cette approche comme cadre de compréhension.

Description de l'approche de la thérapie intersubjective

Les approches cognitive-comportementales et analytiques ont été conçues autour d'une réflexion centrée sur l'organisation intrapsychique du patient, sans nécessairement inclure la variable de la relation dyadique entre le patient et le psychologue. La perspective commune à ces écoles de pensée est que le psychologue clinicien agirait à titre de tiers, extérieur et autre, qui analyse et intervient au moyen de son expertise (Stolorow & Atwood, 2014; Stolorow et al., 1992). Ayant un point de vue différent qui inclut la relation dyadique, l'approche intersubjective de la psychothérapie considère que les subjectivités du psychologue et du patient représentent des éléments centraux du processus thérapeutique. Cette approche conceptualise le processus thérapeutique comme un dialogue affectif réparateur, auquel participent le psychologue clinicien et le patient, dans le cadre d'une psychothérapie relationnelle (Lecompte & Richard, 2006). Le processus de la thérapie d'orientation intersubjective intègre l'expérience et l'exploration du champ intersubjectif généré dans l'interaction des subjectivités différentes du patient et du psychologue clinicien. Dans le cadre de compréhension de cette approche, c'est au moyen

d'un dialogue entre ces deux subjectivités que le vécu souffrant du patient peut être transformé, en intégrant l'expérience partagée de la dyade (Orange, 1995).

La psychothérapie d'approche intersubjective a trois grands objectifs. À court terme, elle cible le déploiement de l'univers subjectif du patient dans le contexte de la dyade patient-psychologue. À moyen terme, elle a pour but d'éclaircir les nuances des composantes de cet univers subjectif déployé dans la dyade. À plus long terme, elle vise une transformation de cet univers subjectif chez le patient (Buirski & Haglund, 2001). D'abord, le psychologue d'approche intersubjective tente de créer et d'entretenir un environnement dans lequel il offre une posture d'écoute empathique et introspective. Cette posture d'écoute attentive favoriserait le développement du dialogue thérapeutique et, par cette ouverture, encouragerait le déploiement de l'expérience subjective du patient. Ensuite, le psychologue clinicien tente d'enrichir et de faire conscientiser l'expérience subjective du patient en aidant ce dernier à dégager le sens personnel qu'il en fait (Larson, 2005). Selon Buirski et Haglund, ce serait au fil des nouvelles expériences relationnelles significatives vécues dans la relation avec le psychologue clinicien que pourraient se développer de nouveaux principes organisateurs de l'expérience subjective du patient.

Subjectivité du psychologue clinicien d'approche intersubjective

Dans le cadre du paradigme intersubjectif, tel qu'évoqué par les auteurs Lecomte et Richard (2006), le psychologue clinicien est conceptualisé comme un sujet à part entière, qui organise lui aussi son expérience selon certains principes et accorde des

significations à ce qu'il vit. Partie intégrante de la dyade thérapeutique, il observe, analyse et intervient à partir de ses propres principes conscients et inconscients, qui entrent en interaction avec ceux du patient, le second sujet de la dyade. Selon cette perspective relationnelle, le psychologue clinicien est donc situé dans un contexte d'observation participante (Lecomte & Richard). Pour bien se représenter l'expérience du patient, le psychologue clinicien en co-construit avec lui le sens, dans un processus actif d'organisation subjectivement influencé (Benjamin, 2017). Le postulat de l'approche intersubjective considère que, puisqu'il est en fait impossible de pénétrer entièrement dans l'expérience réelle d'un autre, le psychologue clinicien rejoint l'autre dans un espace mitoyen et intersubjectif où il construit avec lui une compréhension émotionnelle de son expérience souffrante (Orange, 2003; Orange et al., 1997). L'entrée répétée au fil de la thérapie dans cette dimension nouvelle de l'expérience relationnelle permettrait une transformation du monde subjectif du patient. Selon Lecomte et Richard (2006), le psychologue clinicien d'approche intersubjective, qui adopte une posture dans laquelle la conscience réflexive est au premier plan, tenterait constamment de préserver le contact avec ses propres expériences affectives dans la dimension de la rencontre des deux subjectivités.

Selon l'auteure Benjamin (2017), l'intersubjectivité peut être définie en termes de reconnaissance mutuelle de soi et de l'autre en tant que sujets qui peuvent « être avec », mais qui possèdent également leurs propres émotions et perceptions. L'expérience du patient de se sentir séparé tout en étant également connecté serait plus qu'un simple espace

intersubjectif de réciprocité et d'observation de l'autre. Le lieu de la rencontre de ces deux subjectivités deviendrait un espace partagé et en constant mouvement. Cet espace commun a porté plusieurs noms, en fonction des théoriciens et des chercheurs de l'approche intersubjective, entre autres le tiers, le champ intersubjectif, la reconnaissance mutuelle, le nous ou la rencontre (Bohleber, 2014; Brown, 2013; Ogden, 2005). Cet espace de rencontre serait le lieu où chacun des membres de la dyade laisserait aller son attachement à sa propre expérience subjective pour tenter de reconnaître et d'accéder au point de vue de l'expérience de l'autre.

Dans les sous-sections précédentes, les traitements du TSPT ont été présentés. Ensuite, l'approche intersubjective, une approche centrée sur l'importance de la relation entre le patient et le psychologue clinicien, a été détaillée. Dans la sous-section qui suit, les liens entre l'approche relationnelle et le TSPT seront explicités.

Importance de la relation dans le traitement du TSPT

De nombreuses études empiriques ont fait ressortir que la qualité de l'alliance thérapeutique serait particulièrement importante dans le contexte du traitement du TSPT (Cloitre et al., 2004; Keller et al., 2010; Ormhaug et al., 2014; Wagner et al., 2012). Ces observations vont dans le même sens que les écrits de Wilde (2019), qui soutient qu'une compréhension de la nature intersubjective du phénomène du traumatisme pourrait apporter un éclairage crucial à la compréhension des mécanismes sous-jacents au TSPT dans le contexte de la thérapie. Shedler (2010) conçoit que les thérapies efficaces, qui

produisent des changements en profondeur dans le cadre du traitement du TSPT, sont celles qui tiennent compte des représentations relationnelles issues de la dyade patient-psychologue. Plusieurs chercheurs décrivent qu'il est bénéfique, dans la dyade thérapeutique, qu'une grande attention soit accordée à la dimension relationnelle lorsqu'il est question du traitement des victimes de traumatisme (Herman, 1992; Pearlman & Courtois, 2005; Van der Kolk et al., 2005).

De nombreux écrits ont présenté le pour et le contre de diverses approches ou techniques thérapeutiques utilisées dans le traitement du TSPT. Toutefois, lorsqu'il est question de l'efficacité de la thérapie en général, il semblerait qu'il existe peu de différences d'une approche thérapeutique à une autre, et que ce ne soit pas nécessairement les éléments spécifiques de l'approche qui seraient responsables de cette efficacité. En effet, selon certains auteurs, ce serait plutôt la qualité de la relation thérapeutique et l'influence des caractéristiques du psychologue clinicien et du patient qui constitueraient les éléments centraux contribuant à produire des résultats thérapeutiques probants (Castonguay & Lecomte, 1987; Delisle, 2013). Des auteurs ont effectué une analyse des écrits scientifiques actuels en regard de l'efficacité thérapeutique et concluent que le succès de la psychothérapie repose en grande partie sur la capacité de s'ajuster individuellement à chaque client traité, et que les thérapeutes efficaces maîtrisent cette compétence plutôt que des techniques d'intervention (Miller et al., 2013).

Des liens peuvent être extrapolés à partir des écrits scientifiques entre l'approche intersubjective et le TSPT (Nugent et al., 2011; Yalch & Burkman, 2019). Dans une conception relationnelle et intersubjective du traumatisme, la mise en sens des expériences est faite en tenant compte de la dimension interpersonnelle. Plus précisément, les expériences traumatisantes dans un contexte interpersonnel peuvent représenter une forte contradiction avec les attentes de la victime concernant la façon dont les autres devraient agir, penser et entrer en relation avec elle, selon Boulanger (2007), qui se base sur ses observations cliniques. En fournissant un espace de réparation relationnelle, la thérapie intersubjective permet au patient d'appréhender et d'appivoiser, de contenir et d'intégrer la souffrance affective qui provient du traumatisme (Stolorow, 2007). Ce lieu de réparation pourrait être créé lorsque le psychologue aide le patient à conscientiser, puis à supporter sa douleur non-verbalisée (Carr, 2011). En bref, l'individu qui expérimente la relation thérapeutique comme un espace sécuritaire pourrait avoir accès dans cet espace partagé à ses souffrances issues du traumatisme relationnel qui étaient non conscientisées ou non intégrées, afin d'en faire la mise en sens et l'intégration en relation avec l'autre.

Jusqu'à maintenant, un portrait du phénomène du TSPT a été brossé. Il en ressort qu'au travers des différents types de traumatismes, le traumatisme interpersonnel produit une souffrance importante. De plus, il se dégage aussi de la documentation scientifique que le travail thérapeutique avec les victimes qui présentent un traumatisme interpersonnel comporte des défis cliniques importants, notamment la difficulté d'établir une bonne alliance de travail. En réponse à ces difficultés vécues au cœur de la dyade thérapeutique,

certains psychologues cliniciens développent un traumatisme vicariant au contact de leurs patients traumatisés. Cette contagion qui se produit aurait des conséquences souffrantes pour le psychologue clinicien lui-même ainsi que sur la relation avec son patient. Bien qu'il y ait des similitudes entre le mécanisme de défense de l'identification projective et le traumatisme vicariant, ce dernier représente un phénomène distinct, issu du traumatisme actuel du patient et envahissant la psyché du psychologue clinicien de façon bouleversante jusque dans les sphères de sa vie privée. D'un autre côté, le psychologue peut aussi en ressortir transformé personnellement et professionnellement de son expérience du traumatisme vicariant. Afin de mieux cerner le contexte du déploiement du traumatisme vicariant, un tour d'horizon du traitement du TSPT en psychothérapie a été fait. Du survol de la documentation scientifique qui vient d'être fait, il semble ressortir que la relation thérapeutique est une composante centrale du traitement du TSPT. Plus spécifiquement, l'approche psychodynamique intersubjective, qui favorise l'utilisation de la dynamique relationnelle entre le psychologue clinicien et le patient comme outil de changement, offre une avenue intéressante pour le traitement du TSPT relié à un traumatisme interpersonnel. À la lumière de ces réflexions, il apparaît important d'explorer et de décrire l'expérience du traumatisme vicariant chez les psychologues cliniciens qui traitent les TSPT interpersonnels dans une perspective intersubjective afin de mieux comprendre la fonction relationnelle de ce phénomène. Peu d'études ont été réalisées dans l'optique de décrire et d'explorer le processus de mise en sens du traumatisme vicariant chez les psychologues cliniciens travaillant auprès de personnes qui manifestent un TSPT interpersonnel. Les

études qui présentent les objectifs les plus connexes à ceux-ci seront maintenant présentées et critiquées.

Présentation et critique d'études empiriques à propos du traumatisme vicariant

Bouvier (2019) a mené une étude de cas à cas multiples, présentant l'analyse de deux cas cliniques fictifs inspirés par des cas réels. Cette étude avait comme objectifs de démontrer l'existence du traumatisme vicariant, de valider que les soignants sont à risque de le développer et d'explorer quelles circonstances sont susceptibles de favoriser le développement de ce syndrome. Cette étude ne comporte pas d'échantillon à proprement parler. Les résultats de l'analyse des deux cas fictifs permettent de mettre en évidence la présence du traumatisme vicariant chez les thérapeutes, ainsi qu'une forme de résonance traumatique du traumatisme vicariant avec les traumatismes personnels vécus par les thérapeutes dans leur vie. Bien que les objectifs de cette étude soient intéressants et que les résultats apportent des informations nouvelles à la connaissance du traumatisme vicariant, certaines limites sont identifiables. La première critique de cette étude concerne la méthodologie utilisée, qui ne semble pas très rigoureuse. En effet, il ne semble pas y avoir eu de collecte de données formelle ni de méthode d'analyse de contenu thématique identifiée pour catégoriser le contenu des cas fictifs. Une seconde critique peut être faite en regard du cadre théorique utilisé pour situer le traumatisme vicariant. En effet, dans cette étude, le traumatisme vicariant est conceptualisé uniquement sous l'angle de la neuropsychologie, comme une réactivation par les neurones miroirs du système des réseaux neuronaux activés lors d'un traumatisme. Bien que cette conceptualisation soit

basée sur les connaissances scientifiques actuelles en neuropsychologie, elle semble incomplète. Elle ne tient pas compte, entre autres, de la dimension relationnelle en jeu dans la dyade thérapeute-patient.

Halevi et Idisis (2018) ont conduit une étude à devis quantitatif qui avait comme objectif d'expliquer les liens entre le traumatisme vicariant d'intervenants en santé mentale et la différenciation du soi de ces derniers. Dans cette étude, la différenciation du soi est définie comme la présence chez l'intervenant d'un équilibre affectif entre le sentiment d'être distinct de l'autre et le sentiment d'être relié à l'autre. L'échantillon a été formé par convenance et selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste dans laquelle les participants ont recruté d'autres participants parmi leur entourage. Ce processus en « boule de neige » a produit un échantillon composé de 134 intervenants en santé mentale offrant des suivis de thérapie individuelle ou groupale. Les participants ont rempli deux questionnaires quantitatifs auto-rapportés qui portaient sur la différenciation du soi. Plus précisément, les outils de mesure étaient l'Inventaire de Différenciation du Soi, un questionnaire portant sur les niveaux de différenciation et de fusion, et une version révisée de l'Échelle des Croyances de l'Institut du Stress Traumatique, un questionnaire observant les ruptures dans des schémas cognitifs et les croyances qui sont fréquentes chez les intervenants dans le cas d'un traumatisme vicariant. La méthode d'analyse corrélationnelle a été utilisée. Les résultats indiquent une corrélation négative significative entre la différenciation du soi et le traumatisme vicariant. Les auteurs ont émis l'hypothèse que la différenciation du soi serait un facteur de protection relié au traumatisme vicariant.

Bien que l'angle d'étude de la différenciation du soi de l'intervenant soit intéressant et qu'il présente une observation novatrice d'une des dimensions relationnelles du traumatisme vicariant, certaines critiques peuvent être faites sur cette étude. Une première critique s'adresse à la composition de l'échantillon. Effectivement, l'échantillon est très hétérogène, composé de psychologues cliniciens faisant de la thérapie individuelle, de psychologues cliniciens faisant de la thérapie de groupe, de travailleurs sociaux, d'intervenants dispensant de l'accompagnement, de criminologues et de psychiatres. Les pratiques de ces divers professionnels sont très diversifiées, adoptent des approches du suivi très différentes et mènent à des relations thérapeutiques de nature très distinctes. Une seconde critique de cette étude est liée aux outils de mesure empruntés. En effet, l'Échelle des Croyances de l'Institut du Stress Traumatique n'est pas un instrument qui mesure spécifiquement le traumatisme vicariant. C'est un questionnaire qui évalue seulement les ruptures dans les cognitions qui sont fréquemment associées au traumatisme. Il est possible d'imaginer que ce type d'instrument, qui se concentre sur la sphère cognitive, ne mesure pas l'entière du phénomène qui se déploie dans la sphère affective, sensorielle et relationnelle. Une autre critique qui peut être faite de cette étude est que le traumatisme vicariant y est exploré seulement sous l'angle précis et restreint de la différenciation du soi du psychologue clinicien. Le portrait qui en ressort est très pointu et spécifique, alors que le phénomène du traumatisme vicariant est un sujet peu exploré à ce jour qui bénéficierait d'une observation plus complète des diverses composantes qui y sont reliées.

La thèse de Fucillo (2017) à devis qualitatif a été menée avec un cadre théorique phénoménologique. Elle avait comme objectif d'explorer l'expérience de superviseurs cliniques de thérapeutes ayant des traumatismes vicariants. L'échantillon comprend 10 superviseurs cliniques qui ont été recrutés par l'entremise de réseaux d'intérêt. Les participants ont été questionnés à l'aide d'entrevues semi-structurées téléphoniques d'une durée d'environ 30 minutes. À la suite d'une analyse thématique menée dans le cadre d'un cercle herméneutique de compréhension pour valider la catégorisation, cinq thèmes principaux ont émergé de l'analyse des entrevues, soit les connaissances liées au traumatisme vicariant, la façon de soutenir le supervisé qui présente un traumatisme vicariant, les défis et succès associés au traumatisme vicariant en supervision, les recommandations des superviseurs et la prévention du traumatisme vicariant. Bien que cette étude présente des résultats complets et nuancés, qui semblent avoir été analysés avec rigueur et en profondeur, certaines limites sont présentes. Une première critique concerne la population visée. En effet, questionner les superviseurs cliniques permet d'explorer leur expérience du vécu de leurs supervisés. Toutefois, les nuances de l'expérience des psychologues cliniciens qui vivent un traumatisme vicariant, entre autres en ce qui concerne le vécu sur le plan préconscient, ne sont pas tirées de l'expérience des psychologues eux-mêmes. Une seconde critique concerne la méthode de collecte de données. Il est possible qu'une entrevue téléphonique semi-structurée d'environ 30 minutes ait permis de récolter des informations principalement cognitives et conscientes, tout en laissant de côté les autres types de données. Considérant que le traumatisme

vicariant est un phénomène qui s'exprime tant sur le plan cognitif qu'affectif, il aurait été intéressant de faire la collecte de ce type de données.

Arnold, Calhoun, Tedeschi et Cann (2005) ont tenté d'élargir le point de vue thématique des études étant principalement centrées sur les conséquences négatives pour les psychologues cliniciens de dispenser des suivis de psychothérapie auprès des victimes de traumatisme. Ils ont réalisé une étude qualitative d'approche inductive qui avait comme objectif d'explorer les perceptions des psychologues cliniciens au sujet des conséquences à la fois négatives et positives du travail auprès de cette clientèle. L'échantillon, formé par convenance, comprend 21 psychologues cliniciens qui ont été questionnés sur les effets négatifs et positifs de la pratique auprès de personnes ayant vécu des traumatismes, tels que perçus par les participants. Le contenu des entrevues a été analysé selon la méthode inductive de Lincoln et Guba (1985), soit en divisant d'abord le contenu en unité de sens, puis en organisant ensuite ces unités dans des catégories thématiques selon le sens commun de celles-ci. Une grille de 11 thèmes principaux a ainsi été créée. Du côté des conséquences négatives, les participants ont relevé qu'ils étaient aux prises avec des pensées et images intrusives, des émotions négatives intenses et des remises en question quant à leur compétence comme psychologues cliniciens. Du côté des conséquences positives, les résultats de cette étude mettent en lumière que les psychologues cliniciens perçoivent une croissance psychologique significative, notamment en regard de l'augmentation de leur sentiment de compassion, de tolérance, d'empathie et de gratitude, au terme de leur travail avec cette clientèle. Bien que cette étude apporte une perspective

nouvelle sur l'impact du travail clinique avec les victimes de traumatisme, notamment en considérant que les expériences vécues par les psychologues cliniciens ne sont pas nécessairement des symptômes à éviter, certaines critiques peuvent être faites. Une première critique concerne l'échantillon de cette étude, qui a été formé par convenance en fonction de l'accès aux psychologues cliniciens qui faisaient partie des réseaux naturels des chercheurs. Un tel type d'échantillonnage, sans critère précis d'inclusion et d'exclusion et qui ne vérifiait pas la présence de traumatisme vicariant chez les participants, n'a probablement pas permis d'étudier spécifiquement ce phénomène. Une seconde critique s'adresse aussi à la méthode d'échantillonnage. Il est possible qu'il y ait eu présence de biais dans le dévoilement des participants, notamment en ce qui a trait à la désirabilité sociale issue des liens possibles entre les chercheurs et les participants. Une troisième critique est liée à la structure des entrevues de collecte de données. Les entrevues visaient à explorer l'expérience subjective des participants en lien avec les patients ayant vécu un traumatisme et ses impacts positifs et négatifs. Cependant, elles ont été menées de façon conversationnelle, c'est-à-dire de manière spontanée et non-directive, sans canevas d'entrevue préparé au préalable. N'ayant pas été élaborée de manière systématique, l'entrevue de collecte de données n'a pas permis d'aborder avec chaque participant les mêmes dimensions de l'expérience et n'a donc pas pu conduire à une catégorisation rigoureuse des contenus thématiques. De plus, il est possible de penser qu'un tel type de collecte de données permette difficilement d'accéder à du contenu de nature affective et préconsciente, car il invite le participant à réfléchir cognitivement et ne fait pas appel à la conscience réflexive en remémoration.

Ces quatre études empiriques ont tenté de faire un portrait du phénomène du traumatisme vicariant et d'observer différents aspects associés à celui-ci. Quelques critiques ont été soulevées. D'abord, les outils utilisés n'ont pas permis une cueillette rigoureuse et faite en profondeur des données, ce qui n'a pas conduit à une compréhension nuancée et complète de l'expérience du phénomène du traumatisme vicariant du psychologue clinicien, tel que vécu au contact du vécu traumatique des patients. De plus, les méthodes d'échantillonnage utilisées n'ont pas permis de former des échantillons de psychologues cliniciens présentant un traumatisme vicariant. En ce sens, ces études n'ont pas permis d'explorer en détail quelle est l'expérience affective, sensorielle et cognitive du traumatisme vicariant, tant dans le contexte de la thérapie que dans le contexte personnel, hors de la thérapie. Ensuite, bien que le traumatisme vicariant ait été étudié sous des angles spécifiques intéressants, ces études n'ont pas exploré la façon dont les psychologues cliniciens intègrent intérieurement leur vécu du traumatisme vicariant. Finalement, à la connaissance de la chercheuse, il ne semble pas y avoir eu d'étude ayant permis d'explorer les dimensions affectives et préconscientes du phénomène du traumatisme vicariant. L'exploration de la fonction relationnelle du traumatisme vicariant et son impact sur la dyade thérapeutique n'a pas été faite. La présente étude vise à pallier ces lacunes relevées. Ses objectifs sont maintenant présentés.

Objectifs

L'objectif général de l'étude est d'explorer et de décrire l'expérience et le processus de mise en sens du traumatisme vicariant chez le psychologue clinicien selon une perspective intersubjective. Cet objectif général comporte quatre sous-objectifs.

Le premier sous-objectif est de décrire le vécu subjectif du psychologue clinicien en lien avec son expérience du traumatisme vicariant dans la rencontre avec le vécu traumatique du patient.

Le second sous-objectif est de décrire et d'explorer l'expérience affective, sensorielle et cognitive du psychologue clinicien des manifestations du traumatisme vicariant dans sa vie personnelle.

Le troisième sous-objectif est de décrire et d'explorer le processus dynamique que le psychologue clinicien parcourt afin de faire la mise en sens de son expérience du traumatisme vicariant.

Le quatrième sous-objectif est d'explorer la fonction signifiante et réparatrice du traumatisme vicariant ainsi que son influence sur la dyade thérapeutique dans une perspective intersubjective.

Méthode

Cette étude a pour but de décrire et d'explorer l'expérience vécue du traumatisme vicariant chez les psychologues cliniciens dans le cadre de la dyade thérapeutique et de la vie personnelle. Dans un contexte où peu d'études ont été réalisées spécifiquement au sujet de l'exploration du traumatisme vicariant des psychologues cliniciens qui adoptent une posture relationnelle, la présente étude s'inscrit dans un paradigme d'exploration qualitative. Les différents aspects de la méthode seront maintenant présentés, soit le devis qualitatif de l'étude, la description de l'échantillon ciblé, le processus de recrutement, la présentation des participants à l'étude, la collecte de données ainsi que l'analyse des données.

Devis qualitatif de l'étude

Cette étude est de type exploratoire ainsi que descriptif. Selon Trudel, Simard et Vonarx (2006), les études exploratoires sont idoines lorsque l'objectif est d'examiner un sujet de recherche peu étudié, qui entraîne de nombreuses questions. Toujours selon ces auteurs, les études descriptives peuvent servir à détailler comment un phénomène se manifeste en précisant ses propriétés, caractéristiques ou processus, par exemple. Ainsi, l'étude actuelle vise à découvrir ce qu'est l'expérience du traumatisme vicariant, tout en précisant les dimensions relationnelles de ce phénomène, ce qui justifie ce devis. De plus, le choix d'un devis qualitatif s'avère approprié puisque ce type de devis est indiqué pour approfondir les connaissances au sujet d'une réalité humaine et complexe (Mertens,

2005). De plus, il est attendu que les données qualitatives permettront de faire ressortir de riches descriptions et explications du phénomène étudié, solidement enracinées dans le contexte particulier duquel elles proviennent (Miles & Huberman, 2003). En ce sens, le choix d'un devis qualitatif a permis d'avoir un accès privilégié au vécu des psychologues cliniciens quant au déploiement initial du traumatisme vicariant, des manifestations se déroulant dans leur vie intime et de leur expérience de résonance dans la relation thérapeutique. Il aurait semblé prématuré de recourir à une méthode quantitative dans un contexte où les pistes de recherche dans ce domaine sont encore éparses et en émergence (Kadambi & Ennis, 2004).

Comme dans toutes les études à devis qualitatif, une part de l'analyse qui a été réalisée relève de la subjectivité de la chercheuse. En effet, selon Paillé et Mucchielli (2012), un chercheur, en faisant des choix théoriques orientant sa recherche et en choisissant quels éléments scientifiques apparaissent comme plus significatifs, est dans un processus de démarche réflexive qui est influencé par ses savoirs tacites. Ces savoirs tacites influenceraient de manière sous-jacente l'étude et seraient composés, entre autres, des référents personnels de la chercheuse. Dans le cadre de la présente étude, la chercheuse est elle-même psychologue clinicienne en devenir et elle étudie l'expérience de collègues psychologues cliniciens. Ses expériences personnelles de la thérapie et ses propres conceptions et allégeances théoriques ont pu exercer une influence sur sa manière d'orienter l'étude. De plus, il est possible de croire qu'elle porte ses propres expériences traumatisantes issues de contextes relationnels, ainsi que celles de ses proches et des gens

de son entourage. Afin de tenir compte de ces référents personnels, de nombreuses discussions ont eu lieu avec la directrice de thèse afin de déterminer les fondements des choix théoriques qui étaient faits. De plus, un suivi fréquent était fait lors de l'analyse des données afin que la chercheuse puisse bénéficier d'un espace pour prendre du recul face à ses a priori en compagnie de sa directrice. Finalement, il est apparu nécessaire de réaliser une validation inter-juges, dont le processus sera détaillé dans une sous-section ultérieure. Cette validation a permis de confronter les biais de la chercheuse avec une tierce personne. De cette manière, les savoirs tacites de la chercheuse ont pu être contrôlés.

Échantillon

Description de l'échantillon

La composition de l'échantillon de l'étude a été réfléchi en fonction de divers critères d'inclusion et d'exclusion. D'abord, en ce qui concerne les critères d'inclusion, les psychologues cliniciens devaient être membres de leur association professionnelle, l'Ordre des psychologues du Québec, depuis au moins cinq ans, l'expérience acquise favorisant la capacité de prendre un recul face à leur vécu et leur permettant d'y réfléchir en lien avec le processus de psychothérapie. Ces psychologues cliniciens devaient considérer qu'ils avaient, au cours de leur carrière, vécu au moins un état correspondant à la description du traumatisme vicariant (voir la description du traumatisme vicariant fournie dans la lettre d'invitation à participer à l'Appendice A). Ils devaient aussi considérer qu'ils avaient eu l'occasion de faire au moins un suivi de psychothérapie dans lequel ils avaient vécu une résolution de leur traumatisme vicariant, selon leur perception.

Dans l'éventualité où ils auraient souhaité partager leur vécu au sujet d'un patient pour lequel le suivi était toujours en cours, ils devaient avoir vécu une résolution du traumatisme vicariant avec ce patient plus tôt dans ce suivi. Les psychologues cliniciens devaient également considérer qu'ils pratiquent la psychothérapie individuelle dans le cadre d'une posture intersubjective, définie comme l'adhérence à une compréhension intersubjective des enjeux de leurs patients. Ensuite, leur clientèle devait être composée d'au moins 20 % de patients manifestant selon eux des symptômes d'un TSPT provenant d'un traumatisme interpersonnel, c'est-à-dire un traumatisme ayant eu lieu en relation avec une autre personne. Ce critère d'inclusion visait à s'assurer que les participants aient eu suffisamment d'exposition à ce type de problématique pour avoir une expérience variée auprès de ces patients et pour avoir à l'esprit quelques exemples riches dont ils pourraient parler.

Pour les critères d'exclusion, étaient exclus de l'étude les psychologues cliniciens qui avaient une pratique d'intervention auprès de victimes de traumatisme seulement dans un cadre de gestion de crise de groupe ou dans un contexte organisationnel. Également, ceux qui avaient une pratique individuelle composée strictement de suivis ponctuels ou à très court terme, ou ceux qui intervenaient dans un cadre seulement psychoéducatif qui ne pouvait être qualifié de psychothérapie, étaient également exclus.

Processus de recrutement

À la suite de l'approbation du *Comité d'éthique Lettres et sciences humaines* (CÉR; Lettre d'approbation du CÉR qui tient lieu de certificat présentée à l'Appendice B), la première vague de recrutement des participants a été effectuée auprès de psychologues cliniciens membres de l'Ordre des psychologues faisant partie de diverses associations professionnelles. Trois associations professionnelles ont servi d'intermédiaires pour cette première étape du recrutement. Ces associations professionnelles ont été choisies en raison de la similitude entre leurs postures relationnelles de la psychothérapie et celle préconisée dans l'étude actuelle. Celles-ci ne seront pas nommées par souci de confidentialité, car elles comportent peu de membres. Les trois associations ont donné leur accord à servir d'intermédiaires au recrutement et elles ont aidé au recrutement fait par la chercheuse en fournissant une invitation à participer à l'étude (voir la lettre d'invitation en Appendice A), de la documentation concernant celle-ci à leurs membres, ainsi que les coordonnées de la chercheuse. Afin que ces associations servant d'intermédiaires au recrutement influencent le moins possible la décision de leurs membres, une documentation complète à transmettre telle quelle aux participants potentiels leur était fournie, ainsi qu'une procédure précise à suivre (les instructions fournies aux associations intermédiaires se trouvent en Appendice C). Plus précisément, un message par courriel, rédigé au préalable, contenant les informations concernant l'étude, l'invitation à y participer et les coordonnées de la chercheuse leur a été envoyé. Une première relance a été faite auprès des associations intermédiaires deux semaines après leur premier envoi à leurs membres, afin qu'ils les sollicitent à nouveau.

Une dernière relance a été envoyée un mois après cette deuxième relance, pour laquelle il leur était demandé de solliciter particulièrement les hommes à participer à l'étude, puisque le recrutement avait suscité jusque-là une réponse de la part de participantes féminines seulement. Finalement, trois participantes ont été recrutées par cette première vague de recrutement.

Les participants intéressés rejoignaient directement la chercheure. Cette dernière vérifiait dans un premier temps la concordance aux critères d'inclusion et d'exclusion. Entre autres, une description du traumatisme vicariant était fournie aux potentiels participants dans les communications de recrutement afin de s'assurer que ceux-ci avaient bien vécu le phénomène, ainsi qu'une forme de résolution de celui-ci. Cette définition avait été réalisée en vulgarisant et en simplifiant les définitions recensées et utilisées dans la thèse, afin qu'elle corresponde aux écrits scientifiques récents sur le sujet, tout en étant plus facile à appréhender par les participants.

Par la suite, une seconde vague de recrutement a été lancée afin de compléter l'échantillon. Comme des réseaux professionnels spécifiques avaient déjà été sollicités, il est apparu justifié de ratisser plus largement dans la communauté de psychologues québécois. À la suite d'une approbation de cette nouvelle stratégie de recrutement par le CÉR, deux approches de recrutement ont été utilisées pour compléter le nombre de participants requis. L'invitation à participer à l'étude a été publiée sur le profil principal de la chercheure et les membres de son réseau social ont été invités à la diffuser à leurs

réseaux respectifs telle qu'elle était rédigée, sans la modifier. Parallèlement, l'invitation a également été partagée dans des groupes privés regroupant des psychologues cliniciens québécois. En parallèle avec ces démarches, des envois ciblés ont été faits à des psychologues cliniciens par l'entremise de la liste de l'Ordre des psychologues du Québec. Tous les psychologues présents sur cette liste qui avaient indiqué que le stress post-traumatique faisait partie de leur champ d'expertise et ayant une approche humaniste ou psychodynamique ont reçu une invitation à participer à l'étude par courriel. Ces approches ont été choisies afin de tenter de cibler les psychologues pouvant potentiellement adopter une posture intersubjective en psychothérapie.

À la suite des invitations lancées lors de la deuxième vague de recrutement, trois participantes potentielles se sont manifestées, pour un total de six participantes provenant des deux vagues de recrutement. Ces six psychologues cliniciennes se sont manifestées via les mécanismes de recrutement rapportés plus haut. Les six ont été retenues étant donné qu'elles répondaient aux critères recherchés. Considérant que, selon le rapport annuel de l'Ordre de psychologue du Québec de 2018-2019 (2019), 76 % des membres sont des femmes, il a été convenu qu'un échantillon composé uniquement de femmes serait adéquat. Par ailleurs, une relance de recrutement ciblant particulièrement les hommes avait été faite, sans résultat. Considérant que l'échantillon est composé entièrement de femmes, le féminin sera utilisé lorsqu'il sera question de ces participantes. Le nombre de participantes retenues a été jugé suffisant pour espérer tendre vers la saturation des catégories à la suite de l'analyse de contenu (Paillé, 1994).

Informations sur les participantes à l'étude

L'échantillon obtenu sera maintenant décrit. Afin de conserver l'anonymat et en considérant le degré de précision des critères d'inclusion ainsi que le fait que le réseau des psychologues cliniciens est plutôt restreint au Québec, seules les informations qui ne permettent pas de reconnaître l'identité des participantes seront décrites, en les regroupant en tranches. L'échantillon est composé de six psychologues cliniciennes, étant des femmes âgées entre 30 à 65 ans, dont une participante avait entre 30 et 35 ans, une participante avait entre 40 et 45 ans, 3 participantes avaient entre 50 et 55 ans et une participante avait entre 60 et 65 ans. En ce qui concerne l'expérience pratique, ces psychologues avaient entre 5 ans et plus de 30 ans d'expérience, dont une participante avait entre 5 et 10 ans d'expérience, une participante avait entre 15 et 20 ans d'expériences, trois participantes avaient entre 20 et 25 d'expériences et une participante avait plus de 30 ans d'expérience. La moitié des participantes travaille dans le réseau public et l'autre moitié au privé. Toutes les participantes s'identifient avec une posture intersubjective de la psychothérapie. Concernant la description des principaux traumatismes interpersonnels des patients décrits par les participantes, il s'agit de négligence, d'abus physiques, d'agressions sexuelles, ainsi que d'autres agressions violentes de nature relationnelle, allant jusqu'à des tentatives de meurtre.

Méthode de collecte de données

La méthode de collecte des données a été sélectionnée en fonction du devis qualitatif de l'étude et des objectifs de cette dernière. L'outil de l'entrevue semi-structurée

a été choisi afin de recueillir de façon ciblée le processus de mise en sens du vécu du traumatisme vicariant des psychologues cliniciens. Comme le sujet à l'étude est un phénomène précis, certaines questions sont nécessaires afin de circonscrire les domaines à investiguer. Toutefois, l'aspect semi-structuré est nécessaire pour laisser place à l'émergence des processus psychiques à l'œuvre chez les participantes. La visée de l'entrevue semi-structurée est de favoriser l'obtention de données reliées au phénomène à l'étude, tout en s'ajustant à la participante, de façon à avoir accès à un contenu riche et nuancé (Esterberg, 2002). Plus précisément, l'entretien d'explicitation a été retenu comme technique spécifique de collecte des données, car il permet de mieux explorer le vécu de la participante en guidant cette dernière pour qu'elle puisse décrire son expérience de façon détaillée et sensible (Lachance, 2016). Vermersch (2010) définit la posture particulière du participant à l'entretien d'explicitation comme un moment où la situation passée prend davantage l'attention de ce dernier que le moment vécu dans l'ici et maintenant avec l'intervieweur. Pour Borde (2009), en accompagnant la personne en explicitation, ce n'est pas la mémoire comme telle que l'on veut solliciter, mais une « intention évocatrice ». Par cette technique d'entretien centrée sur l'évocation, les participantes retournent dans leur vécu, un retour qui peut faciliter le passage de certains éléments du préconscient vers le conscient (Lachance, 2016). L'entretien d'explicitation a été jugé comme étant le type d'entretien le mieux adapté à la présente collecte de données afin d'avoir accès à l'expérience passée, à travers le vécu spécifique et singulier des psychologues cliniciens en relation avec leurs patients ayant été exposés à des traumatismes interpersonnels. En effet, ce type d'entretien permet d'accompagner pas-à-

pas la participante en lui permettant d'être présente à son vécu passé, une démarche qui représente une expérience très différente que de penser cognitivement à son vécu (Maurel, 2009). La technique de l'entretien d'explicitation était donc tout à fait indiquée pour la présente collecte de données, considérant les nuances subtiles du vécu affectif activé dans le cadre de la psychothérapie. La réalisation des entrevues semi-structurées, en utilisant la technique de l'entretien d'explicitation, a nécessité préalablement la construction du canevas d'entrevue. Cette étape de construction de l'outil de collecte de données sera maintenant présentée, suivie par les descriptions de l'entrevue de précollecte de données et de la collecte de données elle-même, et enfin par le compte-rendu du déroulement des entrevues. Ensuite, les considérations éthiques liées à l'étude seront présentées.

Construction du canevas de l'entretien d'explicitation

Une introduction à l'entrevue a été préparée afin de bien situer la participante par rapport aux objectifs de l'étude et à la contribution attendue de sa part. Premièrement, un retour sur les mesures prises pour assurer la confidentialité a été prévu, suivi par les consignes pour l'entrevue. Ces consignes comprenaient, entre autres, une invitation à laisser venir spontanément des moments qui ont lieu dans le contexte de la psychothérapie auprès de patients ayant vécu des traumatismes interpersonnels. La notion de traumatisme interpersonnel était ensuite clarifiée et discutée avec la participante. Par la suite, il était indiqué que l'expérience vécue serait questionnée, et non pas la compréhension de celle-ci. Il était donc précisé de ne pas tenter de mettre les moments vécus en contexte ou de les expliquer. Par après, des indications techniques indiquant comment éteindre l'image de la

participante renvoyée à elle-même (la vignette affichant la vue de soi) ont été insérées. Finalement quelques questions concernant le vécu de la participante face au déroulement virtuel de l'entretien ont été ajoutées.

Ensuite, une section consacrée à la mise en soi a été ajoutée. La mise en soi est une étape fondamentale, car tel qu'expliqué plus loin, la méthode de l'entretien d'explicitation nécessite de quitter temporairement un fonctionnement cognitif et rationnel pour revenir aux différentes couches du vécu passé (physique, affectif, cognitif). La mise en soi est donc une façon de favoriser une transition vers ce mode d'appréhension de l'expérience, centré sur l'ici et maintenant. Des instructions ont été rédigées afin de recentrer la participante sur le moment présent, sur sa respiration et sur ses sensations physiques. Des ancrages sur l'accueil de la présence virtuelle ont été ajoutés.

Le canevas de l'entretien d'explicitation a été élaboré en s'inspirant d'éléments présents dans les recherches empiriques recensées ainsi qu'en fonction des objectifs de recherche. Une formation intensive de trois jours a été suivie par la chercheuse principale et par sa directrice de thèse auprès d'une experte de la méthode. Trois sections principales ont été créées dans le canevas d'entrevue afin de brosser un portrait de l'expérience du vécu du traumatisme vicariant par les psychologues cliniciens adoptant une posture intersubjective en trois moments. L'outil de collecte de données a donc été construit en s'inspirant de la technique de l'entretien d'explicitation de Vermersch afin de répondre aux objectifs de l'étude, en s'appuyant sur le contenu de la recension des écrits afin de

recueillir des informations détaillées et riches sur le vécu relationnel du traumatisme vicariant des psychologues cliniciens de posture intersubjective. L'expérience subjective du déploiement du traumatisme vicariant, l'expérience des manifestations du traumatisme vicariant dans la vie personnelle du psychologue clinicien et la résonance du traumatisme vicariant dans le cadre de la thérapie du TSPT interpersonnel dans une posture intersubjective sont les trois sections créées. Ces trois thématiques ont été choisies afin que le déploiement entier du traumatisme vicariant chez le psychologue soit exploré, de son amorce à son utilisation, afin de capturer autant les expériences qui se déploient dans l'espace thérapeutique que celles qui se vivent en dehors de ce cadre. Étant donné que le traumatisme vicariant n'est pas un phénomène confiné au contexte des rencontres de thérapie (Halevi & Idisis, 2018) ni qui se déroule dans une forme de chronologie, le canevas d'entrevue a été articulé en tenant compte de ces deux aspects, tout en donnant une place à l'aspect de l'utilisation de celui-ci.

La structure du canevas a donc été pensée en trois sections principales. Ces sections seront maintenant présentées. Ainsi, en ce qui concerne le contexte expérientiel du développement du traumatisme vicariant, il était demandé à la participante d'évoquer un moment où, avec un patient traumatisé, elle s'est sentie elle-même traumatisée, perturbée. Dans la deuxième section de l'entrevue qui adresse les manifestations du traumatisme vicariant dans la vie intime du psychologue clinicien, il était demandé à la participante d'évoquer un moment où, dans sa vie personnelle, elle s'est sentie perturbée par un patient traumatisé. Dans la troisième section de l'entrevue qui concerne l'utilisation

du vécu de contagion dans le contexte de la thérapie, il était demandé à la participante d'évoquer un moment où, dans une rencontre de thérapie, elle a senti intuitivement que son vécu de contagion du traumatisme a été utilisé dans la dynamique relationnelle. Pour chacun de ces trois moments, il lui était demandé de laisser venir à elle un moment évoqué par ces thématiques et de le décrire.

La méthode de l'entretien d'explicitation consiste à décortiquer chacun de ces moments en détail, sur tous les plans du vécu. Par exemple, il était demandé de décrire avec minutie le moment précis où elle a identifié qu'elle se sentait perturbée ou traumatisée et d'explorer les sensations intérieures vécues. Il était ensuite demandé à la participante de décrire son emplacement physique, ses sensations corporelles. Il lui était également demandé de nommer les éléments visuels, physiques, affectifs, cognitifs qui attiraient son attention lors du déroulement du phénomène.

Finalement, une section de conclusion à l'entretien a été rédigée. Des instructions pour un retour à soi progressif via la prise de contact par les sensations physiques ont été insérées afin que la transition de la fin de l'explicitation se déroule en douceur et pour conclure la section propre à la collecte de données. Ensuite, des questions concernant le vécu de l'entretien et ce que la participante en retient ont été ajoutées afin de favoriser une transition en douceur vers la fin de l'entretien. Ces questions n'étaient pas colligées ni analysées. En effet, l'entretien d'explicitation étant centré principalement sur le vécu subjectif, ces questions ont été ajoutées afin que les participantes aient l'occasion de

réfléchir avec la chercheuse sur leur compréhension de leur vécu du traumatisme vicariant et sur les constats qu'elles ont faits au terme de l'entretien. Les participantes ont notamment été questionnées sur ce qu'elles retenaient de leur expérience, sur ce qui les avait marquées et sur leur compréhension des moments qui leur sont venus.

Une experte certifiée de la méthode de l'entretien d'explicitation selon Vermersch, la même ayant dispensé la formation, a été consultée. À la suite de cette consultation, des indications concernant les appuis physiques et les sensations relatives à la présence de la chercheuse ont été ajoutées. Les trois questions ont été raccourcies, les trois moments ont été cernés avec plus de précision et des mots plus évocateurs ont été choisis. Le canevas a également été validé par la directrice de recherche, qui possède une expertise et une expérience pratique au niveau de l'entretien d'explicitation et de la pratique clinique de la psychothérapie.

Entrevue de précollecte de données

Afin de faire la validation et l'amélioration du canevas d'entrevue avant de mener les entrevues semi-structurées avec les participantes, une entrevue de précollecte de données a tout d'abord été réalisée. Une personne qui serait représentative des participantes sans toutefois répondre à tous les critères était recherchée. C'est pourquoi il a été déterminé qu'un doctorant serait le participant idéal pour la phase de précollecte. Cette entrevue a donc été menée avec une doctorante en psychologie clinique qui avait complété son internat et avait effectué le dépôt initial de son mémoire doctoral, et dont le

profil professionnel correspondait en grande partie aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon. En effet, en ce qui concerne les critères d'inclusion, les critères d'avoir vécu un état de traumatisme vicariant et une résolution de celui-ci selon sa perception et de faire de la psychothérapie individuelle auprès d'au moins 20 % de ses patients manifestant des symptômes de TSPT étaient respectés. Le critère d'être membre de l'Ordre des psychologues du Québec depuis au moins cinq ans était partiellement respecté étant donné qu'elle était membre de l'Ordre des psychologues du Québec en tant que doctorante en psychologie, mais depuis moins de cinq ans. Finalement, le critère de l'adoption de la posture intersubjective était respecté. Elle s'identifiait comme étant d'approche psychodynamique systémique et intersubjective. Les critères d'exclusion étaient tous respectés. Cette doctorante n'avait pas de pratique d'intervention auprès de victimes de traumatisme seulement dans un cadre de gestion de crise de groupe ou dans un contexte organisationnel, ni une pratique individuelle composée strictement de suivis à très court terme ou faits dans un cadre seulement psychoéducatif.

De façon plus précise, le but visé par la mise en place de cette entrevue de précollecte de données était d'évaluer si les questions du canevas d'entrevue pouvaient conduire à recueillir le type de matériel riche et sensible qui permettrait de répondre aux objectifs de l'étude. Également, cette entrevue avait comme visée de vérifier la pertinence et la formulation des questions de l'entretien d'explicitation, de valider la façon de conduire l'entrevue, ainsi que d'expérimenter le temps nécessaire à la réalisation de l'entretien d'explicitation.

À la suite de l'entrevue de précollecte de données, la première version du canevas d'entrevue a été améliorée pour en faire une version finale. De façon générale, le canevas d'entrevue est demeuré assez semblable à la première version. Toutefois, quelques constatations faites durant la précollecte de données ont permis des reformulations ou un repositionnement des questions afin d'assurer la clarté et la cohérence du canevas d'entrevue. Également, des explications supplémentaires concernant le traumatisme interpersonnel ont été ajoutées dans le canevas de la première rencontre avec la participante. Aussi, des informations servant à préciser le déroulement de l'entretien et à mieux décrire le type d'informations recherchées ont été ajoutées. Dans la version finale, les participantes sont notamment invitées à décrire directement le moment évoqué, sans chercher au préalable à mettre la chercheuse en contexte. Notamment, la formulation de certains termes a été revue afin qu'ils évoquent chez les participantes des moments mieux accordés au vécu du traumatisme vicariant. Des transitions ont aussi été ajoutées entre les trois moments d'explicitation, afin de permettre aux participantes de reprendre contact avec leurs sensations physiques en leur accordant une certaine pause, sans toutefois qu'elles quittent l'état d'explicitation. Il a également été déterminé qu'un temps de 30 minutes serait alloué à chacun des moments d'explicitation, pour équilibrer l'entrevue. Étant donné que ces modifications ont été jugées pertinentes, le canevas d'entrevue a été adapté et l'intégration des ajustements l'a bonifié (voir le canevas de l'entretien d'explicitation en Appendice D).

Description de la collecte de données

Passation virtuelle

En regard de la situation d'urgence sanitaire liée à la COVID-19 qui était présente au moment de la collecte de données, les entretiens d'explicitation ont eu lieu en téléconférence afin de respecter les mesures décrétées par la Santé publique. Elles ont été faites sur la plateforme sécurisée Zoom, qui a été choisie à cause de sa sécurité informatique et puisqu'elle était approuvée par l'Ordre des Psychologues du Québec. Les entrevues ont respecté les directives du Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie formulé par l'Ordre des Psychologues du Québec (Ordre des psychologues du Québec, 2020). Les participantes étaient invitées à choisir un endroit confortable, sécuritaire et confidentiel de leur choix pour la durée de l'entrevue virtuelle. La chercheuse était elle-même dans son bureau, qui était un lieu sécuritaire et confidentiel.

Déroulement des entrevues

Deux rencontres par participante ont eu lieu. La première rencontre de prise de contact a duré entre 45 minutes et 60 minutes, selon les participantes. Afin de s'assurer de la concordance aux critères d'inclusion et d'exclusion, les participantes potentielles ayant manifesté de l'intérêt et ayant contacté la chercheuse étaient questionnées lors d'une première entrevue en vidéoconférence. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient ainsi vérifiés un à la fois verbalement avec les participantes. Cette rencontre n'a pas été enregistrée car elle était principalement consacrée à l'échange d'information concernant l'étude et aucune donnée n'était donc collectée lors de cette première rencontre. Après

l'accueil de la participante, il était vérifié qu'elle souhaitait toujours participer. Le formulaire de consentement (voir le formulaire d'information et de consentement pour les participantes à l'étude en Appendice E) était aussi présenté lors de cette première entrevue et la participante pouvait poser ses questions. Le formulaire était ensuite signé de façon virtuelle, c'est-à-dire que la participante cochait si elle acceptait de participer et renvoyait le formulaire par courriel, ce courriel faisant office de signature.

Ensuite, l'entrevue de collecte de données, une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ 120 minutes, a été réalisée avec chacune des participantes. Cette rencontre a eu lieu environ deux semaines après la première rencontre de prise de contact. L'entrevue de collecte de données a été enregistrée par l'entremise du logiciel Zoom et téléchargée au terme de la rencontre. Elle a été conservée dans un dossier sécurisé, identifié par un code alphanumérique. Après l'accueil de la participante, un retour sur le formulaire de consentement préalablement lu par la participante a été fait, afin de réexpliquer certains éléments importants en lien avec les mesures prises pour assurer la confidentialité. Les participantes ont été invitées à poser leurs questions. Un retour sur la description du traumatisme interpersonnel a été fait avec les participantes. Ensuite, les consignes de base pour l'entrevue de collecte de données ont été données.

En commençant l'entretien d'explicitation, une mise en soi a été guidée. Les questions du canevas de l'entretien d'explicitation ont été posées en trois moments distincts, afin de guider la participante dans l'exploration de son vécu du traumatisme

vicariant. La rencontre a été conclue par quelques questions plus compréhensives afin d'accompagner la participante à quitter l'état d'explicitation. C'était également une occasion de faire et de partager une réflexion plus cognitive au sujet de leur expérience de l'entretien. Ces questions, comme mentionné plus haut, ne faisaient toutefois pas partie de la collecte de données en elle-même.

Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé préalablement par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) Lettre et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Les participantes ont signé un formulaire d'information et de consentement. Ce formulaire décrivait les objectifs de la recherche, les inconvénients et bénéfices liés à leur participation. Le formulaire présentait la liberté qu'elles avaient de se retirer de la recherche ou de demander qu'une information donnée ne soit pas utilisée. Le formulaire présentait également le risque minimal de l'étude aux participantes, en expliquant que leur participation ne présentait pas un risque supérieur à celui encouru dans leur quotidien. Par ailleurs, il a été considéré qu'en raison de la tenue des entrevues en vidéoconférence, la présence de détresse chez les participantes serait moins facilement détectable par la chercheuse. Afin de pallier cette réalité, une grande vigilance a été portée tout au long de l'entrevue afin de vérifier l'état des participantes. Aussi, au terme de l'entrevue, un moment était accordé à une vérification de l'état émotif des participantes. Elles pouvaient également dire pendant ou à la fin de l'entrevue semi-structurée s'il y avait des informations qu'elles souhaitaient retirer du contenu qui serait analysé. Au besoin, elles

étaient invitées à contacter leur psychologue respectif ou leur superviseur clinique. Si nécessaire, des références pour un psychologue clinicien leur étaient fournies dans leur région respective.

Un autre inconvénient pouvait être le temps investi dans la participation à l'étude et la fatigue encourue lors de l'entrevue semi-structurée. Pour limiter ces inconvénients, l'entretien était réalisé en ligne au moment qui leur convenait. Aussi, les participantes étaient informées dans le formulaire de consentement qu'elles pouvaient demander une pause durant l'entrevue. De plus, tel que mentionné dans le formulaire de consentement, tous les documents écrits et audios ont été identifiés par des codes afin qu'il soit impossible d'identifier la provenance des données. Toutes les informations qui auraient pu mener à l'identification de la participante ont été retirées. Finalement, tous les documents relatifs aux entrevues ont été conservés de façon confidentielle et sécuritaire, sous clé, protégés par des mots de passe ou déposés sur le serveur sécurisé de la directrice de thèse, selon le cas. En ce qui a trait aux bénéficiaires, les participantes ont pu, en plus de participer à l'avancement des connaissances scientifiques, réfléchir au sujet de leurs ressentis et de leur pratique clinique auprès de patients traumatisés. Également, leur participation à l'étude était l'occasion pour ces dernières de prendre conscience de certains éléments en regard de leur propre vécu du traumatisme vicariant. Par ailleurs, en compensation pour leur participation, une copie électronique de la thèse leur a été envoyée si elles en manifestaient le souhait.

Sur le plan de la confidentialité, il a été pris en compte que la chercheure, doctorante en psychologie clinique, ainsi que sa directrice de thèse, psychologue clinicienne, auraient pu être amenées à fréquenter les réseaux des participantes pour des intérêts cliniques, lors d'activités de formation ou de développement. Une attention particulière a donc été portée à la possibilité de ces éventuelles rencontres en contextes variés, afin de les minimiser. En particulier, lors de la période de recrutement et durant la durée de l'étude, la chercheure et sa directrice se sont abstenues de fréquenter les réseaux qui auraient pu être communs avec les participantes. Par ailleurs, la directrice de thèse a fourni à la chercheure une liste de collègues psychologues qui sont membres des associations qu'elle aurait possiblement pu reconnaître par le contenu des entrevues. Par cette précaution, la chercheure aurait pu, le cas échéant, exclure de l'étude un participant potentiel s'il se retrouvait sur cette liste.

Analyse des données

L'étape de l'analyse du contenu des données collectées sera maintenant décrite. La méthode d'analyse utilisée pour la présente étude sera d'abord présentée de façon générale, suivie par une description plus détaillée de l'analyse des données réalisée.

Méthode d'analyse des données

L'analyse inductive est un processus de réduction de données qualitatives dans un format synthèse, accompli selon des procédures qui visent à donner un sens à un ensemble de données brutes et complexes afin d'en faire ressortir des catégories (Blais & Martineau,

2006). Cette démarche de catégorisation inductive est indiquée dans le contexte de la présente étude qualitative descriptive-exploratoire qui vise à mieux comprendre la mise en sens du traumatisme vicariant chez le psychologue clinicien. En effet, peu d'études empiriques ont été réalisées sur ce sujet et l'analyse inductive du contenu des données qualitatives recueillies devrait apporter un éclairage intéressant et novateur au domaine étudié.

Plus précisément, l'analyse inductive générale choisie pour répondre aux objectifs de cette étude suit la technique de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (2017), telle qu'adaptée par Blais et Martineau (2006). Cette adaptation de la théorisation ancrée a été sélectionnée car elle permet de rester près des données et puisqu'elle est adaptée pour la taille des échantillons utilisés dans les études en psychologie. Cette méthode se décline en trois étapes. La première étape mène à la création de catégories à partir des thèmes émergents qui ressortent du corpus de données, puis qui sont regroupés entre eux sous des thématiques en fonction des liens qui les unissent. Au cours de la seconde étape, les catégories issues des thèmes émergents sont explorées, comparées et des liens avec les objectifs de la recherche sont réfléchis. En troisième étape, afin d'approfondir la compréhension du phénomène étudié, l'analyse de contenu peut mener au développement d'un modèle intégrateur, présenté sous forme de schéma, à partir de ces mêmes catégories. Cette méthode d'analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée permet ainsi de produire une synthèse complète et nuancée des données recueillies, de mettre en évidence les catégories les plus évocatrices par rapport aux objectifs de la recherche et de tendre

vers la modélisation du phénomène en dégagant une interprétation conceptualisante de la mise en relation entre les catégories dans une démarche de théorisation.

Description de l'analyse de contenu

Les données recueillies dans le cadre des entretiens d'explicitation ont été analysées en les compilant à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner. L'entrevue de précollecte, utilisée pour valider et bonifier le canevas d'entrevue, a également servi à la chercheuse de familiarisation avec le processus de codification et d'initiation à l'utilisation de ce logiciel en suivant la méthodologie inductive. Toutefois, les données issues de l'entrevue de précollecte n'ont pas été utilisées pour mener l'analyse de contenu finale.

La première étape de l'analyse, soit le processus de codification initiale menant à la réduction des données, a été réalisée en quatre sous-étapes (Blais & Martineau, 2006). Tout d'abord, lors de la première sous-étape, la préparation des données brutes a été faite en retranscrivant verbatim les propos des participantes. La deuxième sous-étape a consisté en une familiarisation plus en profondeur avec l'ensemble des données. Les entretiens d'explicitation ont été réécoutés, en utilisant le soutien visuel des transcriptions verbatim. Cette sous-étape a permis d'avoir une première vue d'ensemble des thèmes présents dans le texte. Ensuite, la troisième sous-étape d'identification et de description des premières catégories a été amorcée. En premier, les données ont été séparées en unités de sens, soit en segments de texte qui présentent une signification spécifique et unique, donc une seule

idée. Une courte phrase évocatrice du sens de cette idée a été attribuée à chacune de ces unités, l'une après l'autre, pour former les premières catégories. Tout au long de l'analyse des entrevues, les catégories déjà créées ont pu évoluer afin de représenter avec plus de justesse le contenu codifié. Au fil de la codification, ces catégories ont été progressivement organisées organiquement entre elles et hiérarchisées, en fonction d'une classification émergente (Paillé & Mucchielli, 2008). Ce processus a fait ressortir l'ébauche d'un arbre thématique, c'est-à-dire une grille qui regroupe l'ensemble des catégories et qui permet d'illustrer les articulations qui existent entre elles. La construction de l'arbre a également permis d'avoir une perspective plus globale sur l'ensemble de l'organisation des données, pour transiter vers la quatrième sous-étape de la codification, soit la révision et le raffinement des catégories (Blais & Martineau). Cette quatrième sous-étape a été travaillée tout en poursuivant la création de quelques catégories additionnelles lorsque du nouveau contenu apparaissait.

Dans le but de soutenir la réflexion de la chercheuse principale en lien avec la description et l'organisation des catégories créées, des mémos étaient rédigés pendant tout le processus de codification. Un mémo est une idée, une phrase ou une liste qui témoigne de la réflexion du chercheur pendant son analyse. La technique du *mémoing* a été utilisée entre autres pour générer des hypothèses sur les liens entre les catégories, pour identifier des améliorations possibles à la grille des catégories ou pour noter des recouvrements possibles entre les catégories (Blais & Martineau, 2006).

C'est au moment de la codification du quatrième entretien d'explicitation qu'une certaine quantité de catégories ont commencé à se cristalliser, c'est-à-dire qu'elles ont atteint une stabilité dans leur formulation dans le sens où elles ne sont plus modifiées par l'analyse du corpus des données après un processus itératif fait d'allers-retours entre la description de ces catégories et l'analyse des données. Ces catégories cristallisées devenaient également mieux classifiées et organisées en thématiques semblables. Des descriptions ont alors été rédigées pour les catégories créées afin de cerner de façon plus concrète les éléments particuliers de leur contenu. Ces descriptions ont été construites en gardant en tête l'idée de demeurer très près des données. Des exemples inspirés des données étaient ajoutés aux descriptions afin d'illustrer divers aspects de la catégorie décrite.

Tout au long de l'analyse, la chercheuse principale a fait la codification avec rigueur pour que le contenu de l'arbre thématique soit à la fois précis et évocateur et que les catégories possèdent les qualités suivantes, telles que définies par L'Écuyer (2011) : exhaustives et en nombre limité, homogènes, pertinentes, cohérentes, clairement définies et productives. Des catégories ont été ajoutées afin de mieux regrouper certains contenus, alors que d'autres catégories ont été mises de côté en raison de leur trop grande spécificité ou de leur manque de pertinence. Au besoin, certaines catégories ont été fusionnées quand des redondances ou des similarités étaient observées (Paillé & Mucchielli, 2008). À cette étape, une forme de bascule alternant entre la posture inductive et déductive a commencé à prendre place (Guillemette & Luckerhoff, 2015). Effectivement, bien que l'esprit de

l'analyse soit demeuré inductif, certaines unités de sens se voyaient directement incluses dans des catégories qui les décrivaient sans nécessiter de changement de formulation. D'autres unités de sens pouvaient générer la création de nouvelles catégories. Cette alternance de la posture inductive et déductive a progressivement mené à une stabilisation dans les catégories.

La codification du matériel a ainsi mené à la création et à la description d'un bon nombre de catégories, qui ont progressivement été classifiées dans un arbre tout en étant soigneusement révisées et raffinées durant l'ensemble du processus. Une grille de catégorisation préliminaire a été générée, qui incluait les descriptions des catégories de l'arbre, afin de pouvoir réaliser une validation des catégories au moyen d'une codification inter-juges. Le fait de soumettre l'analyse de contenu au regard d'une tierce personne vise à bonifier la rigueur ainsi que la fiabilité de la démarche de codification (Blais & Martineau, 2006). La codification inter-juges a eu lieu au moment de codifier la cinquième entrevue, puisque la cristallisation des catégories avait commencé à être observée à la suite de la codification de la quatrième entrevue, mais que la saturation des données n'était pas encore atteinte.

Processus de validation inter-juges

La validation inter-juges a ainsi été faite avec une partie du contenu de la cinquième entrevue. Pour ce faire, une collègue de la chercheuse principale formée à l'analyse qualitative inductive a été choisie comme deuxième codeuse pour faire la

validation du processus. D'abord, une étape de formation de cette deuxième codeuse a eu lieu, pendant laquelle la chercheuse lui a expliqué l'arbre de catégories ainsi que les descriptions, tout en donnant des exemples concrets. Les objectifs de l'étude ne lui étaient pas présentés, dans le but de se rapprocher d'une neutralité de sa part à cet égard. À la suite de cette étape, de nouveaux exemples ont été ajoutés dans certaines descriptions, qui ont aussi été précisées afin qu'elles deviennent plus distinctes des autres et plus clairement définies. Ensuite, la phase d'entraînement a eu lieu, consistant en la complétion d'exercices pratiques par la deuxième codeuse. La chercheuse avait préparé deux séries d'unités de sens présegmentées issues d'entretiens précédents afin que la codeuse puisse se familiariser avec les catégories et le type de contenu présent dans les entretiens d'explicitation. Une rencontre de partage a eu lieu entre les deux séries d'exercices afin de perfectionner la compréhension de la codeuse au sujet des catégories et de l'arbre. À la suite de cette étape, de nouvelles précisions ont été ajoutées dans les descriptions, notamment en regard de la précision des mots utilisés. Une fois ces remaniements faits, la chercheuse a effectué une présegmentation du contenu du texte à codifier. La codeuse a réalisé sa codification d'abord, et la chercheuse principale a ensuite effectué sa codification. Le calcul de la correspondance des deux codifications a été fait et les résultats de ce calcul (voir le tableau du calcul de l'inter-juge en Appendice F) ont démontré l'obtention d'un coefficient Alpha de Krippendorff (Hayes & Krippendorff, 2007) de 0,87, ce qui indique que l'accord entre les deux juges est bon et, considérant qu'il est supérieur à 0,85, il est considéré comme étant très haut (Krippendorff, 2004).

La validation de la catégorisation au moyen d'un processus de codification inter-juges aura également permis d'améliorer considérablement la clarté et la précision de l'arbre des catégories. À la suite de l'étape de la codification inter-juges, la dernière étape de l'analyse de contenu, soit la codification du sixième et dernier entretien d'explicitation, n'a produit que des modifications très mineures au niveau des descriptions de quelques catégories de l'arbre, mais aucune nouvelle catégorie n'a émergé. Ainsi, l'ensemble de la codification de la sixième entrevue a permis de constater que la saturation des données était suffisamment atteinte à la fin de la cinquième entrevue. Comme expliqué plus haut, à cette étape, les données collectées et analysées n'apportaient plus de nouvelle dimension aux catégories.

Création d'un modèle intégrateur et d'un schéma illustrateur

En dernière étape de l'analyse, un cadre conceptuel sous forme de modèle intégrateur a été créé. L'élaboration du modèle, accompagné de son schéma illustrateur, s'est inspirée des dernières étapes de l'analyse inductive proposée par Méliani (2013) et Rondeau et Paillé (2021). Le processus de création s'est effectué tout au long du processus d'analyse inductive de la présente étude et il peut se traduire en trois étapes : la mise en relation, l'intégration et la modélisation du schéma.

D'abord, la mise en relation a été amorcée lors de la catégorisation. Durant cette étape précédente de l'analyse, il s'agissait de systématiser en se questionnant sur les liens éventuels entre les diverses catégories. Le travail consistait donc à mettre en relation les

catégories, notamment par ressemblance, dépendance, fonctionnement ou hiérarchie. Il s'agissait de se questionner sur les liens et leur nature, en quoi et comment ces liens pouvaient exister. La démarche réflexive de la mise en relation se faisait dans une posture inductive. En effet, selon la théorisation ancrée, un phénomène est décrit et interprété à partir de la catégorie et l'étape suivante nécessite de trouver des relations conceptuelles entre les catégories, et donc des principes pour comprendre un phénomène tout en se référant aux données existantes (Anadón & Guillemette, 2009). Méliani (2013) évoque d'ailleurs que « même si la réalité est toujours singulière, elle est composée d'éléments ressemblants que le chercheur met en relief » (p. 441). Effectivement, le processus de catégorisation et de classification propre à l'analyse qualitative a induit un besoin complémentaire de mettre en lien les différentes catégories. La mise en lien des catégories permet de rendre compte d'un aspect dynamique des catégories en tentant d'expliquer leurs rapports entre elles (Paillé, 1994). Lors de l'analyse des données, la chercheuse principale indiquait tous les indices permettant de mettre en relation les catégories dans des mémos.

Ensuite, durant la phase d'intégration, il a été tenté de prendre une perspective par rapport aux différentes catégories pour voir émerger un phénomène plus général et dynamique. Cette étape est grandement reliée à la phase de mise en relation, car celle-ci a permis de pressentir la dynamique globale sous-jacente aux catégories. L'intégration permet plus précisément de tenter de représenter plus distinctement les différents mouvements du phénomène. Les premières tentatives de représenter en schéma les

résultats ont lieu au courant de cette deuxième étape. Il émergeait des données, à ce moment, la nécessité de représenter l'univers du trauma comme une entité distincte dans laquelle la subjectivité du psychologue clinicien et du patient se rencontrent. Différents essais libres ont été faits tout en ne tentant pas tout de suite de produire un modèle organisé et digeste.

Finalement, une fois le phénomène dynamique global saisi, l'analyse s'est poursuivie avec un niveau d'abstraction plus élevé. Des questions étaient gardées en tête, telles que : Comment le phénomène se dévoile-t-il? Quelles sont les propriétés du phénomène? Quels sont les antécédents et les conséquences du phénomène? Quels sont les processus en jeu autour du phénomène? Ancrées dans les données empiriques de cette étude, la modélisation consistait à représenter schématiquement les processus du traumatisme vicariant mis en lumière au cours de la catégorisation. Lors de cette étape, le modèle s'est complexifié par l'ajout de liens entre les différents éléments présents et par la précision de la représentation de la rencontre au cœur de l'univers du trauma. De son côté, le schéma s'est modifié à plusieurs reprises, s'est complexifié en intégrant plusieurs nouveaux liens en s'appuyant sur les mémos. Finalement, inspirée par le processus de réflexion suscité par l'inter-juges et ayant acquis un approfondissement de la compréhension des données, la chercheuse principale a précisé et peaufiné le modèle intégrateur. Une intégration a eu lieu avec les objectifs de la recherche permettant de cibler l'objet précis de l'analyse et de rendre compte du phénomène à l'étude, le traumatisme

vicariant (Paillé, 1994). Le modèle intégrateur, accompagné par son schéma illustateur, sera présenté dans la section présentant les résultats.

Cette explication de la création du modèle intégrateur et du schéma illustateur complète la description de la méthode, soit le devis de l'étude, l'échantillon, la collecte de données et l'analyse des données, incluant le processus de l'accord inter-juges. Les résultats de l'analyse seront maintenant présentés.

Résultats

L'analyse inductive des données recueillies a fait émerger des catégories, qui ont ensuite été regroupées, organisées et décrites dans une grille de catégorisation (voir la grille de catégorisation complète sans définitions à l'Appendice G). La présente section expose une synthèse des résultats en suivant la structure de cette grille de catégorisation. Dans la première sous-section, un portrait global des résultats est exposé. Dans la deuxième sous-section, un modèle intégrateur qui fait ressortir les liens entre les catégories sous la forme d'un schéma illustrateur est présenté. Afin d'illustrer le propos, des extraits verbatims provenant de l'entretien d'explicitation sont intégrés tout au long de la présentation des résultats. En raison du nombre restreint de participantes, il a été choisi de ne pas les personnifier et d'y référer dans leur ensemble pour éviter tout risque d'identification. En ce sens, lorsqu'une référence est faite aux participantes en tant que groupe, il est important de préciser qu'il n'est pas impliqué qu'elles aient toutes nécessairement vécu chacune des expériences représentées dans les catégories. Lorsqu'il est question des catégories, ainsi que des grandes catégories, celles-ci sont présentées en italique afin qu'elles puissent être bien identifiées. Il est à noter que le genre des patientes ou patients dont font mention les participantes dans ces extraits a été changé ou conservé de façon aléatoire afin de préserver la confidentialité des participantes et de leurs patientes ou patients.

Portrait global des résultats en fonction de la grille de catégorisation

Les résultats obtenus, organisés dans la grille de catégorisation intitulée « Mise en sens par le psychologue du vécu traumatique exprimé dans la dyade thérapeutique », se déclinent en trois niveaux de catégories, soit en axes, en grandes catégories et en catégories. Plus précisément, la codification des données a fait émerger trois axes principaux, dans lesquels sont regroupées 14 grandes catégories. Les 50 catégories qui ont été codifiées sont réparties sous ces 14 grandes catégories. Des définitions ont été rédigées pour les trois niveaux de catégories (voir la grille de catégorisation avec définitions à l'Appendice H). Afin de donner une vue d'ensemble des deux premiers niveaux de catégorisation, le Tableau 1 présente les axes ainsi que les grandes catégories. La présentation plus détaillée des catégories est intégrée à même le texte.

Les résultats sont présentés dans le même ordre qu'ils se retrouvent dans la grille de catégorisation, en fonction des trois axes, dont les titres sont identifiés par des chiffres de 1 à 3. Les trois axes et les 14 grandes catégories qui les composent sont décrits, en appuyant les descriptions avec les définitions présentées dans la grille de catégorisation complète. Étant donné qu'il n'était pas possible de présenter l'ensemble des grandes catégories et des catégories dans cette sous-section, l'auteure a dû sélectionner celles qui seraient détaillées. Ce choix s'est avéré difficile car toutes les catégories présentaient un intérêt. Parmi les 14 grandes catégories, celles qui ont été jugées comme étant les plus représentatives, riches en contenu et centrales, sont présentées plus en détail afin de brosser une synthèse des résultats à la fois bien typée et évocatrice. Le critère qui a été

utilisé pour faire ce choix a été de déterminer si leur description aidait à préciser la nature propre et typique du traumatisme vicariant.

Tableau 1

Présentation des trois axes et des grandes catégories de l'arbre thématique : Mise en sens par le psychologue du vécu traumatique exprimé dans la dyade thérapeutique

Axes	Grandes catégories
1. Répercussions intérieures déclenchées au contact du matériel traumatique	<p>1.1 Expérience intime des mouvements dynamiques du patient plongé dans son trauma</p> <p>1.2 Émotion éprouvée en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade</p> <p>1.3 Anticipation à l'approche d'un contenu traumatique qui s'éveille chez le patient</p> <p>1.4 Sensibilité profonde concernant l'expérience de l'essence du trauma</p> <p>1.5 Mouvement intérieur dramatique en réponse à la dysrégulation du patient</p> <p>1.6 Éveil d'un élan accueillant en concordance avec l'expérience intérieure du patient</p>
2. Tentatives de traitement des expériences traumatiques dans le but de les intégrer	<p>2.1 Posture d'aide réfléchie permettant de garder contact avec son attitude aidante</p> <p>2.2 Réaction envahissante face à sa propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie</p> <p>2.3 Posture douce d'auto-acceptation face à l'intensité de son chamboulement intérieur</p> <p>2.4 Réflexe affectif involontaire face au danger imaginé des émotions intenses</p> <p>2.5 Expérience de l'immersion totale dans le vécu perturbant du patient</p>

Axes	Grandes catégories
3. Prise de perspective en regard de l'expérience vécue individuelle et de la dyade	3.1 Conscience intuitive de l'influence de son vécu affectif sur la dyade lors du dévoilement du trauma
	3.2 Réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées
	3.3 Contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée

Dans cette sous-section, les diverses catégories présentées dans le texte sont identifiées en caractères italiques. Des tableaux ciblant certaines parties de la grille sont intégrés dans le texte, afin que le repérage puisse se faire plus aisément dans les différents niveaux de catégories. Dans ces tableaux, les grandes catégories et catégories qui sont présentées en détail sont mises en gras. Des extraits d'entretien sont présentés pour illustrer certains aspects des catégories choisies. Il est à noter que pour respecter la confidentialité des données, tous les détails qui auraient pu permettre de reconnaître les participantes où les patients ou patientes auxquels elles font allusion ont été retirés des extraits d'entretien, ou modifiés.

Présentation des grandes catégories et des catégories du premier axe

Le Tableau 2 présente les grandes catégories et les catégories du premier axe. Selon les résultats obtenus, les participantes manifestent une réaction spontanée ou initiale au contact des éléments du trauma ou de la manière dont ils sont dévoilés par le patient dans le contexte de la thérapie. Cette réaction initiale des participantes peut ou non entraîner un changement dans leur posture d'intervention, qui pourrait s'exprimer entre

Tableau 2

Premier axe : Répercussions intérieures déclenchées au contact du matériel traumatique

Grandes catégories	Catégories
1.1 Expérience intime des mouvements dynamiques du patient plongé dans son trauma	1.1.1 Navigation angoissante entre l'élan de réprimer la colère du patient et le souhait d'être empathique
	1.1.2 Déchirement devant la double expression du besoin vulnérable du patient et son agressivité défensive
	1.1.3 Perception surprise du mouvement d'attaque du patient qui se protège de la douleur de son trauma
	1.1.4 Impression tenace de se sentir attaquer le patient en l'amenant dans son vécu vulnérable
1.2 Émotion éprouvée en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade	1.2.1 Colère amère face à la conviction implacable du patient que son thérapeute ne saura pas le soutenir
	1.2.2 Irritation soulevée quand le patient se dissocie rapidement de ses affects souffrants
	1.2.3 Terreur de la rage meurtrière du patient qui témoigne d'un vécu de violence impuissante
	1.2.4 Angoisse que la dyade ne parviendra pas à se réguler à temps car le temps file
1.3 Anticipation à l'approche d'un contenu traumatique qui s'éveille chez le patient	1.3.1 Panique envahissante en imaginant la terreur du patient qui pourrait submerger son équilibre
	1.3.2 Intuition profonde que le patient dévoile un vécu souffrant qu'il a évité jusqu'à présent
	1.3.3 Vigilance agitée des signes d'une remontée affective intense incontrôlable chez le patient

autres par une perte de contact avec leur manière habituelle de mener les interventions thérapeutiques. Cette réaction initiale est plus ou moins conscientisée et mise en sens par

les participantes. Les participantes décrivent vivre une *expérience intime des mouvements dynamiques du patient plongé dans son trauma*. Cette expérience tient lieu de première grande catégorie qui compose le premier axe. Effectivement, les données ont permis de mettre en évidence que les participantes peuvent traverser une expérience intérieure durant laquelle s'effectue un mouvement dynamique. Plus concrètement, elles s'approchent ou se reculent face à l'émergence d'un contenu affectif intense et traumatique chez le patient. Durant le déroulement de cette expérience, les participantes restent sensibles à l'effet qu'entraîne le mouvement de rapprochement ou d'éloignement produit chez le patient. Elles peuvent effectuer une forme de négociation intérieure, dans le but de déterminer quelle direction prendre dans la poursuite de leurs interventions. Par exemple, les participantes peuvent se questionner sur la façon de souligner l'émergence du traumatisme dans le discours, tout en continuant de communiquer leur empathie.

Voici un extrait qui permet d'illustrer une catégorie issue de cette grande catégorie, soit le *déchirement devant la double expression du besoin vulnérable du patient et de son agressivité défensive*.

C'est paradoxal là. Je ne peux pas laisser tomber ni le petit enfant, qui a besoin qu'on prenne soin de lui, ni la partie plus adulte, défensive, qui ne veut pas que j'agisse. Il faut que je les prenne toutes les deux. Il faut que je tienne compte des deux. C'est ça le défi ! Il y a quelque chose de déchirant dans cette expérience. C'est vraiment déchirant !

Un autre aspect de cette grande catégorie est exprimé par la catégorie *impression tenace de se sentir attaquer le patient en l'amenant dans son vécu vulnérable*. Ci-dessous se trouve un extrait qui donne un aperçu de cette grande catégorie.

L'émotion de la patiente monte. C'est un chagrin qui monte, mais c'est aussi comme si sa propre émotion l'attaquait. Ce n'est pas une émotion libératrice. En fait, c'est comme si moi aussi, la thérapeute, je l'attaquais, en nommant l'émotion, en la mettant sur le fil de son émotion, si je peux nommer ça ainsi. C'est comme si, à la fois, la patiente me disait : « Oui, c'est là où je suis vraiment ! » et « Non, je ne veux pas aller là ! ».

Également, en relatant leur expérience lors des entretiens, les participantes ont évoqué des *émotions éprouvées en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade*. Cette seconde grande catégorie est comprise dans le premier axe des *répercussions intérieures déclenchées au contact du matériel traumatique*. Plus précisément, les données ont permis de mettre en lumière que les participantes peuvent ressentir une émotion intense, souvent ressentie comme désagréable et envahissante, qui apparaît en réponse à la dysrégulation croissante du patient. Cette émotion est intimement liée à une impression de perdre le contrôle de leurs frontières émotionnelles.

Notamment, une des facettes de cette expérience affective est la *colère amère face à la conviction implacable du patient que son thérapeute ne saura pas le soutenir*.

Voici un extrait qui illustre cette catégorie.

C'est comme si c'est une colère qui monte chez le patient. Il y a aussi du découragement dans cette colère. Comme si le patient me dit dans son discours que ce n'est pas possible. C'est comme s'il disait : « Essaie-toi pas là, tu ne seras pas capable ! ». Il ne me tutoie pas, il me vouvoie, mais c'est ça qu'il me dit : « Essaie-toi-même pas ! Tu ne réussiras pas de toute façon, ça ne marchera pas » ! Ce message sous-entendu, mais puissant, du patient me donne envie de reculer. Ça vient aussi chercher ma colère, que je contiens, bien évidemment, mais je sens qu'il se sabote et qu'il sabote mon travail aussi du même coup.

Également, les participantes rapportent ressentir une *irritation soulevée quand le patient se dissocie rapidement de ses affects souffrants*. Le vécu de cette prise de distance se retrouve également sous la grande catégorie des *émotions éprouvées en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade* et est exemplifié par l'extrait suivant :

Ce qui monte, mais que je ne peux pas dire à la patiente, ce que j'aurais envie de lui dire, c'est quelque chose comme : « Niaisez-moi pas là ! Je sais exactement comment vous vous sentez, puis j'peux vous dire par expérience que ça ne vous aide pas cette attitude-là. Je peux comprendre ce qui vous amène à réagir comme ça, mais ça ne vous aidera pas ! ».

Les participantes évoquent aussi une *angoisse que la dyade ne parviendra pas à se réguler à temps car le temps file*. Cette troisième catégorie, sous la même grande catégorie, est illustrée par l'extrait suivant :

Je regarde la bouche du patient. Je me doute que c'est par là que ça va sortir, je suis en attente. Je pense que je porte ensuite mon attention à mon cadran, sans le regarder. J'essaie de me souvenir il est quelle heure. Je suis portée à me dire « Comment vais-je gérer les prochaines minutes ? ». Je me dis « S'il ne me parle pas, s'il ne finit pas par le dire, qu'est-ce que je vais dire à la fin de la séance ? ». Ça fait que là, je suis comme angoissée par le cadre.

Sous l'axe des *répercussions intérieures déclenchées au contact du matériel traumatique*, une troisième grande catégorie a été relevée, soit *l'anticipation à l'approche d'un contenu traumatique qui s'éveille chez le patient*. Plus précisément, les données révèlent que les participantes peuvent faire une sorte d'extrapolation vers le futur de ce qui pourrait se passer dans la thérapie à la suite de l'introduction imminente d'un contenu

relié au trauma. Par cette anticipation, les participantes cherchent à se préparer à faire face aux conséquences d'avoir approché le vécu traumatique du patient.

Une des catégories classifiées sous cette grande catégorie est la *panique envahissante en imaginant la terreur du patient qui pourrait submerger son équilibre*.

L'extrait suivant en est un exemple :

Ça lui fait peur, à la patiente. Elle a l'air d'avoir peur de me raconter quelque chose, elle a l'air d'être souffrante. On dirait qu'elle essaie de contrôler quelque chose qu'elle n'est plus capable de contrôler. Je me demande : « Ça va se désorganiser comment ? Est-ce qu'elle va se désorganiser elle-même ? Est-ce que je vais me désorganiser moi aussi ? Ç'a l'air de l'envahir. Est-ce que j'ai le goût d'être envahie ? Non ! ». C'est comme ça que ça se passe en-dedans de moi. « Est-ce que j'ai le goût, ce matin, d'entendre une grosse affaire? ». En fait, j'ai plutôt envie de me sauver en courant !

Les participantes rapportent aussi éprouver une *vigilance agitée des signes d'une remontée affective intense incontrôlable chez le patient*, une catégorie qui exprime une autre facette de cette grande catégorie. L'extrait suivant illustre cette catégorie.

Je sens une espèce d'agitation. Je me sens être très en alerte. Je deviens vigilante. J'écoute, j'essaie de lire entre les mots ce que le patient ne me dit pas. J'observe ce qu'il est en train de faire. Je bouge. J'essaie de contracter mes muscles. Je reste assez mobile, sans trop que ça paraisse, mais je ne suis pas vraiment immobile. En fait, j'essaie de garder une petite action motrice, parce que le patient est très activé par une espèce d'agressivité qu'il retourne contre lui-même. Puis encore là, je ne sais pas trop quel bord ça va prendre.

Présentation des grandes catégories et des catégories du second axe

Le Tableau 3 présente les grandes catégories et les catégories du second axe. Les résultats ont permis de mettre en lumière que les participantes rapportent avoir traversé

une période où elles contemplaient diverses tentatives d'intégration de leur vécu traumatique. Ce second axe se nomme *tentatives de traitement des expériences traumatiques dans le but de les intégrer*. Les participantes observent qu'elles essaient diverses interventions pour intégrer leur expérience ou celle du patient. Elles rapportent également qu'elles tentent plus ou moins consciemment de se représenter les aspects du trauma qui ont été déposés en elles. Selon elles, leurs tentatives peuvent être fructueuses ou infructueuses et peuvent prendre place à l'intérieur ou à l'extérieur de la thérapie. Les participantes décrivent notamment qu'elles peuvent avoir une *réaction envahissante face* à leur propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie. Cette observation représente la première grande catégorie qui est détaillée sous ce second axe. Les participantes expriment que, lorsqu'elles sont seules, elles peuvent ressentir des sensations

Tableau 3

Second axe : Tentatives de traitement des expériences traumatiques dans le but de les intégrer

Grandes catégories	Catégories
2.2 Réaction envahissante face à sa propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie	2.2.1 Colère violente palpitant dans son corps devant son incapacité à réguler seul sa souffrance secrète
	2.2.2 Effondrement désorganisé accompagné de sanglots qui ne soulagent pas l'inconfort physique
	2.2.3 Sensation nauséuse d'être incapable de digérer physiquement ce qui a été raconté en séance
	2.2.4 Agitation incapacitante qui s'exprime par un humour désincarné de la souffrance pressentie

Grandes catégories	Catégories
	<p data-bbox="867 338 1421 449">2.2.5 Sentiment affolant d'être entièrement seul avec une douleur qui n'a pas de fond</p> <p data-bbox="867 449 1421 562">2.2.6 Effort infructueux de mobiliser son énergie vitale pour contenir le flot d'impuissance</p>
<p data-bbox="300 562 857 636">2.5 Expérience de l'immersion totale dans le vécu du patient</p>	<p data-bbox="867 562 1421 674">2.5.1 Moment d'abandon volontaire de la réticence à être pleinement témoin du vécu traumatique</p> <p data-bbox="867 674 1421 785">2.5.2 Attachement protecteur avec une teinte parentale lorsque le psychologue est exposé au trauma</p> <p data-bbox="867 785 1421 896">2.5.3 Impression tenace d'être forcé à devenir le témoin visuel du trauma du patient</p> <p data-bbox="867 896 1421 1008">2.5.4 Submersion complète dans les souvenirs perturbants du vécu du patient</p> <p data-bbox="867 1008 1421 1119">2.5.5 Sensation déroutante d'être aspiré sans sentir de contrôle dans la tourmente du patient</p> <p data-bbox="867 1119 1421 1224">2.5.6 Reconstitution involontaire en images de contenus horribles partagés par le patient</p>

physiques intenses et des émotions fortes, qu'elles ont de la difficulté à contrôler. Les données indiquent qu'elles peuvent alors tenter de « digérer » ce qui se passe à l'intérieur d'elles-mêmes à la suite de la séance de thérapie. Il leur arrive, par l'entremise de leurs tentatives d'intégration, de donner un sens à cette expérience et à ces émotions, une mise en sens qui leur permet de relâcher une tension intérieure envahissante. Quatre catégories sous cette grande catégorie sont explicitées.

Une réaction envahissante rapportée est la *colère violente palpitant dans son corps devant son incapacité de réguler seul sa souffrance secrète*. Les participantes signifient qu'elles peuvent se sentir fortement frustrées devant leur propre difficulté à prendre de la distance vis-à-vis de leur vécu personnel. Elles observent qu'elles peuvent être physiquement envahies par la colère en prenant conscience de l'impact de leur propre histoire sur la posture thérapeutique. Ce court extrait illustre cette catégorie : « Je ressens de la colère ! Comment ça se fait que le vécu du patient ravive ma propre douleur ? Comment ça se fait que je pleure encore là-dessus, sur mon propre trauma ? ».

Une autre catégorie comprise sous cette grande catégorie est la *sensation nauséuse d'être incapable de digérer physiquement ce qui a été raconté en séance*. Les participantes indiquent ressentir physiquement une sorte de blocage. Les données font allusion à un lien entre les sensations physiques et la difficulté d'absorber ce qui vient d'être vécu dans la séance. Le bref extrait suivant exprime ce malaise : « C'est la douleur, ce sont les émotions, c'est le dégoût que je vis en dedans. Ce que ces images-là me font vivre, entre les sensations et les émotions qui les accompagnent, c'est écœurant. Ça me donne mal au cœur ».

Les participantes évoquent aussi ressentir une *agitation incapacitante qui s'exprime par un humour désincarné de la souffrance pressentie*. Elles rapportent se sentir étrangement nerveuses, sans arriver à se connecter véritablement au vécu qui se passe en

elles-mêmes. Elles peuvent comme « ricaner » intérieurement ou même extérieurement, car elles se sentent mal à l'aise. L'extrait suivant illustre cette catégorie.

C'est très bizarre. C'est comme rire de quelque chose, mais ce n'est pas drôle. C'est comme de ne pas voir, et faire comme si de rien n'était. Une espèce de sourire joyeux, qui est complètement paradoxal avec l'aspect dramatique des enjeux. C'est comme si une partie de mon corps se moque du drame, pendant que l'autre est morte.

Une autre catégorie présentée sous la grande catégorie *réaction envahissante face à leur propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie* est celle du *sentiment affolant d'être entièrement seul avec une douleur qui n'a pas de fond*. Les participantes expriment être envahies par une solitude souffrante qui les habite subitement. Elles décrivent que personne ne pourra les comprendre ou les soutenir véritablement dans la détresse profonde qu'elles ressentent. Voici un extrait qui illustre cette réaction.

Je vis un grand sentiment de solitude. Une sorte de panique. Je regarde partout et il n'y a personne. Je peux seulement compter sur moi-même, mais je ne suis pas certaine que je sois fiable. Ce sentiment, je le reconnais, c'est comme une sorte de « trop gros » pour moi. Je ne peux pas faire ça toute seule ! Je ne peux pas être là-dedans toute seule ! Je ne peux pas vivre ça toute seule ! Et il n'y a personne...

Toujours sous l'axe des *tentatives de traitement des expériences traumatiques dans le but de les intégrer*, les participantes ont rapporté l'expérience d'une *immersion totale dans le vécu perturbant du patient*. Les données ont permis de révéler que les participantes peuvent être envahies par les souvenirs ou fantaisies dérangeants que vit leur patient. Elles peuvent devenir entièrement submergées dans l'univers effrayant du patient, étant subjuguées par des images, des sensations physiques, des perceptions qui les habitent

de différentes façons. Ces moments peuvent avoir lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de la thérapie.

Les participantes ont évoqué avoir un *moment d'abandon volontaire de la réticence à être pleinement témoin du vécu traumatique*. Cette catégorie met en lumière qu'au terme d'une période de résistance à être exposées au contenu troublant du patient, elles finissent par y consentir. Elles rapportent qu'il y a un instant où elles acceptent, où elles se laissent aller dans l'univers du patient. Cette catégorie est illustrée dans l'extrait suivant.

Je pense que je suis toujours un peu consciente de mon acceptation à plonger. Ça se fait comme naturellement. Et puis en même temps, il y a peut-être même une partie volontaire qui se joue à ce moment-là. Dans le sens où j'ai un besoin de me connecter à ce que le patient me dit, un peu comme si j'étais un témoin indirect de tout ça. Je pense que j'essaie de me connecter à ce qu'il essaie de me raconter le plus possible. À ce moment-là, c'est quand même conscient, l'essai de me connecter à son ressenti. Je pense qu'il y a une partie qui est peut-être volontaire là-dedans de me laisser aller dans son histoire.

Aussi, il a été relevé dans les données que les participantes ont pu vivre une *submersion complète dans les souvenirs perturbants du vécu du patient*. Cette expérience représente une seconde catégorie dans laquelle elles relatent qu'elles deviennent totalement plongées dans la scène vécue par le patient, dans un tableau qui s'impose. Les participantes expriment qu'elles deviennent plus engagées dans le récit, comme si le vécu du patient s'imposait. Elles décrivent vivre une forme de fusion avec la souffrance vécue et communiquée à elles par des images ou des émotions. L'extrait suivant illustre cette catégorie.

J'entends la patiente me parler. Je la vois dans le moment présent, mais il y a une partie de ma tête aussi qui la suit dans l'histoire qu'elle me raconte. Je vois vraiment la petite fille qui ressent comme tout plein d'émotions de paralysie et de solitude. Je ne saurais pas trop comment le décrire, mais c'est comme une vague qui oscille entre ce qui se passe dans le moment présent et ce qui s'est vécu dans le passé. Je l'observe qui me parle, mais en même temps, je vis vraiment ce qu'il s'est passé à cette époque-là. Je vis ce qu'elle me décrit, les émotions qu'elle a eues.

Les participantes rapportent également être émotionnellement perturbées, sans toutefois voir ou vivre les expériences évoquées par le patient. Cette catégorie se nomme *sensation déroutante d'être aspiré sans sentir de contrôle dans la tourmente du patient*. Plus précisément, les participantes expriment être emportées par le contenu affectif du vécu du patient, sans avoir de prise sur celui-ci. Elles décrivent vivre un malaise physique qu'elles ne reconnaissent pas et n'arrivent pas à identifier. Elles rapportent être inondées d'anxiété, se sentir dissociées, se sentir agitées à l'intérieur, être physiquement fébriles. Voici un court extrait qui illustre cette catégorie.

Quand je suis arrivée chez moi, je n'étais pas bien. Je ressentais une certaine anxiété fébrile. Une fébrilité que je n'arrivais pas à identifier. Je me questionnais, je me disais « Qu'est-ce qui me met dans cet état-là ? » et j'étais incapable de le lier à quoi que ce soit, mais je le sentais ».

Une autre catégorie présentée sous la grande catégorie de *l'expérience de l'immersion totale dans le vécu perturbant du patient* est celle de la *reconstitution involontaire en images de contenus horribles partagés par le patient*. Les participantes nomment être envahies par des représentations visuelles de comment elles s'imaginent que s'est déroulé le traumatisme de leur patient. Sans qu'elles puissent les contrôler, les images s'imposent d'elles-mêmes. Les participantes décrivent alors se sentir un peu en

retrait, détachées de ces images qui se déroulent malgré elles. L'extrait suivant illustre la catégorie.

C'est comme s'il y avait quelque chose qui se passait qui était non volontaire, qui revenait tout le temps à ma conscience. Ce qui m'a été raconté, ce dont mon patient a été témoin, ça roule dans ma tête. C'est comme si j'en étais habitée aussitôt que j'étais en train de ne rien faire ou quand je n'avais pas de focus. Ça se passait très régulièrement. Ça revenait comme tout seul, spontanément, sans que je puisse le contrôler.

Présentation des grandes catégories et des catégories du troisième axe

Le Tableau 4 présente les grandes catégories et les catégories du troisième et dernier axe. L'analyse des résultats a donné lieu à la création d'un troisième axe nommé *prise de perspective en regard à l'expérience vécue individuelle et dyadique*. Dans le contenu de cet axe, les participantes décrivent avoir une vision plus complète et intégrée de l'expérience du trauma dans la dyade formée avec le patient. Plus précisément, elles rapportent qu'elles peuvent entamer un processus de réflexion à propos de leurs réactions, ainsi qu'au sujet de l'impact que ces dernières produisent sur le patient et sur la dyade. Cette observation du chemin parcouru dans la thérapie leur permet de prendre une certaine perspective. Dans une grande catégorie, les participantes rapportent avoir une *conscience intuitive de l'influence de son vécu affectif sur la dyade lors du dévoilement du trauma*. Elles indiquent qu'une forme de réflexion intuitive s'effectue au sujet de l'impact de leur propre vécu, de leur posture thérapeutique ou de leurs émotions au sujet du patient ou de la relation thérapeutique, en particulier dans les moments où le trauma est dévoilé en thérapie. Les participantes expriment qu'elles réfléchissent en prenant un certain recul, tout en réussissant à garder contact avec la partie affective de leur expérience.

Tableau 4

Troisième axe : Prise de perspective en regard à l'expérience vécue individuelle et dyadique

Grandes catégories	Catégories
3.1 Conscience intuitive de l'influence de son vécu affectif sur la dyade lors du dévoilement du trauma	3.1.1 Constat saisissant face à sa peur de l'intensité affective du patient qui est sûrement partagée
	3.1.2 Sentiment profond d'être abandonné et isolé qui est communiqué en fantaisie au patient
	3.1.3 Pressentiment vigilant de la nécessité de maintenir sa limite subjective face à l'intensité du patient
	3.1.4 Intuition profonde de la nécessité d'être indestructible pour préserver le patient d'un anéantissement
	3.1.5 Recul intérieur délibéré au contact de son besoin de résolution qui passe avant celui du patient
3.2 Réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées	3.2.1 Sidération totale devant l'immensité de sa terreur qui était insoupçonnée
	3.2.2 Déception honteuse d'avoir failli à son idéal de psychologue en se dissociant de sa peur
3.3 Contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée	3.3.1 Impression d'être épuisé à la suite de la survie de la dyade qui a traversé une épreuve déstabilisante
	3.3.2 Réflexion active sur les liens entre son propre trauma et le bouleversement qu'il a vécu dans la dyade
	3.3.3 Réalisation émerveillée de la puissance de cette rencontre en profondeur dans la souffrance partagée

L'extrait suivant illustre cette grande catégorie, ainsi que la catégorie du *constat saisissant face à sa peur de l'intensité affective du patient qui est sûrement partagée*. Tel qu'exprimé dans l'extrait, les participantes rapportent avoir une réalisation subite que leur

vécu de crainte face aux émotions intenses qui sont présentes chez le patient est probablement partagé.

Je reconnais que j'ai peur pour ma vie. En fait, je n'ai pas peur pour ma vie pour de vrai, mais ce que je ressens est de cette nature-là. La rage et la violence qui taraudent mon patient, c'est comme si je les avais reçues en direct, à mon insu, inconsciemment. Mais là je sens que c'est aussi la terreur du patient qui résonne en moi. À la fois sa rage et sa terreur qui se réverbèrent à l'intérieur de moi. Et ça me fait peur. J'ai peur de ces émotions destructrices et je me dis que lui aussi a sûrement peur de toute cette rage-là.

Un autre aspect de cette grande catégorie est le *recul intérieur délibéré au contact de son besoin de résolution qui passe avant celui du patient*. Les participantes partagent qu'elles peuvent prendre conscience que leurs interventions se font en réponse à leurs propres besoins. Les participantes expriment qu'elles peuvent réaliser qu'elles perdent de vue la réalité du patient et qu'elles lui ont attribué des présuppositions issues de leur propre expérience, comme l'explique l'extrait suivant.

Il y a quelque chose que je ressentais aussi dans ce moment-là : c'est comme si j'avais voulu que ça guérisse ma patiente d'un coup. Comme s'il fallait ramener tout ça pour le régler. Moi, j'étais prête à parler encore du trauma. C'était tôt dans la séance, alors j'étais prête à en reparler. À un moment donné, je me suis dit : « Ouais ben là, je ne vais tout de même pas tyranniser ma patiente. Je vais doser parce que moi, ça me fait du bien de continuer, mais elle, est-ce qu'elle va être capable de l'entendre si j'y reviens ? ». J'essayais beaucoup de valider, de rendre légitime mes intentions, mais je parlais en fait de mes besoins.

Sous le troisième axe de la *prise de perspective en regard à l'expérience vécue individuelle et dyadique*, les participantes rapportent qu'elles peuvent constater, après coup, qu'elles ont perdu le contrôle ou qu'elles ont été envahies. Cette grande catégorie se nomme *réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées*.

C'est sous cette grande catégorie que les participantes expriment qu'elles peuvent être critiques face à leur propre expérience, ou déçues en lien avec l'attitude qu'elles ont adoptée en thérapie, puisque cette posture ne correspond pas à l'image qu'elles se font d'elles-mêmes comme cliniciennes. Elles indiquent qu'elles peuvent tenir un discours intérieur dévalorisant et peuvent en être gênées, voire même honteuses.

Une des facettes de cette réflexion est la catégorie *sidération totale devant l'immensité de sa terreur qui était insoupçonnée*. L'extrait suivant illustre que les participantes sont stupéfiées lorsqu'elles prennent contact avec l'ampleur de la peur qui était cachée au fond d'elles-mêmes.

Quand j'ai enfin réalisé que j'avais peur, je suis redevenue vivante. C'est comme si ça a été un soulagement de faire cette constatation. Je me suis dit : « J'ai peur ! Je suis vraiment terrorisée par mon client ! Oui ! ». Mais c'est comme si ma tête refusait que j'aie tant peur. Je n'en revenais pas de la présence de toute cette peur-là. Et en plus, je n'en revenais pas de ne pas l'avoir réalisé avant !

Une autre catégorie comprise sous cette grande catégorie est celle de la *déception honteuse d'avoir failli à son idéal de psychologue en se dissociant de sa peur*. Les participantes signifient qu'elles peuvent ressentir une forme d'humiliation lorsqu'elles prennent conscience qu'elles n'ont pas été en contact avec des émotions vécues dans la relation avec le patient. L'extrait suivant illustre cette catégorie.

Je suis psychologue et je ne suis pas supposée avoir peur, surtout pas d'être terrorisée comme ça. Je suis déçue d'avoir peur. Peut-être que ça côtoie la honte. C'est un peu comme un jugement de valeur sur ce qu'un thérapeute devrait être. Comme un idéal de thérapeute. Il y avait un aspect de mon expérience qui était dans le jugement de mon vécu de peur.

Une grande catégorie évoque la *contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée*. Les participantes expriment qu'elles peuvent prendre un moment de réflexion pour réaliser la progression de la relation thérapeutique avec le patient depuis le début de leur travail, un processus qui a été éprouvant pour tous les deux. Elles peuvent constater une forme d'amélioration chez le patient ou d'évolution dans la relation thérapeutique.

Un aspect de cette grande catégorie est la catégorie *impression d'être épuisé à la suite de la survie de la dyade qui a traversé une épreuve déstabilisante*. Les résultats révèlent que les participantes peuvent se sentir complètement vidées. Plus concrètement, ces dernières relatent qu'elles se sentent comme si elles avaient relevé un grand défi dans lequel le patient et elle-même ont ensemble réussi à survivre à une souffrance nécessaire dans l'intégration du vécu traumatique. Le bref extrait suivant illustre cette grande catégorie.

Après coup, il y a eu comme une baisse de l'activité neurologique. Il y a eu un apaisement en fait, comme si le patient était épuisé de cette décharge-là. Nous avons senti comme un vécu en duo : « On a survécu ! On a traversé cette épreuve-là ! ». Après cet apaisement partagé, les pleurs du patient ont pu venir.

Les participantes rapportent également avoir eu une *réflexion active sur les liens entre leur propre trauma et le bouleversement vécu dans la dyade*. Cette catégorie, toujours comprise sous la grande catégorie de la *contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée*, témoigne de la reconnaissance des participantes que leur vécu dans la thérapie ainsi que certaines

manifestations en dehors de celle-ci font résonner des émotions et expériences issues de leurs propres traumatismes personnels. L'extrait suivant illustre cette constatation des participantes.

J'avais l'impression que c'était quelque chose de connu qui se reproduisait. Quelque chose que j'ai fait tellement longtemps que c'était comme devenu un réflexe. C'est comme si je voyais la patiente se redire la même chose et refaire les mêmes gestes. Comme un mélange de reconnaissance, dans le sens : « Ah ça, je connais ça ! Je le sais car je l'ai fait tellement de fois ». C'est comme si je reconnaissais en résonance le geste, le comportement, l'attitude. Et puis ça résonnait avec : « Je sais bien ce qui fait qu'elle réagit comme ça. Je sais très bien ce que ça fait ».

Un portrait résumé des résultats obtenus a été présenté dans la sous-section précédente, en suivant la structure de la grille de catégorisation. Divers tableaux ont été inclus afin qu'il soit plus simple pour le lecteur de suivre les différents niveaux de catégories de la grille. Des extraits d'entrevue ont été intégrés dans le texte afin d'appuyer et d'illustrer certains résultats. Dans la prochaine sous-section, le modèle intégrateur résumant les liens entre les axes, les grandes catégories et certaines catégories qui les composent, ainsi que les associations entre les éléments qui sont ressortis de l'analyse des données, sont présentés.

Schéma illustrateur et modèle intégrateur

L'analyse des données a conduit à la création d'un modèle intégrateur s'intitulant « Expérience et mise en sens du traumatisme vicariant par le psychologue clinicien » et prenant la forme d'un schéma illustrateur présentant les relations entre les axes, les grandes catégories et les catégories de la grille. Tel que mentionné plus tôt, l'étape finale

de l'analyse qualitative inductive selon Blais et Martineau (2006) peut consister en l'élaboration d'un modèle quand les données le permettent, c'est-à-dire un cadre de référence qui représente les liens qui ont émergé entre les diverses catégories.

Comme expliqué dans la section portant sur la méthodologie, la réalisation d'une grille de catégorisation présente des avantages, mais aussi certaines limites (Blais & Martineau, 2006; Paillé, 1994). Or, pour répondre à l'objectif général de l'étude, il apparaît pertinent de pouvoir faire des liens entre les catégories afin de mieux décrire les relations possibles entre les différents aspects de l'expérience vécue des participantes. Pour ce faire, un schéma illustrateur a été élaboré afin d'illustrer le modèle intégrateur qui met en lien les grandes catégories principales ainsi que certaines catégories de la grille de catégorisation. Dans la prochaine sous-section, le modèle intégrateur et le schéma illustrateur sont présentés et rendent compte de l'étape finale de l'analyse des données.

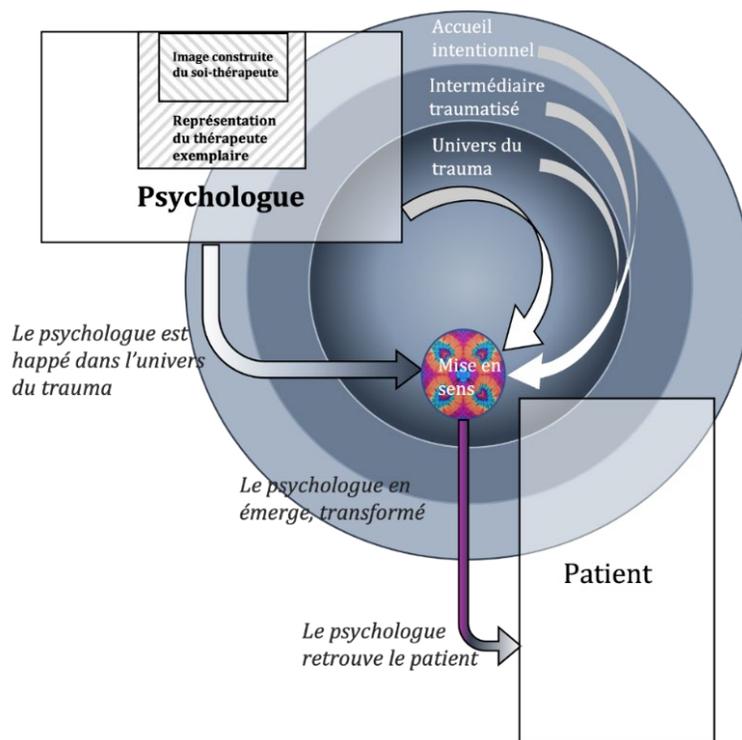
Présentation du modèle intégrateur et du schéma illustrateur

Le processus d'analyse inductive des données a donné lieu à la création d'un modèle intégrateur regroupant les relations entre les axes, les grandes catégories et les catégories de la grille. Plus précisément, le modèle intégrateur qui a été créé apporte des éléments intéressants en lien avec les quatre sous-objectifs, mais plus particulièrement avec le troisième et le quatrième, soit de décrire et d'explorer le processus dynamique que le psychologue clinicien parcourt afin de faire la mise en sens de son expérience du traumatisme vicariant et d'explorer la fonction signifiante et réparatrice du traumatisme

vicariant ainsi que son influence sur la dyade thérapeutique dans une perspective intersubjective. Également, le modèle intégrateur généré permet de mettre en relation certains aspects des deux premiers sous-objectifs qui nécessitent eux aussi une mise en relation des catégories, ce qu'il n'était pas possible de faire dans une présentation reposant sur la grille de catégorisation. Le schéma illustrateur, qui est une représentation visuelle résumée du modèle intégrateur, se trouve à la Figure 2 et sera détaillé ensuite.

Figure 2

Schéma illustrateur représentant des liens entre les catégories : « Expérience et mise en sens du traumatisme vicariant par le psychologue clinicien ».



D'abord, le processus de création du schéma illustateur sera résumé. Ensuite, le schéma illustateur sera décrit et ses éléments consistants seront expliqués. Pour terminer, les liens émergeant des données seront explicités.

Création du schéma illustateur

Des mises en relation ont permis de rassembler et d'expliciter les liens qui avaient été recueillis et notés dans les mémos pendant la codification des données, mais qui n'avaient pu être présentés dans la grille de catégorisation. Il était donc souhaité de trouver une façon de représenter visuellement et de manière vivante le mouvement évolutif et dynamique qui semblait émerger des données. De plus, l'intention était également de représenter avec clarté l'aspect de la progression de la contamination de l'expérience traumatique. Finalement, il apparaissait nécessaire de représenter l'univers du trauma comme une entité distincte dans laquelle le psychologue clinicien et le patient se rencontrent. Des choix esthétiques ont donc été faits pour symboliser ces aspects de façon schématique. De plus, en souhaitant intégrer ces mises en relation, certains termes se sont cristallisés pour représenter certains aspects du modèle intégrateur. Les différentes parties du schéma, ainsi que le vocabulaire utilisé, seront maintenant présentés et expliqués.

Description du schéma illustateur

Les termes *représentation du thérapeute exemplaire* symbolisent le concept du psychologue clinicien prototype souhaité, désiré, mais inaccessible. De même, l'appellation *image construite du soi-thérapeute* est ici utilisée afin de référer à l'ensemble

des représentations inconscientes que chacune des participantes possède d'elle-même en tant que psychologue clinicienne. Cette image construite du soi-thérapeute représente une tentative d'intégration de l'identité thérapeutique qui contient les attributs qui sont acceptables ou inacceptables dans le spectre des représentations inconscientes du psychologue clinicien. Ces deux structures, soit la représentation du thérapeute exemplaire et l'image construite du soi-thérapeute, forment ensemble plus spécifiquement une aperception à l'image que les participantes se font du suivi ainsi que de la vie intérieure psychique du patient traumatisé. D'autres termes, issus de l'étape de la mise en relation, ont été conservés et représentés directement dans le schéma illustrateur. Notamment, les trois espaces ainsi que leurs noms apparaissent, accompagnés du lieu de la mise en sens.

Le rectangle représentant le psychologue, qui est une généralisation des participantes, se trouve séparé du rectangle représentant le patient par le vécu de celui-ci du traumatisme. Le psychologue porte en lui sa représentation du thérapeute exemplaire, qui elle-même inclut son image construite du soi-thérapeute. En périphérie du psychologue se trouve un cercle, qui représente le vécu traumatique éprouvé par le psychologue et qui est composé de trois couches, illustrant les trois espaces décrits dans le modèle intégrateur. Il a été décidé de présenter le vécu traumatique comme étant une couche distincte car il représente une expérience partagée par le psychologue et par le patient, étant en quelque sorte un troisième espace. Les trois espaces, de l'extérieur du cercle vers l'intérieur de celui-ci, se nomment *Accueil intentionnel*, *Intermédiaire traumatisé* et *Univers du trauma*. La première flèche de gauche, accompagnée de son titre,

décrit la bascule nécessaire du psychologue dans chacun de ces espaces avant d'atteindre un lieu de mise en sens, au cœur de l'univers du trauma. Les flèches issues de chacune des couches ainsi que celles qui partent du psychologue vers la mise en sens représentent la contribution de chacun de ces aspects à la tentative d'intégration de l'expérience pour le psychologue. Après cette mise en sens réalisée avec lui-même, le psychologue est changé, tel que représenté par le changement de couleur de la flèche, qui indique le processus inverse de l'émergence des différentes couches du vécu traumatique.

Le psychologue retrouve par la suite le patient, tel qu'il est imagé au bas du schéma illustrateur. Ainsi représenté visuellement, les retrouvailles ne peuvent avoir lieu qu'après avoir traversé les couches du vécu traumatique et le processus de mise en sens. Les composantes internes du patient ne sont pas représentées car le schéma représente le point de vue des participantes, qui sont exclusivement des psychologues cliniciennes. La représentation du patient est toutefois juxtaposée aux couches du vécu traumatique, car ce dernier les vit tout de même au travers de l'imaginaire du psychologue clinicien.

Contrairement à la sous-section des résultats précédente, les grandes catégories et catégories ne sont pas présentées et ne se retrouvent pas directement dans le schéma illustrateur. Effectivement, afin de construire un schéma qui sert de synthèse intégrative des liens organiques qui existent entre diverses catégories, la structure de la grille a été mise de côté dans cette étape. Des catégories et extraits pertinents jalonnent toutefois la

présentation du modèle intégrateur prenant la forme d'un schéma illustrateur afin d'en appuyer le propos.

Phases du modèle intégrateur

Maintenant que le schéma illustrateur a été introduit, le modèle intégrateur sera maintenant expliqué. Celui-ci est divisé en quatre phases qui, sans être séquentielles, se succèdent et s'alternent dans un mouvement en spirale. Chacune de ces phases sera présentée en détail et la Figure 3 explicite visuellement la section du schéma illustrateur qui correspond aux phases. De plus, le Tableau 5 présente les grandes catégories qui sont en gras et qui seront employées pour illustrer divers aspects du modèle intégrateur. Ces catégories ont été choisies car elles étaient les plus illustratrices de mouvements dynamiques entre les participantes et leur vécu du traumatisme vicariant.

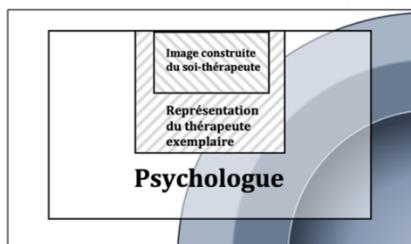
Phase prodrome

Dans cette première phase qui a été appelée la phase prodrome, il ressort des données que, à l'amorce de la thérapie avec le patient et avant que la perturbation traumatique ne prenne place dans la dyade thérapeutique, les participantes s'appuient déjà sur un ensemble de principes organisateurs issus des expériences personnelles et professionnelles qui influencent leur posture. Ainsi, les participantes rapportent qu'elles transportent avec elles leurs propres expériences de vie, personnelles et intimes. Elles expriment qu'elles ont traversé certains traumatismes relationnels, de plus ou moins

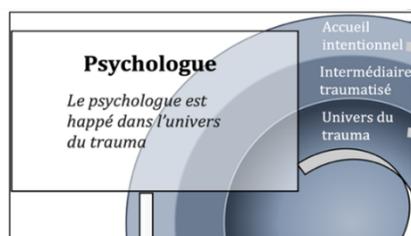
Figure 3

Quatre phases du modèle intégrateur isolées dans le schéma

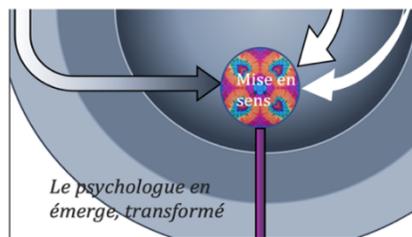
1.Phase prodrome



2.Phase de perturbation traumatique



3.Phase de la mise en sens



4.Phase de retrouvailles avec le patient

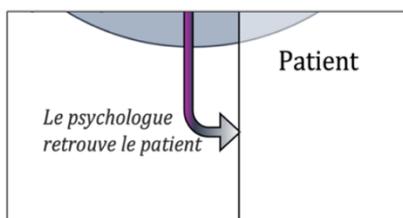


Tableau 5*Grandes catégories pertinentes pour le modèle intégrateur*

Axes	Grandes catégories
1. Répercussions intérieures déclenchées au contact du matériel traumatique	1.1 Expérience intime des mouvements dynamiques du patient plongé dans son trauma
	1.2 Émotion éprouvée en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade
	1.3 Anticipation à l'approche d'un contenu traumatique qui s'éveille chez le patient
	1.4 Sensibilité profonde concernant l'expérience de l'essence du trauma
	1.5 Mouvement intérieur dramatique en réponse à la dysrégulation du patient
	1.6 Éveil d'un élan accueillant en concordance avec l'expérience intérieure du patient
2. Tentatives de traitement des expériences traumatiques dans le but de les intégrer	2.1 Posture d'aide réfléchie permettant de garder contact avec son attitude aidante
	2.2 Réaction envahissante face à sa propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie
	2.3 Posture douce d'auto-acceptation face à l'intensité de son chamboulement intérieur
	2.4 Réflexe affectif involontaire face au danger imaginé des émotions intenses
	2.5 Expérience de l'immersion totale dans le vécu perturbant du patient
3. Prise de perspective en regard de l'expérience vécue individuelle et de la dyade	3.1 Conscience intuitive de l'influence de son vécu affectif sur la dyade lors du dévoilement du trauma
	3.2 Réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées
	3.3 Contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée

grande intensité. Elles relatent avoir rencontré des gens traumatisés, parfois parmi leurs proches.

En parallèle à ces expériences de vie, elles réfléchissent qu'elles ont développé à travers le temps

une représentation de comment un thérapeute doit être pour bien faire son travail. Les participantes peuvent avoir une notion plus ou moins consciente de cette représentation et de son caractère insaisissable. Elles évoquent parfois les instances en autorité de la profession en tant qu'influence relative à cette représentation. Un second principe organisateur qui semble se retrouver chez les participantes est l'image qu'elles ont d'elles-mêmes en tant que thérapeute. Elles rapportent que cette image a été formée en partie à la suite des expériences cliniques ou de supervision. Elles disent qu'elles tentent d'intégrer intérieurement une posture d'humilité face à leurs propres limites et expériences. Il émerge ainsi de ces principes organisateurs un barème des vécus qui sont acceptables, envisageables et supportables comme types d'expériences thérapeutiques qu'elles pourraient vivre dans un suivi de psychothérapie.

En ce sens, la grande catégorie de la *sensibilité profonde concernant l'expérience de l'essence du trauma* témoigne de cette posture prenant place dans la phase prodrome à la perturbation traumatique. En effet, durant cette phase prodrome, les participantes rapportent se sentir en résonance au contact du matériel partagé par le patient et considèrent à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles adressent des enjeux fondamentaux et nécessaires. Elles peuvent changer leur posture thérapeutique pour devenir plus concentrées, prudentes, à l'écoute, tout en ne perdant pas de vue leurs intentions thérapeutiques. Plus spécifiquement, les participantes évoquent avoir un *pressentiment prudent face à l'importance réelle du dévoilement imminent par le patient*, une catégorie présente sous cette grande catégorie. Les participantes nomment pressentir une intuition intérieure qui leur indique que le patient va partager une confiance qui est extrêmement signifiante et que leurs actions et attitudes thérapeutiques seront d'une importance

capitale. Elles prennent conscience de l'aspect sérieux et crucial du moment. Cette catégorie est illustrée dans l'extrait verbatim suivant.

On est assis face à face. Mon patient semble vivre quelque chose d'émotif. Je me sens en état d'alerte. J'ai un sentiment de ne pas saisir quelque chose. Je me concentre. Il se passe quelque chose d'important, mais je ne sais pas ce que c'est. Je me dis : « Je vais respirer avec lui, je vais l'aider en parlant. Si je parle, ça va l'aider à reprendre son souffle ». J'ai hâte de savoir de quoi il est question, je ne le connais pas vraiment encore.

Phase de perturbation traumatique

Cette phase qui a été appelée la phase de perturbation traumatique témoigne du mouvement comprenant l'émergence, le débordement et la contamination de l'univers traumatique vécu par les participantes. Les participantes rapportent que le trauma commence à exister dans la relation thérapeutique et prend de plus en plus de place dans leur psyché, pour finalement s'imposer. Trois espaces se retrouvent dans cette phase, soit l'accueil intentionnel, l'intermédiaire traumatisé et l'univers du trauma. Chacun de ces espaces est maintenant présenté en détail. Le terme espace a été choisi pour signifier que les participantes sont en quelque sorte en visite dans un univers traumatique qui, initialement, ne leur appartient pas.

Accueil intentionnel. Les participantes décrivent qu'elles adoptent d'abord une attitude d'ouverture, alors que le trauma commence à exister dans la relation thérapeutique. Cet espace a été nommé « accueil intentionnel ». Plus précisément, elles rapportent accueillir le patient en maintenant leur posture thérapeutique de façon consciente. Les résultats indiquent que, dans cet espace, elles tentent de conserver une

perspective de travail thérapeutique empathique et se sentent encore en mesure de réfléchir. Elles rapportent qu'elles peuvent se représenter le vécu qui est en train de se dérouler dans la dyade thérapeutique sur les plans des émotions et de la relation. Elles expriment qu'elles peuvent être touchées par le vécu du patient ou par l'intensité de son expérience affective, mais que cette expérience ne se distingue pas encore de leurs expériences cliniques précédentes. Elles réussissent à prendre appui sur leur représentation d'elle-même comme thérapeute, et s'appliquent à reproduire les attitudes thérapeutiques aidantes qu'elles connaissent et qu'elles ont l'habitude d'utiliser. Toutefois, elles rapportent qu'une intensité inhabituelle de vécu, associée au trauma, commence à se profiler dans la dyade. L'extrait suivant donne un exemple de cet espace d'accueil intentionnel.

Ma patiente se met à me raconter l'épisode. C'est long avant qu'on arrive à l'événement qui est vraiment traumatisant pour elle. Elle me raconte une histoire, met en place le scénario. Je reste en alerte un bout de temps avant de savoir de quoi exactement il est question. Elle ne me dit pas le *punch* tout de suite. Je suis surprise parce qu'elle m'amène dans son passé de trauma, alors que je croyais qu'on était en train de traiter un vécu lié à son travail dans le présent. Je me dis : « Bon, on voyage, on est rendues ailleurs ». Et elle m'amène vraiment dans un « ailleurs » intense, très inattendu.

La grande catégorie *posture d'aide bienveillante permettant de garder contact avec son attitude aidante* témoigne également de cet espace appelé « accueil intentionnel ». Dans les résultats, les participantes indiquent qu'elles se positionnent autrement afin de soutenir activement le processus de reviviscence du trauma du patient. Elles rapportent que leur regard se tourne vers le patient et son processus, tout en ayant une forme de plan de traitement en tête, qu'elles tentent de suivre. Plus précisément, tel

que décrit par la catégorie *recherche attentive et patiente de la fragilité sous-jacente à la mise en scène à l'œuvre*, les participantes expriment qu'elles deviennent vigilantes de tous les signes, manifestes ou latents, qui pourraient exprimer une souffrance. Cette souffrance est en quelque sorte protégée par le récit qui est déployé par le patient. Par exemple, elles peuvent tenter de se rendre disponibles à l'intérieur d'elles-mêmes malgré une irritation grandissante, ou elles réfléchissent avec attention à la réaction du patient qu'elles pourraient évoquer par une intervention. Le prochain extrait illustre cette catégorie.

Ce qui me vient, c'est un agacement du silence du patient. Je me dis : « Est-ce qu'il va finir par me le dire? Va-t-il enfin passer à l'aveu ? ». J'ai l'impression qu'il m'emmène en bateau. Je me demande comment je vais faire pour ne pas réagir à cet agacement qui monte en moi et pour trouver un chemin bienveillant. Il faut qu'il soit capable de le prendre. C'est comme un vacillement. J'ai l'impression de marcher sur des œufs. J'essaie par tâtonnements de trouver une zone de rencontre.

Intermédiaire traumatisé. Le second espace de la phase de perturbation traumatique, qui a été appelé « intermédiaire traumatisé », est caractérisé par un basculement intérieur chez les participantes. En effet, ces dernières rapportent que le contenu traumatique, issu de l'expérience traumatique du patient, commence à prendre une ampleur envahissante à l'intérieur d'elles-mêmes. Elles indiquent que le patient peut devenir terrifiant pour elles, à cause de la façon dont il porte son trauma et par les attitudes avec lesquelles il entre en relation avec elles. Les participantes expriment qu'elles commencent à perdre le contact avec leur posture thérapeutique habituelle et qu'elles ne parviennent plus à mentaliser le processus qui est en train de se déployer entre elles et leur patient. Elles décrivent vivre une expérience dont l'intensité et la nature sont foncièrement différentes de ce qu'elles ont connu auparavant dans l'expérience du travail clinique. La

grande catégorie *réflexe affectif involontaire face au danger imaginé des émotions intenses* témoigne du vécu des participantes dans cet espace nommé « intermédiaire traumatisé ». Les participantes témoignent qu'elles atteignent une forme de réalisation profonde, dans laquelle elles constatent de manière fantasmatique le danger produit par les affects du patient. Des réactions de protection peuvent se mettre en place. Effectivement, les participantes peuvent faire une *réalisation vertigineuse de l'agonie innommable de la souffrance horrible du patient*. Cette catégorie, sous la grande catégorie décrite précédemment, détaille qu'elles se sentent au bord d'un précipice qui représente l'ampleur de la souffrance du patient. Les participantes expriment qu'elles prennent, avec angoisse, la mesure du trauma que le patient porte en lui. Elles peuvent ressentir une forme de vertige et tenir un discours intérieur dans lequel elles sont en contact intime avec la magnitude et l'horreur de la souffrance qu'elles perçoivent.

Toutefois, la dimension la plus marquante de cet espace que les participantes décrivent est le pressentiment de la menace issue du monde affectif du trauma du patient. Cet aspect est détaillé dans la catégorie *impression alarmante que les affects traumatiques seront mortels pour le patient*. En effet, les participantes rapportent qu'elles développent une sorte de fantaisie dans laquelle elles imaginent que le patient ne pourra pas survivre à l'intensité des émotions qu'il ressent face à son vécu souffrant. Cette fantaisie prend de la place à l'intérieur d'elles-mêmes et les perturbent. Elles commencent à sentir une panique intérieure irrationnelle et exceptionnelle concernant l'abîme imaginé de la vie intérieure du patient. L'extrait suivant illustre cette catégorie.

Ça ressemble un peu à de la nausée. C'est comme si mon cœur se contracte, comme si j'ai le cœur serré. Et j'ai de la difficulté à respirer. Je me rends compte que je fais de grands efforts pour rester avec le patient, pour l'écouter, parce que je sais qu'il me regarde. Je veux qu'il se sente entendu dans ce qu'il raconte et que ma réaction ne lui fasse pas peur. Je ressens la souffrance physiquement, mais je me dis qu'il ne faut pas que j'aie l'air de me sentir mal. Comme si mes émotions et mes sensations pourraient le mettre en contact avec ses émotions à lui et que ça, ça serait très dangereux pour lui. C'est vraiment inhabituel chez moi, je ne comprends vraiment pas ce qui se passe.

Univers du trauma. Le troisième espace de cette phase de perturbation traumatique a été nommé « l'univers du trauma ». Les participantes se disent happées dans cet espace. Elles décrivent qu'elles plongent, malgré elles, dans ce monde inquiétant dont l'organisation est régie par le vécu intensément douloureux du patient. Plus précisément, elles sentent qu'une forme de fusionnement avec l'expérience traumatique du patient est à l'œuvre. Les participantes expriment que, dans une certaine mesure, le trauma vit maintenant en elles. Elles expriment être submergées dans le monde de leurs émotions, dans leur corps et dans leurs idées par des images et sensations qui leur sont étrangères. La grande catégorie *expérience de l'immersion totale dans le vécu du patient*, qui a déjà été présentée plus haut dans la première sous-section des résultats, est reprise ici car elle exprime les nuances du vécu de cet espace. À titre de rappel, c'est dans cette grande catégorie que les participantes rapportent se sentir envahies par les souvenirs ou fantaisies du patient. Elles se sentent entièrement immergées dans l'univers du patient et rapportent perdre, d'une certaine manière, le contact avec la réalité. Elles expriment qu'elles sont subjuguées par des images, des sensations physiques, des fantaisies qui s'imposent et qui les perturbent. Le prochain extrait illustre cette immersion dans l'univers du trauma.

Je suis devenue envahie par des images insupportables. Il y avait quelque chose qui était non volontaire. Ça revenait tout le temps à ma conscience, en lien avec ce que la patiente m'avait raconté. J'en étais habitée aussitôt que je n'avais rien à faire ou que je n'avais pas de focus. Très régulièrement, ça revenait tout seul, spontanément. Je me disais : « Est-ce que ça va s'arrêter ? Est-ce que je peux avoir une pause ? Il faut que je décroche. Il y a quelque chose qui m'envahit plus que je ne le veux ! ». Je n'arrivais pas à m'en débarrasser. J'aurais voulu fermer la porte du bureau et que ça reste dans le bureau, cette histoire-là. Je n'y arrivais pas, c'était bien trop intense.

Phase de la mise en sens

Durant cette phase, qui a été nommée la phase de mise en sens, les participantes relatent qu'elles sortent de l'espace de l'univers du trauma. Selon leur discours, le trauma perd son emprise sur leurs univers émotif, corporel et des pensées. Les participantes indiquent qu'elles tentent d'intégrer ce qu'elles ont vécu par l'entremise du filtre de leur image construite de soi-thérapeute. Les participantes rapportent qu'elles peuvent également tenter de se représenter l'impact de leur vécu sur la dyade thérapeutique. Toutefois, elles rapportent que leur expérience diffère, par sa nature ou son intensité, de toutes celles qu'elles ont connues dans un contexte clinique. Elles nomment qu'il y a quelque chose de presque inacceptable dans leur expérience, que celle-ci dévie de ce qu'elles conçoivent comme le domaine du souhaitable et de l'acceptable dans leur identité thérapeutique. Les propos des participantes évoquent qu'elles se sentent écorchées et tentent de trouver des explications qui justifient la profondeur de la perturbation qu'elles ont vécue. La grande catégorie de la *réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées* exprime le vécu de cette phase de mise en sens. Dans cette catégorie, les participantes constatent, après coup, la perte de contrôle et l'envahissement

par le trauma qu'elles ont vécu. Elles peuvent être critiques face à leur propre expérience, ou vis-à-vis leur rôle de thérapeute. L'extrait suivant illustre un aspect de cette phase de mise en sens.

Il me vient aussi un sentiment d'injustice. En fait, je suis très fâchée. Fâchée de vivre ça, fâchée de cette peine qui me submerge, fâchée de vivre la colère, fâchée d'être là-dedans, de pas avoir la paix d'esprit, d'être envahie par le sentiment d'abandon. J'ai le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne pas être rassurée, ni rassurante. C'est une grande colère contre moi-même. Je me demande comment ça se fait que je ne suis pas capable de simplement me réguler toute seule.

Par ailleurs, un autre aspect qui semble important dans l'intégration de cette expérience pour les participantes est leur perception d'avoir perdu contact avec certains pans de leur expérience. La catégorie *déception honteuse d'avoir failli à son idéal de psychologue en se dissociant de sa peur*, sous la grande catégorie présentée précédemment, résume cet aspect. Les participantes expriment qu'elles ressentent une forme d'humiliation lorsqu'elles prennent conscience qu'elles ont vécu une période où elles ont perdu contact avec des émotions vécues dans la relation avec le patient. Elles ont le sentiment d'avoir échoué à leur devoir professionnel et d'avoir nui à leur patient. Par exemple, lorsqu'elles observent avec consternation l'ampleur de leur peur qui était tenue à distance, elles peuvent avoir un discours dévalorisant, ou encore elles peuvent s'imaginer qu'un superviseur ou un collègue les jugerait.

Phase des retrouvailles avec le patient

Cette dernière phase appelée la « phase des retrouvailles avec le patient » témoigne du discours des participantes au sujet d'une forme de nouvelle connexion retrouvée avec

le patient. Les participantes expliquent qu'elles reprennent contact avec leur posture thérapeutique, tout en ayant un regard nouveau sur les patients, leur vécu, ainsi que sur le vécu de la dyade thérapeutique. La grande catégorie *contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée* exprime un aspect de cette phase. Les participantes relatent qu'elles prennent un moment pour réaliser le chemin parcouru par elles-mêmes, le patient ou la dyade. Elles rapportent qu'elles peuvent constater une forme de progression chez le patient ou d'évolution de la relation thérapeutique. Les participantes décrivent que, grâce à leur expérience précédente, de nouvelles façons d'intervenir émergent en s'appuyant sur leur posture transformée. Elles contemplent avec bienveillance l'historique de la relation thérapeutique. La catégorie *réalisation émerveillée de la puissance de cette rencontre en profondeur dans la souffrance partagée* permet de préciser certaines nuances de cette phase. Notamment, dans cette catégorie, les participantes font des liens entre le vécu chamboulant du patient et leur vécu ébranlé qui vibre en écho. Elles partagent qu'elles ressentent au fond d'elles-mêmes que c'est grâce à une forme de partage commun de la souffrance qu'elles ont pu s'accorder avec le patient. Dans leur propos, l'accent est moins mis sur le contenu du partage que sur l'expérience de la rencontre de réunion elle-même. L'extrait suivant illustre cette catégorie, ainsi que la grande catégorie présentée précédemment, toutes deux comprises dans la phase des retrouvailles avec le patient.

C'est comme si la patiente est devenue de plus en plus proche de cette expérience-là de blessure relationnelle, en même temps que moi. J'ai connecté moi-même avec une blessure relationnelle de mon passé à travers ce que son traumatisme m'a fait vivre. Je ne sais plus ce que je lui en ai dit, mais je sais que j'ai dit quelque chose qui l'a touchée, pendant qu'elle était déjà dans l'émotion. Ce n'était pas vraiment les mots qui comptaient, mais

plus un non-dit de compréhension mutuelle. Il y a quelque chose qui s'est vraiment vécu ensemble au travers de cette expérience-là.

De plus, les participantes rapportent également avoir vécu une certaine forme de transformation intérieure qui rendait complexe le lien avec le patient dans cette phase des retrouvailles avec lui. Certaines participantes ont évoqué des fins de suivi plus difficiles, la dégradation de la relation dans la dyade étant difficile à reconnecter. L'extrait suivant illustre ce vécu.

La situation m'a amenée à être plus en contact avec le sentiment d'être incomprise, que personne ne comprend vraiment la souffrance qu'on peut vivre, qu'on peut ressentir, donc toute la lourdeur de cet isolement-là. Quelque chose a changé pour moi. Donc, de cette expérience, j'étais certaine que ça ne pouvait qu'être quelque chose de positif pour elle, de lui offrir cet espace-là, parce que ça créait un point de contact. Mais je ne savais pas comment. C'était envahissant, l'isolement et l'incompréhension.

Ainsi se conclut la présentation des mises en relation qui ont été faites et qui ont servi de matériel pour construire le modèle intégrateur. Ces mises en relation ont permis de rassembler et d'explicitier les liens qui avaient été recueillis et notés dans les mémos pendant la codification des données, mais qui n'avaient pu être présentés dans la grille de catégorisation. Le modèle intégrateur accompagné du schéma illustrateur a permis de présenter la complexité de l'expérience du traumatisme vicariant chez les psychologues cliniciens travaillant dans une perspective intersubjective. Il apparaît que les psychologues cliniciens vivent une forme de déconstruction de leur identité de soi-thérapeute par le vécu expérientiel traumatique, mise en lien avec une forme de redéfinition de ce en quoi consiste le thérapeute exemplaire. Il semble également que les psychologues cliniciens aient connecté avec les patients par l'entremise d'un nouvel espace d'accueil issu d'un

vécu singulier du trauma dans un processus expérientiel. De plus, le modèle intégrateur accompagné du schéma intégrateur a permis de mettre en lumière certains principes organisateurs chez les participantes influençant leur aperception du suivi à venir ainsi que le processus de submersion dans le vécu traumatique. Différentes couches de proximité avec le traumatisme menant vers une zone de mise en sens ont été identifiées.

Les résultats ont été présentés dans leur ensemble. D'abord, la grille de catégorisation a été expliquée en détail, de manière globale et, par la suite, avec plus de précision. Ensuite, le schéma illustrateur et ses composantes, ainsi que le modèle intégrateur comportant quatre phases, ont été exposés. Maintenant, l'ensemble de ces éléments seront discutés dans la section de la discussion.

Discussion

La présente section de la discussion sera l'occasion, entre autres, de comparer les résultats obtenus dans cette étude à ceux d'autres études dans le domaine du traumatisme vicariant afin de faire ressortir les éléments novateurs. Dans cette section, il a été choisi de référer aux psychologues cliniciens et non pas aux participantes de l'étude afin de se détacher des résultats et pour situer ceux-ci plus largement dans la documentation scientifique. Les résultats seront discutés en trois parties. Ces trois sous-sections représentent les trois niveaux d'intégration qui ont découlé des résultats, dans un processus en spirale qui approfondit le propos. Dans la première sous-section, les résultats associés au déploiement de l'expérience subjective du traumatisme vicariant seront interprétés en faisant des liens avec les écrits scientifiques actuels. Dans la seconde sous-section, le modèle intégrateur et ses composantes seront discutés en les mettant en parallèle avec le modèle de l'identification projective développé par Schore (2003). Cet exercice comparatif permettra de décrire l'expérience du traumatisme vicariant du psychologue clinicien, telle qu'observée dans la présente étude, en adoptant une perspective globale. La troisième sous-section sera l'occasion de revisiter les quatre sous-objectifs de l'étude à la lumière des résultats et de leur interprétation. Pour conclure la discussion, une quatrième et dernière sous-section présentera les forces, les limites, la pertinence et les retombées de l'étude, ainsi que des pistes d'investigation futures.

Expérience subjective du traumatisme vicariant

Dans cette première sous-section, les résultats associés au déploiement de l'expérience subjective du traumatisme vicariant sont discutés. Pour chacun des éléments faisant l'objet de la discussion, l'expérience du psychologue clinicien, telle qu'observée dans les résultats, est présentée en premier lieu. Ce récit résumé du vécu du psychologue clinicien, tel que rapporté dans les résultats, est présenté dans un premier paragraphe et sert de structure à la réflexion. À la suite de chaque partie du récit, des pistes d'approfondissement sont présentées, en les reliant aux écrits scientifiques pertinents. Ainsi, une première sous-section discute les résultats liés à l'expérience globale afin de présenter une vision d'ensemble du traumatisme vicariant. Ensuite, dans une seconde sous-section, les résultats concernant les expériences affectives sont discutés puisque cette dimension du vécu est particulièrement saillante.

Expériences globales

Réactions envahissantes

D'après les résultats, le psychologue clinicien qui expérimente un traumatisme vicariant pendant le suivi d'un patient ayant vécu un traumatisme interpersonnel semble être aux prises avec des réactions envahissantes face à la dysrégulation de son patient et en réaction à sa propre dysrégulation. Lorsqu'il se met à réfléchir à l'expérience qu'il vit dans le suivi, il peut ressentir des émotions, avoir des pensées et des sensations corporelles particulièrement accaparantes. Ces réactions envahissantes qu'il décrit se manifestent entre autres dans le contexte de la thérapie.

Dans une méta-analyse portant sur les manifestations du traumatisme vicariant, Cohen et Collens (2013) ont fait ressortir que les intervenants qui vivent un traumatisme vicariant peuvent présenter plusieurs types de réactions émotionnelles dans le contexte de la thérapie. Ces réactions peuvent inclure des sentiments de tristesse, de colère, de peur, de frustration, d'impuissance et de désespoir (Satkunanayagam et al., 2010). La réaction peut aussi comprendre la sensation d'être dans un état de choc (Pistorius et al., 2008). Cohens et Collens ont également recensé des réactions physiologiques, telles la nausée, l'engourdissement, la fatigue et l'envie de nourriture réconfortante (Shamai & Ron, 2009). Ils résumant qu'au point de vue cognitif, les intervenants peuvent éprouver un détachement important, ainsi que des difficultés à se concentrer sur le travail clinique, à maintenir le cadre thérapeutique et à établir la confiance (Clemans, 2004). Les observations de cette méta-analyse valident que les manifestations observées font partie des manifestations généralement reliées au traumatisme vicariant. Toutefois, dans l'étude actuelle, l'aspect de la fatigue observé par Shamai et Ron n'est pas ressorti dans les résultats. En ce sens, les manifestations qui ont été relevées semblent représenter des signes typiques du traumatisme vicariant et permettent de les différencier des manifestations de la fatigue de compassion. En effet, bien que ces deux phénomènes présentent certaines similarités, la fatigue de compassion s'apparente plutôt à la famille de l'épuisement professionnel, étant généralement caractérisée par une fatigue émotionnelle ou physique importante et envahissante (Maltais et al., 2015).

Effort conscient pour maintenir la posture d'empathie

D'après les résultats, le psychologue clinicien semble faire preuve d'un effort conscient pour maintenir sa posture thérapeutique, et ce, malgré la forte intensité affective qu'il éprouve. Plus précisément, il peut tenter de trouver des façons de contacter ou de nourrir son empathie pour le patient. Parmi les exemples donnés par les participantes se trouvait le fait d'essayer de se souvenir de la compréhension clinique formulée en lien avec ce suivi afin de situer l'ampleur de son propre trauma dans les enjeux du patient. D'autres exemples pourraient inclure le fait d'utiliser des moyens tels que se centrer sur sa respiration afin de prendre du recul ou se donner de l'espace pour réfléchir aux dynamiques qui prennent place dans la thérapie.

Comme présenté dans le contexte théorique, Atwood et Stolorow (2016) décrivent une disposition clinique qu'ils conseillent à l'intervenant d'adopter lorsque ce dernier explore un contenu traumatique partagé par le patient. Ils appellent cette posture *emotional dwelling*, expression qui est souvent traduite par « habitation émotionnelle ». Ils décrivent cette posture comme une attitude active et engagée dans la relation par laquelle l'intervenant habite l'expérience affective du patient. Benjamin (2004) décrit une posture similaire, dans laquelle les membres de la dyade thérapeutique se sentent connectés par l'entremise de la résonance partagée de leurs expériences. Ces expériences de résonance partagée se dérouleraient dans un espace tiers dans lequel une véritable rencontre aurait lieu. La présence de cette posture d'habitation émotionnelle va dans le même sens que les observations faites dans cette étude. En effet, le psychologue clinicien semble y exprimer

qu'il garde à l'esprit une intention qui se veut thérapeutique, afin de demeurer présent et disponible pour connecter à la souffrance du patient. Toutefois, la posture d'habitation émotionnelle prônée par Atwood et Stolorow diffère subtilement des observations de la présente étude, car dans le cadre de l'habitation émotionnelle, l'intervenant fait sans hésitation le travail clinique des affects du client. De plus, Atwood et Stolorow suggèrent à l'intervenant d'évoquer intérieurement, puis de partager avec le patient, une expérience souffrante analogue, en nommant l'indicible. Stolorow (2015) déconseille aux intervenants de fournir des efforts pour reconforter, encourager ou réassurer le patient. Les observations de la présente étude sont similaires à certains égards car elles révèlent une disposition empathique du psychologue clinicien, centrée sur les affects du patient. Cependant, la différence se trouve dans la présence d'une certaine mise à distance réflexive de l'expérience affective du patient. En effet, les efforts conscients du psychologue clinicien pour maintenir la posture et pour contacter des concepts plus réfléchis tels que les objectifs thérapeutiques et la compréhension clinique peuvent représenter une prise de recul face aux affects intenses et menaçants du patient pour éviter d'être submergé. Ils peuvent constituer un début de conscience réflexive.

Similitudes avec le TSPT

D'après les résultats, le psychologue clinicien semble également vivre, en dehors de la thérapie, quelques éléments qui rappellent l'expérience d'un traumatisme. Il peut revivre les histoires que le patient lui a racontées, des images viennent à son esprit, il semble éviter ce qui lui rappelle les événements traumatisants dont il a entendu parler dans

la thérapie, il peut éprouver de la difficulté à se sentir en sécurité. En vivant ces réactions, il semble plonger dans le monde du traumatisme qui lui a été partagé par le patient.

Des manifestations similaires ont été relevées dans certains écrits (p. ex., Fucillo, 2017; Hunt, 2018). Notamment, les cauchemars, l'hypervigilance, l'isolation, le changement dans la vision du monde et dans la confiance envers les autres, les comportements d'évitement, l'augmentation de l'anxiété et des difficultés à dormir faisaient parties des éléments observés. Bien que des similarités sont présentes, dans l'étude actuelle, ce qui ressort plus clairement des résultats est le caractère envahissant et intrusif de ces manifestations du traumatisme vicariant qui rappellent le TSPT. Ces manifestations accaparent les sphères sensorielle, affective, cognitive et corporelle du psychologue clinicien. Ce dernier se sent plongé dans un univers « autre » que celui auquel il est accoutumé dans le cadre de son travail clinique. De plus, il est mis en évidence dans les résultats de l'étude que certaines de ces manifestations du traumatisme vicariant prennent place en dehors du contexte de la thérapie, dans la vie intime du psychologue clinicien. Howlett et Collins (2014) ainsi que Waegemakers Schiff et Lane (2019) ont relevé que les manifestations du traumatisme vicariant sont généralement conformes à celles du TSPT telles que décrites dans le DSM-5 (APA, 2013). De plus, il ressort de leurs résultats que les manifestations présentes chez l'intervenant sont fréquemment le miroir de celles que manifeste le patient. En ce sens, bien que la similarité des manifestations du traumatisme vicariant et du TSPT ait été relevée dans cette étude, il semble que l'étude actuelle permette d'aller plus loin en ajoutant que le psychologue clinicien peut faire

l'expérience de vécus autres que simplement les manifestations que peut vivre le patient. Ces manifestations qui lui sont propres pourraient le faire plonger dans l'univers du patient et il devient alors imprégné par son vécu traumatique.

Expériences affectives

Peurs vécues par le psychologue clinicien

Par ailleurs, toujours d'après les résultats, face à ses propres manifestations et devant le traumatisme interpersonnel du patient, le psychologue clinicien semble ressentir une forme de peur. L'objet de cette peur n'a toutefois pas été décrit de façon précise dans les résultats. Le psychologue clinicien peut expérimenter des sensations physiologiques typiques de peur, telles qu'une crispation musculaire, une augmentation des fréquences cardiaques ou la présence de frissons glacés. Ces peurs pourraient lui faire ressentir une forme de frayeur de questionner le patient pour le faire détailler son vécu, ou une crainte d'aller plus en profondeur dans ses interventions. Le psychologue clinicien semble avoir l'impression de se rapprocher, en quelque sorte, d'un danger. Effectivement, le corps de celui-ci pourrait s'activer, se préparer, comme c'est le cas dans l'appréhension d'un danger imminent. Il peut pressentir cette menace de danger même lorsqu'il se trouve à l'extérieur de la thérapie, par exemple quand il est à la maison.

Boulanger (2018) écrit à propos du traumatisme vicariant qu'il semblerait que les intervenants qui travaillent avec des patients massivement traumatisés se verraient profondément affectés par l'expérience de leur patient. En ce sens, ces intervenants

pourraient sentir inconsciemment un danger qui serait communiqué par les mots ainsi que par les indices non-verbaux des patients. Bien que cette impression de menace ait été relevée par Boulanger, l'étude actuelle permet d'aller plus loin en soulignant la présence d'une forme d'activation physiologique perçue telle qu'elle se présenterait face à un danger anticipé chez les psychologues cliniciens. Il semble que cette forme de préparation corporelle au traumatisme vécu par le psychologue clinicien soit propre au phénomène du traumatisme vicariant. Cet élément de peur inscrite dans les sensations corporelles ne semble pas avoir été investigué jusqu'à maintenant dans les écrits scientifiques.

Peur de la folie. De plus, dans le cadre du traumatisme vicariant, le psychologue clinicien peut, à l'occasion, ressentir une peur de vivre lui-même une désorganisation ou un effondrement, une sorte de crainte angoissante de sombrer dans la « folie ». Cette peur viscérale pourrait lui faire vivre une remise en question de certains fondements de la réalité. Cet état angoissant semble l'effrayer et le faire se sentir fragilisé. Une agglutination s'installe entre l'expérience du psychologue clinicien et celle du patient. Il y a confusion entre le traumatisme du patient et celui du psychologue clinicien.

Le vécu des cliniciens qui travaillent avec les patients psychotiques est un exemple intéressant de confusion dans les expériences entre le thérapeute et le patient. À ce sujet, Gimenez (2020) a réalisé des observations à partir du vécu d'équipes d'intervenants cliniques en psychiatrie qui n'avaient pas spécifiquement de signes d'un traumatisme vicariant. Selon ses travaux, un intervenant travaillant avec des patients psychotiques, qui

portent profondément en eux une angoisse de morcellement, est exposé à des expériences archaïques et préverbales qui expriment cette angoisse de morcellement. En réponse à cette exposition à des éléments primitifs, cet intervenant pourrait porter en lui-même des mécanismes de protection et des enjeux dynamiques qui appartiendraient au patient, et qui seraient donc eux-mêmes archaïques. Dans certains cas, la régression psychotique du patient pourrait être vécue de façon très violente par l'intervenant, car elle génère une rencontre entre la psyché de l'intervenant et du matériel non-symbolisé, transmis à l'état brut (Söderström, 2009). Ces écrits permettent de mettre en lumière un aspect de l'expérience du psychologue clinicien qui est exposé à des expériences non-symbolisées et archaïques. Il est possible que le traumatisme interpersonnel présent chez le patient, qui génère une charge massive d'affects non-symbolisés, puisse engager chez le psychologue clinicien une expérience similaire à celle vécue avec des patients psychotiques. L'aura de danger perçue par le psychologue clinicien, telle que décrite plus haut, pourrait être éveillée par la rencontre du psychologue clinicien avec du matériel archaïque et non-symbolisé. Il est pressenti, dans les résultats de la présente étude, que le traumatisme interpersonnel vécu par les patients pourrait possiblement rapprocher les psychologues cliniciens d'une forme d'effroi fondamental et primitif, qui entraînerait ces derniers dans la zone peu visitée de la peur du morcellement de la réalité. Le psychologue clinicien pourrait entrer en contact avec une peur primitive qui est évoquée en résonance. Le travail de conscience réflexive du psychologue clinicien, dans un tel contexte, apparaît de départager ce qui lui appartient et ce qui appartient au patient, tout en acceptant de porter une partie de l'expérience de ce dernier pendant un certain temps (Lecomte et al., 2004).

Par l'entremise de cette réflexion novatrice, les résultats de cette étude permettent de faire ressortir des similitudes entre l'expérience vécue par les intervenants auprès des patients psychotiques et celle du traumatisme vicariant du psychologue clinicien qui fait du travail clinique auprès de patients ayant vécu des traumatismes interpersonnels.

Déchirement clinique. Par ailleurs, d'après les résultats, le psychologue clinicien pourrait trouver particulièrement difficile de vivre un déchirement dans certaines situations cliniques vécues avec ses patients qui manifestent un TSPT interpersonnel. Il pourrait sentir à la fois une irritation profonde envers l'attitude résistante du patient qui hésite à parler de sa blessure et une grande terreur de plonger lui-même dans l'univers de l'événement traumatique, en se sentant comme aspiré dans le vécu douloureux du patient.

Dans l'étude de Fucillo (2017), il est également relevé que les intervenants peuvent ressentir de la frustration et de l'irritation envers les patients. Fucillo conçoit ces sentiments négatifs des intervenants envers le patient comme un symptôme du traumatisme vicariant. Les observations de l'étude actuelle vont plutôt dans le sens que ces sentiments d'irritation et de frustration sont plus qu'une simple caractéristique du traumatisme vicariant.

Toujours selon les résultats, le psychologue clinicien peut porter un conflit intérieur, un dilemme qui le fait hésiter à entrer en contact avec l'expérience traumatique du patient. De ce fait, le psychologue clinicien se sent ébranlé quand il perd pied et fait

l'expérience de ne plus savoir comment intervenir et sur quelles bases intérieures se fier pour prendre ses décisions cliniques.

En ce sens, il ressort des écrits que, dans le contexte du traumatisme vicariant, les intervenants peuvent être amenés à partager avec le patient des conseils, des mots de réconfort, des encouragements (Boulanger, 2003, 2007; Fox, 2003). Bien que ces stratégies puissent être conformes à certains plans de traitement, elles sont parfois employées

de manière moins consciente, en ayant la croyance que le patient sera épargné si le psychologue évite de le questionner en détail par rapport à ce qu'il a survécu. Il ne va pas sans dire que, dans ces circonstances, le psychologue clinicien se voit aussi être épargné d'avoir à entendre ces détails douloureux (Boulanger, 2018, p. 63).

Conséquemment, l'intervenant se voit aussi protégé de l'exposition à ces expériences qui pourraient être difficiles à entendre et à contenir. À l'inverse, dans le contexte de la perte des repères cliniques, il est possible que l'intervenant soit amené à tenter d'explorer plus en profondeur le vécu que ce que le patient est capable de tolérer (Boulanger, 2018). Bien que les conséquences de cette perte de repères et que le phénomène d'hésitation clinique soient relevés dans les écrits, la présente étude va plus loin en soulevant que cette expérience de déchirement est particulièrement déconcertante pour le psychologue clinicien. Il est possible que ce déchirement ne soit pas simplement la conséquence d'une confrontation avec une situation clinique complexe. Le nouvel élément mis en lumière par les résultats de la présente étude est le fait que l'expérience du contact avec le vécu traumatique du patient produit un chamboulement particulier de ses

convictions cliniques, un bouleversement qui est vécu intérieurement de façon intense par le psychologue clinicien. Le chamboulement vécu pourrait entraîner le psychologue clinicien à adopter certains comportements qui pourraient possiblement être moins ajustés aux besoins du patient. Ces comportements pourraient induire une certaine distance émotionnelle, qui pourrait être sentie dans la dyade et possiblement perçue par le patient. Il est possible d'imaginer que cette distance puisse conduire à une rupture d'alliance. En effet, la distance perçue pourrait générer une tension chez le patient, qui ressent un tiraillement entre son besoin d'être en lien avec le thérapeute et son désir de s'affirmer et d'exercer son pouvoir sur le déroulement de la thérapie. Cette tension pourrait créer une rupture dans l'alliance thérapeutique (Muran & Safran, 2016). Bien que l'aspect du désaccordage entre les besoins du thérapeute et ceux du patient soit présent dans les écrits sur les ruptures d'alliance, la présente étude permet de mettre de l'avant l'expérience du chamboulement vécu par le psychologue clinicien qui pourrait entraîner ce désaccordage.

Perte de contrôle

D'après les résultats, le psychologue clinicien peut vivre une perte de contrôle qui lui apparaît plus grande et plus insidieuse que celle qu'il vit dans son expérience habituelle lors des suivis de psychothérapie. Il peut sentir qu'il perd prise sur certains aspects cruciaux du cadre. Il pourrait avoir envie de prolonger la rencontre, de briser la confidentialité, de questionner sans réserve. Il peut se sentir envahi au-delà de ce qu'il connaît. Le degré d'intensité du travail clinique particulier qui se fait dans la dyade thérapeutique semble générer chez le psychologue clinicien un sentiment important

d'inadéquation par rapport à comment il aurait souhaité être et comment il aurait espéré se sentir. Il pourrait avoir l'impression d'échouer face à ces attentes, implicites ou explicites, qu'il porte en lui et qu'il peut associer à un représentant de l'autorité, comme un superviseur clinique ou un ordre professionnel.

Dans l'étude de Fucillo (2017), qui a exploré l'expérience des superviseurs d'intervenants présentant un traumatisme vicariant, il a été mis en lumière que les superviseurs considéraient que les supervisés qu'ils encadraient pouvaient ressentir de la honte et être embarrassés de constater à quel point ils étaient eux-mêmes affectés par l'expérience partagée par le patient. Ces intervenants pouvaient porter la crainte d'apparaître faibles et vivre des remises en question quant à leur compétence. Ils pouvaient aussi se sentir ébranlés dans leur identité professionnelle et dans leur capacité d'être de bons psychologues cliniciens. L'étude de Fucillo a mis en évidence que la honte des intervenants semble en relation avec la perception d'un écart important entre leur vécu dans le traumatisme vicariant et ce qu'ils considéraient comme acceptable en termes de compétence professionnelle, particulièrement dans un contexte de supervision. Bien que l'embarras de l'intervenant d'être autant affecté par l'expérience du patient ait été documenté, la présente étude va plus en profondeur dans la description de l'expérience du psychologue clinicien. Elle permet de donner des exemples concrets de ces pertes de contrôle. Ainsi, par exemple, il est ressorti de l'étude que le psychologue clinicien peut se sentir dépassé d'une manière singulière et perdre de vue certains aspects fondamentaux du cadre thérapeutique, comme la gestion du temps des rencontres de thérapie. Il peut

vivre un sentiment de curiosité un peu déplacée, ayant la teinte d'une sorte de voyeurisme. Il peut également vivre des échecs de sa fonction contenante habituelle, par exemple en ressentant une peur viscérale, en devenant obsédé par le cas, en se laisser accaparer par des images envahissantes alors qu'il est à la maison. Il pourrait être décontenancé par ces vécus qui vont à l'encontre de ses valeurs habituellement bien ancrées en tant que professionnel. Le psychologue clinicien peut se sentir tiraillé entre la nécessité de légitimer son expérience et la déception face à ce qu'il considère comme étant du registre de l'acceptable. En ce sens, la présente étude semble pointer vers des enjeux dynamiques qui pourraient indiquer une lutte chez le psychologue clinicien entre les instances du Surmoi et du Moi.

Colère

Selon les résultats, le psychologue clinicien peut ressentir un besoin de faire une forme de bilan intégratif. Il peut aussi éprouver une nécessité de vivre une réparation relationnelle dans la dyade thérapeutique afin de donner un sens à son vécu humiliant ou pour l'aider à réguler son sentiment de honte. Il peut vivre de la colère face à son expérience vécue, car il a l'impression d'avoir été incapable de se réguler alors que cette régulation aurait été attendue. Parfois, une part de colère défensive peut demeurer à l'œuvre quelque temps et être dirigée envers ses patients. Il peut arriver au psychologue clinicien de tenter de prendre du recul par rapport à cette colère en travaillant à l'acceptation de ses difficultés.

Dans la même ligne d'idées, Sedlak (2019), en écrivant au sujet du développement émotionnel du psychologue sans se pencher sur le traumatisme vicariant, met de l'avant que les intervenants sont inconsciemment poussés par une aspiration à répondre aux divers idéaux créés par leur Moi. Un de ces idéaux consiste pour Sedlak en la pression d'être de façon constante un médium réparateur par l'intermédiaire de la pratique de la psychothérapie. Devant des difficultés qu'il éprouve à « réparer » un patient, à le faire progresser, l'intervenant pourrait développer de la colère ou de la frustration et être porté à projeter sur le patient sa propre impression d'incompétence (O'Connor, 2021). Cette colère dirigée envers les patients a été documentée dans le cadre plus général de la thérapie. La présente étude permet de mettre en lumière que celle-ci peut également être liée à une humiliation vécue non pas face à l'absence de progrès du patient, mais face au sentiment d'incompétence du psychologue clinicien issu de l'échec de sa régulation affective dans la relation avec le patient traumatisé. Dans la présente étude, il a été observé que le psychologue clinicien peut, par moments, réussir à donner un sens à cette charge affective. Ce sens trouvé peut évoquer l'idée de la résilience vicariante, qui est définie comme l'impact positif et la croissance personnelle que les psychologues cliniciens peuvent vivre au contact de la résilience de leurs clients (Hernandez-Wolfe, 2018). Toutefois, ce concept réfère au développement d'une perspective nouvelle sur la propre vie et les traumatismes personnels du psychologue clinicien (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2010), et non pas au sens fait du contenu traumatique vécu dans la relation thérapeutique. Il est toutefois possible que la résilience vicariante et le traumatisme vicariant soient présents de manière simultanée (Demchak-Buotte, 2022).

Bien que les résultats n'élaborent pas davantage sur les circonstances qui permettent cette mise en sens de la colère, il est intéressant de réfléchir à la nécessité du psychologue clinicien d'adopter une posture d'humilité. Dans le modèle intersubjectif du traitement du traumatisme de Carr (2011), la honte occupe une place centrale, et ce, autant pour le patient que pour le thérapeute. Carr réfléchit qu'un thérapeute peut ressentir de la honte face à sa difficulté d'entendre les détails du vécu du patient, mais aussi en lien avec sa propre difficulté à être en accordage avec le patient. Toutefois, Carr stipule que le thérapeute doit se responsabiliser face à ces difficultés, en se plaçant dans une posture humble d'acceptation empathique, dans le but d'éviter que le patient en paie le prix. Il semble y avoir une nuance entre le modèle de Carr et les résultats de la présente étude. En effet, dans le modèle de Carr, l'humilité est considérée comme une prédisposition essentielle au bon déroulement du traitement, alors que, dans la présente étude, l'humilité est présentée comme le résultat d'une évolution dans l'autorégulation du psychologue clinicien qui s'est vu confronté à sa propre limite. Cette idée se rapproche de la conception de Orange (2008). Selon elle, une véritable rencontre entre le psychologue et le patient ne peut se faire sans l'acceptation d'une vulnérabilité mutuelle. Bien que les observations de la présente étude aillent dans le même sens, sa réflexion s'est orientée autour de la posture d'humilité du psychologue clinicien et non pas autour de l'aspect de la vulnérabilité réciproque en tant qu'attribut de la dyade.

Ainsi se conclut la première sous-section de la discussion où les résultats associés au déploiement de l'expérience subjective du traumatisme vicariant ont été interprétés en

les mettant en lien avec les écrits scientifiques actuels, en suivant la structure du récit du vécu du psychologue clinicien. Ce premier niveau d'intégration a permis de préciser la nature du traumatisme vicariant en tant qu'expérience intime du psychologue clinicien, dans son intensité et son caractère envahissant. De plus, des précisions ont été apportées en regard du vécu affectif du psychologue clinicien, particulièrement en ce qui a trait aux émotions déconcertantes liées au traumatisme vicariant. Ce niveau d'intégration a aussi permis de comparer le traumatisme vicariant du psychologue clinicien au traumatisme vécu par les patients, notamment en identifiant que les deux types de traumatismes partagent des symptômes similaires ainsi qu'une impression d'un avant et d'un après. De plus, cette intégration a permis de constater la présence de chevauchement des manifestations du traumatisme vicariant dans la vie professionnelle et personnelle du psychologue clinicien.

Modèle intégrateur comparé à l'identification projective selon Schore

Dans cette seconde sous-section, le modèle de l'identification projective selon Schore (2003) sera présenté. Ensuite, les éléments similaires entre ce modèle et le modèle intégrateur de la présente étude seront explicités. Finalement, les différences entre les deux modèles seront explorées en détail et discutées. Entre autres, parmi ces différences se trouvent des éléments qui concernent les spécificités propres à l'univers du traumatisme vicariant, aux représentations de soi et de l'identité, à la honte et au partage de l'expérience traumatique. Ces quatre facettes regroupent les distinctions novatrices qui sont propres au modèle intégrateur.

L'identification projective selon Schore

Schore (2003) a élaboré un modèle conceptuel pour représenter le processus complexe du mécanisme de défense de l'identification projective. Ce modèle a d'abord été choisi comme comparatif, car c'est un modèle récent qui intègre les discussions sur l'évolution du concept de l'identification projective. De plus, c'est un modèle particulièrement complet, qui tient compte à la fois de l'expérience du psychologue clinicien et de l'expérience du patient, dans le cadre d'une perspective relationnelle. Il est souhaité, en comparant le modèle de Schore et le modèle intégrateur de la présente étude, qu'une réflexion fructueuse permette de décrire sous un autre angle la réflexion émergeant des résultats obtenus.

Les principaux éléments de ce modèle seront maintenant résumés, sans y ajouter les aspects neuropsychologiques introduits par Schore, puisque l'aspect physiologique n'a pas été exploré dans la présente étude. Schore émet le postulat que les nourrissons qui vivent des affects menaçants ou qui sont exposés à des contextes traumatisants ont besoin de faire un processus de régulation interactive avec leurs proches. Lorsque ce processus ne se déroule pas adéquatement, les affects des nourrissons ne sont pas symbolisés et ces derniers s'en dissocient par un mécanisme de retournement vers leur monde interne. Ce mouvement peut s'ancrer dans la psyché lorsqu'il y a inadéquation entre l'intensité des affects, le besoin de régulation et la réponse de l'autre. De la même façon, en thérapie, il est souhaitable que le thérapeute puisse réguler ses états négatifs afin de demeurer disponible pour agir en tant que régulateur interactif des affects du patient. Lorsque le

thérapeute ne parvient pas à tenir ce rôle, le patient peut vivre une répétition de son histoire traumatique précoce et se retourner involontairement vers un état d'inhibition. Le cas échéant, le patient peut se dissocier de ses affects en se maintenant dans un état d'inhibition émotionnelle intense. Dans cet état régressif, il n'exprime plus ouvertement l'émotion désorganisée alors que le thérapeute, non dissocié et en résonance, continue d'éprouver subjectivement l'état négatif de façon amplifiée (Schore).

Similitudes entre le modèle de Schore et le modèle intégrateur du traumatisme vicariant

Il est possible d'observer certaines similitudes entre le modèle conceptuel de l'identification projective de Schore et le modèle intégrateur du traumatisme vicariant issu de la présente étude. D'abord, dans les deux modèles, les mécanismes qui sont décrits peuvent être perçus comme une forme de communication inconsciente. Schore explique comment les affects peuvent être communiqués « d'un cerveau à l'autre » de manière non-verbale et inconsciente. Le modèle intégrateur de l'étude actuelle fait également allusion à cette communication non-conscientisée qui est évoquée par le psychologue clinicien, qui se sent comme étant le récepteur des affects dissociés des patients. Ces observations vont dans le même sens que le concept de communication primitive décrit par McDougall (1993, 2018). Elle décrit que le patient peut communiquer avec le psychologue clinicien ses expériences plus archaïques d'une manière primitive, non-verbale et non-symbolisée. Également, dans le modèle de Schore et dans le modèle intégrateur de cette étude, il est question d'affects traumatisants dissociés et indicibles. Schore conçoit que, lors d'un traumatisme archaïque dans lequel le nourrisson vit des affects trop intenses, ce dernier

ne parvient pas à se réguler et à symboliser avec un autre qui le soutient adéquatement. En ce sens, Schore conceptualise que ces affects ne peuvent qu'être communiqués de cette manière primitive car ils ont été « encodés » dans des conditions traumatiques. De même, dans le modèle intégrateur de cette étude, le psychologue clinicien peut être confronté à des affects intenses, non-symbolisés de ses patients, qui sont issus de situations traumatiques dans lesquelles il n'y a pas eu de régulation relationnelle. Dans ces cas, il semble que la relation initiale ait été traumatisante, entre autres parce que cette relation elle-même a été utilisée afin de faire violence au patient.

Les deux modèles décrivent le mécanisme par lequel un patient peut se dissocier de ses affects, n'étant plus en contact avec son émotion désorganisante, alors que le thérapeute continue de sentir cette émotion en résonance. En quelque sorte, il pourrait être conclu que le thérapeute est plus souffrant que son patient pendant un certain temps (Ogden, 1979, 1992, 2019). Aussi, l'étape d'une variation dans l'intensité des affects ressentis, suivie par une phase de désorganisation dans la dyade, sont décrites dans les deux modèles. Schore parle de *crescendi* dans les affects, qui peuvent mener à un désaccordage déplaisant du champ intersubjectif de la dyade thérapeute-patient. Le présent modèle intégrateur décrit une première phase prodrome de vibration en accordage avec le vécu du patient, qui est suivie par une phase de perturbation qui témoigne d'un décalage relationnel. Finalement, les deux modèles proposent que les représentations de soi ou des autres qui prévalent peuvent avoir une incidence importante sur l'expression des affects pendant la thérapie. Schore décrit que les patients peuvent vivre une répétition

de leur histoire précoce dans laquelle ils régressent vers la relation d'objet d'un soi dysrégulé en interaction avec un objet mésadapté, une dynamique rejouée qui précipite la mise en place du mécanisme d'identification projective. Le modèle intégrateur de cette étude conçoit que les représentations de soi du psychologue clinicien exercent une influence importante sur sa prédisposition à recevoir les affects des patients et sur la signification qu'il peut leur donner.

Distinctions entre le modèle de Schore et le modèle intégrateur du traumatisme vicariant

Spécificités de l'univers du traumatisme vicariant

Par ailleurs, le modèle intégrateur de l'étude actuelle se distingue des travaux de Schore à plusieurs égards. Ces distinctions sont maintenant présentées. D'abord, le modèle intégrateur de cette étude s'intéresse à des vécus traumatiques qui sont contemporains. Évidemment, il est fort possible que les patients aient vécu des traumatismes interpersonnels archaïques ayant potentiellement ancré des mécanismes d'inhibition ou de dissociation des affects trop intenses. Toutefois, l'objet de l'étude actuelle portait sur des événements traumatisants ayant eu lieu dans un contexte relationnel à l'âge adulte. En ce sens, la nature du vécu du traumatisme vicariant se distingue du mécanisme de l'identification projective tel que décrit par Schore. Le modèle intégrateur de cette étude conçoit que le psychologue clinicien est happé dans un univers teinté des particularités du traumatisme interpersonnel vécu ainsi que des affects dissociés de ses patients. En ce sens, le modèle intégrateur de l'étude permet de mettre en lumière que le psychologue clinicien partage l'expérience du patient, qu'il semble le rejoindre dans un espace où les frontières

entre sa propre expérience et celle du patient sont poreuses. Lorsqu'il se trouve dans cet espace, dans la phase de perturbation traumatique, le psychologue clinicien se sent contaminé et n'arrive pas à prendre suffisamment de distance pour trouver les mots qui expliqueraient son vécu. En ce sens, le traumatisme commence à exister dans la relation thérapeutique et prend de plus en plus de place dans la psyché du psychologue clinicien, pour finalement s'imposer jusque dans sa vie intime. Cet aspect particulier va dans le même sens que la réflexion sur le champ intersubjectif abordée par Gerson (2009), qui a écrit sur le travail fait avec les victimes de l'Holocauste en faisant ressortir le fait que l'espace traumatisé devient commun. Selon Gerson, après l'exposition à un traumatisme psychique massif, le champ intersubjectif peut devenir infertile et compromis. En d'autres mots, ce champ commun devient un espace « mort », qui n'a plus de contact avec l'imagination qui permettrait de mettre en mots les éléments qui ne sont pas symbolisés. Un aspect crucial du traitement du traumatisme reviendrait, selon lui, à ce que le psychologue clinicien garde suffisamment le contact avec son imagination pour pouvoir mettre en sens une expérience qui se vit au-delà des mots. Delisle (2007) apporte une réflexion qui va dans le même sens que ce propos. Il stipule que la désorganisation du champ intersubjectif répond à un besoin de survie affective, dans un processus qui « à la fois anime et paralyse la relation thérapeutique, qui la rend parfois paradoxalement suractivée et désespérée » (p. 123). Le modèle intégrateur de l'étude actuelle va dans le même sens que ces réflexions, en précisant certains aspects. En effet, le modèle décrit un espace dans lequel le psychologue clinicien est très activé et mobilisé, mais aussi où il se

sent prisonnier et immobilisé dans une expérience qui n'est pas toujours entièrement la sienne.

De plus, il est question dans le modèle d'une forme de hiérarchisation de cette contamination vécue par le psychologue clinicien, qui s'organise en trois zones considérées comme des espaces partagés. En effet, ces zones seraient attachées au vécu du patient, soit une zone d'accueil intentionnel, une zone d'intermédiaire traumatisé et une zone identifiée comme l'univers du trauma. Le psychologue clinicien traverse tour à tour ces zones, en plongeant progressivement de plus en plus près de l'expérience du patient. Ainsi, en fonction des couches de contamination qu'il traverse, le psychologue clinicien est plus ou moins plongé dans un espace partagé issu de l'expérience traumatique du patient. Ainsi, le psychologue clinicien pourrait éprouver une impression de bascule ou de perte de contrôle comme s'il quittait son expérience personnelle et individuelle, en particulier lors du passage à la zone de l'intermédiaire traumatisé. Le psychologue clinicien peut se sentir emporté dans la tourmente propre à l'univers du traumatisme interpersonnel. À ce moment, il expérimente des manifestations plus typiques du traumatisme vicariant qui ont été décrites et discutées plus haut. Schore évoque que le thérapeute peut vivre un désaccordage avec son patient et qu'il peut recevoir des affects dissociés qui sont déposés en lui, mais il ne décrit pas l'expérience intérieure du thérapeute. Une contribution singulière du modèle intégrateur du traumatisme vicariant est qu'il semble décrire en profondeur l'expérience et les possibles nuances du vécu intime du psychologue clinicien lorsqu'il vit le traumatisme vicariant.

Représentations de soi et identité

Ensuite, bien qu'il ait été mentionné plus haut que les deux modèles évoquent que les représentations de soi ou des autres peuvent influencer l'intensité de l'expérience vécue, des distinctions sont aussi présentes à ce niveau. Le modèle intégrateur de la présente étude conceptualise diverses déclinaisons de représentations de soi du psychologue clinicien. Plus précisément, ce modèle permet de mettre en lumière comment le psychologue clinicien peut porter en lui-même une forme de représentation de ce qu'il est comme clinicien et entretenir un idéal thérapeutique souhaitable. Certaines conceptions de son identité de clinicien sont basées sur ses expériences cliniques antérieures. Cette image construite du soi-thérapeute influence la posture initiale d'accueil avec le patient. Skovholt et Rønnestad (2003) ont largement étudié le développement du psychologue, notamment sous l'angle de l'identité professionnelle. Ils ont remarqué que les psychologues peuvent associer étroitement leur sentiment de valeur personnelle et professionnelle avec la perception de la performance qu'ils s'imposent dans le contexte de la thérapie. Ces auteurs décrivent que les psychologues porteraient également des attentes idéalisées et utopiques de ce que devrait être la thérapie. Cette identité professionnelle contraignante faiblirait au fil des expériences et du temps. Éventuellement, des visées réalistes viendraient remplacer les perceptions idéalisées de leur profession. Bien que la construction de l'identité thérapeutique ait été explorée par Skovholt et Rønnestad, le modèle intégrateur y apporte un éclairage novateur en mettant en lumière que ce processus se retrouve également dans l'expérience subjective du traumatisme vicariant, observation qui ne semble pas avoir été documentée jusqu'à présent. En effet,

le modèle intégrateur propose qu'il existe une forme de relation entre les représentations de soi, l'idéal thérapeutique et les interdits surmoïques. L'étude met en lumière que le processus itératif de la construction de l'identité thérapeutique semble à la fois influencé par le vécu du traumatisme vicariant et en même temps contaminer la perception de cette même expérience. Il semblerait que l'expérience du traumatisme vicariant puisse conduire à l'assouplissement des attentes idéalisées et contraignantes, en entraînant une conception plus réaliste des représentations de soi en tant que clinicien.

Parcours de la honte

Le modèle intégrateur se distingue du modèle conceptuel de Schore car il permet de constater que le psychologue clinicien semble vivre une blessure subjective en lien avec la déception de ne pas atteindre cet idéal thérapeutique, désillusion vécue comme une forme de honte. Schore a évoqué cet enjeu brièvement, en indiquant que le thérapeute se doit d'autoréguler ses états négatifs pour demeurer capable d'agir en tant que régulateur interactif des affects pour le patient, impliquant ainsi que le thérapeute doit contenir son besoin de se sentir performant et apprécié par le patient. Schore n'a toutefois pas élaboré plus en détail au sujet de la blessure vécue par le thérapeute. Le modèle intégrateur souligne la présence d'aspects vécus comme inacceptables dans l'expérience du psychologue clinicien, quand ce dernier dévie de ce qu'il conçoit comme le domaine du souhaitable et de l'acceptable dans son identité thérapeutique. Les résultats de la présente étude font ressortir que l'image de soi en tant que psychologue clinicien peut être blessée. Il semble que cette blessure humiliante qu'il vit ne soit pas facile à accepter et à intégrer,

possiblement parce que l'écart entre ce qu'il a vécu dans le cadre du traumatisme vicariant et ce qu'il considère comme souhaitable est perçu comme trop grand. Les résultats de la présente étude permettent de faire l'hypothèse que cette blessure infligée au moi du psychologue clinicien conduit à une forme de transformation de la représentation de soi, qui semble particulière dans le cas du traumatisme vicariant et qui semble se distinguer du vécu propre à l'identification projective au sens large. Effectivement, le psychologue clinicien semble vivre une forme de transformation intérieure issue de l'intégration de son vécu par l'entremise du filtre de son image construite de soi-thérapeute. Il y a un avant et un après le traumatisme vicariant. Il tente alors de se représenter subjectivement l'impact de son vécu sur la dyade thérapeutique et exprime que son expérience diffère, par sa nature ou son intensité, de toutes celles qu'il a connues dans un contexte clinique.

Cette tentative de représentation va dans le même sens que les réflexions de Saakvitne (2002), qui documente une transformation intérieure négative de la perception de leur expérience chez les intervenants qui vivent des traumatismes vicariants. Il rapporte que ceux-ci perçoivent négativement leurs décisions cliniques et observent un changement stable dans leur disposition à l'égard du patient et de son vécu traumatique. Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom et Gangsei (2014) ont observé que les intervenants qui travaillent avec des victimes de traumatismes interpersonnels sont transformés par leur expérience complexe de la thérapie avec ces patients. Selon eux, cette transformation peut devenir positive s'ils parviennent à accorder un sens à celle-ci, mais elle sera forcément souffrante. Bien que cette transformation ait été relevée, le modèle intégrateur va plus loin

que ces études en conceptualisant certains cadres de référence autour de ce processus. Les études présentées se sont principalement centrées sur les conséquences cliniques et les effets de cette transformation. L'étude actuelle permet de décrire des processus identitaires dynamiques qui semblent sous-tendre cette transformation et qui permettent de voir celle-ci comme la résultante de la mise en sens de l'expérience du traumatisme vicariant. L'étude permet de conceptualiser cette transformation comme faisant partie intégrante d'un contexte clinique relationnel et complexe, en se basant sur des observations empiriques.

Partage de l'expérience traumatique

Finalement, une différence notable entre la conception de l'identification projective selon Schore et le modèle intégrateur de la présente étude se situe en regard de la notion du partage simultané et commun de l'expérience traumatique. Schore présente une différenciation entre le mécanisme d'identification projective qu'il qualifie d'adaptatif et celui qu'il connote de défensif. Il conçoit que, si le thérapeute accepte de recevoir les aspects clivés du patient et qu'il les reconnaît en lui, l'identification projective sera productive et une expérience émotionnelle correctrice en ressortira. À l'inverse, si la dyade ne parvient pas à symboliser les enjeux émergeant dans le cadre du mécanisme de l'identification projective car le thérapeute ne peut concevoir de porter les aspects clivés, celle-ci devient alors défensive, ce qui peut mener à une escalade de désaccordage dans la dyade. De ce fait, le patient pourrait mettre de plus en plus de pression afin d'obtenir une forme de régulation interactive. À ce moment, le thérapeute tend vers la reconnaissance

de son refus de prendre le transfert négatif pour éviter de déposer dans le patient ses états internes.

En ce sens, comme présenté dans le contexte théorique, Sandler (1987, 2019), qui définit l'identification projective comme une expérience collective, flexible et difficile à préciser, évoque également la nécessité d'un transfert du contenu clivé entre les membres de la dyade. Selon sa conception, l'identification projective implique nécessairement une projection en dehors de soi de quelque chose qui devrait être vécu à l'intérieur de soi, dans le but de s'identifier au vécu de la personne qui reçoit la projection des éléments clivés. Pour que l'identification ait lieu, le récepteur de la projection doit être transformé, ébranlé par le contenu insupportable et qui est clivé, mais il doit y survivre. Roussillon (2009) a exploré cette nécessité que le thérapeute soit « détruit », c'est-à-dire qu'il soit ébranlé au plus profond de lui-même, mais qu'il y survive, tout en étant transformé dans la relation avec son patient. Il réfléchit que :

les processus relevant de la question de la survivance de l'objet sont à l'œuvre toutes les fois que le sujet a besoin de mettre à l'épreuve l'objet, le monde ou un aspect de ceux-ci. [...] La psyché ne s'est pas construite « seule », elle s'est construite au sein de rencontres, d'échanges avec les objets qui sont aussi d'autres sujets et ont eu leur mode de réponse propre... (p. 63).

Pour Ogden (1979, 1992, 2019), l'identification projective est composée de trois éléments. D'abord, le patient porte une fantaisie de se débarrasser d'une partie non-désirée de lui-même et il la projette sur l'aidant d'une façon contrôlante. Ensuite, dans une interaction interpersonnelle, des affects congruents avec la fantaisie projective du patient

sont induits chez l'aidant. Finalement, ce dernier fait du sens avec la projection, puis le patient ré-internalise cette projection métabolisée. Ces définitions classiques de l'identification projective, ainsi que celle de Schore, partagent un aspect commun. Selon ce qu'elles présentent, il semble y avoir des aspects clivés qui sont déposés dans la psyché de l'intervenant, que celui-ci doit reconnaître et contenir pour permettre ensuite la réappropriation de ceux-ci par le patient. Il s'agit d'un échange d'une expérience qui est vécue par chacun à tour de rôle.

L'étude actuelle permet de mettre en évidence que certains mécanismes à l'œuvre dans l'identification projective semblent se retrouver dans le phénomène du traumatisme vicariant, notamment en ce qui a trait à la communication inconsciente de matériel non-symbolisé et dans la nécessité que le psychologue clinicien expérimente avec sa subjectivité une partie du vécu du patient. Toutefois, malgré ces similarités, le traumatisme vicariant et l'identification projective sont deux mécanismes distincts qui possèdent leurs propres spécificités. Le modèle intégrateur de l'étude met de l'avant que le psychologue clinicien qui vit un traumatisme vicariant va plutôt rejoindre le patient dans son expérience et dans son monde non-symbolisé. Il partage avec lui un vécu qui est porté par les deux membres de la dyade dans laquelle tous deux sont hantés par le traumatisme interpersonnel. Pour cette raison, la mise en sens s'enrichirait des mouvements présents dans ce partage de l'expérience, la réussite et l'échec de la symbolisation, le contact avec les affects et la dissociation, l'arrimage et le désaccordage. Sans le jeu de ces mouvements, il semble que la mise en sens de l'expérience traumatique

du patient ne pourrait pas avoir lieu. Certains écrits portant sur les ruptures d'alliance thérapeutique et leur résolution évoquent une réflexion similaire. En effet, selon Drouin (2014), la construction de l'alliance thérapeutique, entre autres ses ruptures ainsi que ses réparations, composent l'essence même du processus thérapeutique. Drouin évoque que les mouvements de l'alliance traduisent le cœur des difficultés relationnelles qui amènent les patients à consulter. De manière similaire, l'étude actuelle a permis de mettre en lumière que le traumatisme vicariant entraîne la dyade thérapeutique dans le partage d'une expérience qui ne peut pas être réellement communiquée autrement. Ces mouvements de va-et-vient entre l'accordage et le désaccordage avec leurs proches sont au cœur de la souffrance des gens qui ont vécu des traumatismes relationnels.

En ce sens, Boulanger (2018) évoque l'importance de rejoindre le patient tout en restant séparé de lui, de se mouvoir ainsi entre la proximité au travers de l'affect partagé et la distance plus cognitive à différents moments de la thérapie selon la capacité du patient traumatisé à être en contact avec son expérience. Elle considère que le fait de connaître l'expérience de l'autre de l'intérieur, dans les moments les plus intenses du traumatisme vicariant, est capital à la réussite du traitement. Dans le modèle intégrateur, c'est plutôt l'intégration qui sera faite de ces mouvements par le psychologue clinicien qui déterminera leur caractère adaptatif ou défensif. Le psychologue « égratigné », comme il est décrit plus haut, aurait à dépasser cette blessure de son idéal afin de retrouver son patient. Le psychologue clinicien qui n'y parviendrait pas pourrait éprouver des difficultés à reconnecter avec le patient dans cette phase des retrouvailles. L'étude n'a toutefois pas

permis de décrire comment évolue la relation thérapeutique si les retrouvailles n'ont pas lieu, puisque les questions de l'entretien d'explicitation ne se rendaient pas jusqu'à ce moment. Schore met en évidence l'importance de la reconnexion et de la reconnaissance d'une expérience partagée. En amenant des aspects de son expérience interne ou en faisant une mise en acte partielle de son expérience, le thérapeute pourrait permettre une expérience émotionnelle correctrice. Cependant, le modèle intégrateur de l'étude actuelle laisse en suspens l'issue de l'expérience émotionnelle correctrice vécue dans la dyade. En effet, il n'inclut pas dans sa réflexion cette partie de l'intervention thérapeutique puisqu'elle n'a pas fait l'objet de l'étude. Plutôt, le modèle intégrateur décrit comment le thérapeute peut retrouver une disponibilité à interagir et à résonner, mettant en évidence que ce dernier est en contact avec les ressources intérieures nécessaires pour rejoindre son patient. Il évoque également la possibilité que cette expérience correctrice n'ait peut-être pas réellement lieu en une seule occurrence, mais plutôt dans un processus itératif caractérisé par des mouvements d'approche et de recul par les membres de la dyade.

La sous-section de la discussion portant sur l'interprétation des résultats en lien avec les écrits scientifiques actuels se termine maintenant. Ce deuxième niveau d'intégration a permis d'identifier les similitudes et les différences principales entre le mécanisme de l'identification projective et le phénomène du traumatisme vicariant. Entre autres, ce niveau d'intégration a permis d'identifier la présence, dans les deux modèles, d'une partie de l'expérience du patient qui est clivée et déposée dans la psyché du psychologue clinicien au moyen d'une communication non-verbale et inconsciente. Une

autre similarité concerne la nécessité que le psychologue clinicien symbolise cette expérience afin que le patient puisse la métaboliser à son tour. Sur le plan des différences, ce niveau d'intégration a permis de préciser que le traumatisme vicariant se déroule dans un cadre unique, lié à l'expérience traumatisante, et qu'il implique une transformation des idéaux identitaires et professionnels du psychologue clinicien. L'ensemble de cette réflexion a permis de décrire les dynamiques évolutives qui sont propres au traumatisme vicariant, qui se caractérise par une transformation se déroulant de façon itérative.

Résultats discutés en lien avec les objectifs

Dans cette sous-section, les éléments présentés dans les premières sous-sections de la discussion seront mis en relation avec les objectifs de l'étude. Cette étude a permis de déterminer que l'objectif général ainsi que les sous-objectifs étaient globalement pertinents en lien avec les données recueillies. Chacun des sous-objectifs sera repris individuellement dans cet ordre en y apportant un éclairage empirique basé sur les résultats de l'étude.

L'objectif général de l'étude était d'explorer et de décrire l'expérience et le processus de mise en sens du traumatisme vicariant chez le psychologue clinicien selon une perspective intersubjective. Le premier sous-objectif était de décrire et d'explorer l'expérience subjective du psychologue clinicien du déploiement du traumatisme vicariant lors de la rencontre avec le vécu traumatique du patient. Le second sous-objectif était de décrire et d'explorer la nature et l'expérience subjective, affective et cognitive des

manifestations du traumatisme vicariant dans la vie personnelle du psychologue clinicien. Le troisième sous-objectif était de décrire et d'explorer le processus dynamique que le psychologue clinicien parcourt afin de faire la mise en sens de son expérience du traumatisme vicariant. Finalement, le quatrième et dernier sous-objectif était de décrire et d'explorer la fonction signifiante et réparatrice du traumatisme vicariant ainsi que son influence sur la dyade thérapeutique dans une perspective intersubjective.

Premier sous-objectif : rencontre avec le vécu traumatique

D'abord, le premier sous-objectif était de décrire le vécu subjectif du psychologue clinicien en lien avec son expérience du traumatisme vicariant dans la rencontre avec le vécu traumatique du patient. Il apparaît que les résultats de la présente étude soutiennent l'assomption que le traumatisme vicariant est un phénomène qui peut effectivement se déployer chez le psychologue clinicien dans le contexte du traitement d'un TSPT interpersonnel conduit selon une approche intersubjective. En effet, il a été discuté précédemment que le psychologue clinicien peut manifester des réactions qui sont de l'ordre du traumatisme vicariant, en réverbération au vécu du patient, mais aussi en réponse à ses propres émotions inconfortables et à ses réflexions correspondantes. Le psychologue clinicien qui est aux prises avec les manifestations du traumatisme vicariant pourrait tenter de s'autoréguler et de maintenir sa posture thérapeutique, malgré l'intensité des affects et des remises en question qu'il porte en lui. En somme, il semble que le psychologue clinicien puisse vivre la rencontre avec le vécu traumatique du patient comme une forme d'expérience traumatisante, à intensité variable, qui peut l'affecter tant

aux niveaux affectif, cognitif et physiologique qu'au niveau de son jugement et de ses décisions cliniques.

Second sous-objectif : expérience des manifestations du traumatisme vicariant

Le deuxième sous-objectif de l'étude était de décrire et d'explorer l'expérience affective, sensorielle et cognitive du psychologue clinicien des manifestations du traumatisme vicariant dans sa vie personnelle. En lien avec ce sous-objectif, la discussion a fait ressortir que le psychologue clinicien semble vivre le traumatisme vicariant sur deux plans qui peuvent alterner. Au premier plan, le psychologue clinicien peut faire l'expérience immédiate, dans l'ici et maintenant, de manifestations affectives, somatiques et cognitives du traumatisme vicariant. Au second plan, il peut réfléchir à ces manifestations par l'entremise d'une forme de conscience réactive, c'est-à-dire en ayant une perception conscientisée de l'expérience immédiate. De plus, la discussion a mis en lumière que le traumatisme vicariant du psychologue clinicien peut le faire entrer dans un monde singulier, qui ressemble à l'expérience typique du TSPT vécu par les patients. La nature du traumatisme vicariant vécu par le psychologue clinicien semble différente de celle d'un contre-transfert tel qu'habituellement vécu dans le cadre de la thérapie, notamment en regard de l'intensité, mais aussi à cause de la nature de la réaction suscitée en réponse au contenu rapporté par le patient et aux perturbations vécues. En ce sens, le psychologue clinicien peut faire l'expérience inhabituelle d'affects d'une intensité particulière. Il peut également vivre une immersion dans l'univers du traumatisme interpersonnel, qui suit une forme de hiérarchisation de l'intensité de l'expérience. Cette

expérience puissante semble similaire à celle des patients qui ont vécu des traumatismes interpersonnels. Le psychologue clinicien pourrait se sentir sidéré de faire cette expérience particulière d'une intensité unique. En somme, l'expérience subjective, affective et cognitive que le psychologue clinicien peut vivre à la rencontre du vécu traumatique du patient semble s'inscrire dans une forme de traumatisme interpersonnel vécu en parallèle au sein de la dyade thérapeutique.

Troisième sous-objectif : mise en sens

Le troisième sous-objectif était de décrire et d'explorer le processus dynamique que le psychologue clinicien parcourt afin de faire la mise en sens de son expérience du traumatisme vicariant. Il est ressorti des éléments discutés jusqu'à présent que le psychologue clinicien pourrait vivre de la culpabilité et de la honte reliées au fait de se sentir perturbé avec une intensité inhabituelle et dans des zones peu ou pas explorées auparavant. De plus, il peut vivre de la colère et la diriger vers le patient. L'expérience de cette colère fait à son tour vivre des émotions et cognitions inusitées au psychologue clinicien. Il peut chercher alors à apprivoiser sa capacité de vivre et de contenir la honte qu'il ressent en lien avec ces réactions inhabituelles. Entre autres, une attitude d'humilité pourrait lui permettre de prendre suffisamment de recul pour qu'il laisse une forme de transformation intérieure prendre place. En somme, dans un processus parallèle à celui du patient qui met en sens son traumatisme, le psychologue clinicien semble faire un processus d'intégration qui lui permet d'accepter et d'intégrer certains changements intérieurs. Entre autres, il peut faire face à certaines pertes, au niveau de son identité de

thérapeute et de son rapport à certaines dimensions de son expérience du suivi thérapeutique.

Quatrième sous-objectif : fonction du traumatisme vicariant et son influence sur la dyade

Le quatrième sous-objectif était d'explorer la fonction signifiante et réparatrice du traumatisme vicariant ainsi que son influence sur la dyade thérapeutique dans une perspective intersubjective. À ce propos, la discussion de cette étude a permis de mettre en lumière que le psychologue clinicien ne semble pas nécessairement vivre de résolution de son traumatisme vicariant avec le patient, et que ce dernier ne semble pas non plus vivre ce qu'on pourrait qualifier de résolution de son état traumatisé dans la dyade. Bien que ce quatrième sous-objectif n'ait pas été confirmé en regard de la fonction réparatrice du traumatisme, il semble se dégager un autre type de fonction signifiante. D'abord, il apparaît que le traumatisme vicariant peut instiguer chez le psychologue clinicien et le patient un mouvement d'intégration et de mise en sens de leur propre traumatisme. Le processus de la thérapie intersubjective dans le contexte d'un traumatisme interpersonnel serait composé de mouvements inévitables de rapprochements et de distanciations, de vécus supportables et insupportables. Il ressort aussi de l'étude que l'intégration de l'expérience du traumatisme vicariant peut soutenir le psychologue clinicien dans l'acceptation de la perte de certains de ses idéaux identitaires et professionnels. Également, il ressort que ces mouvements, conjugués avec le processus d'acceptation des pertes, pourrait créer une expérience partagée et une rencontre véritable dans la dyade thérapeutique. Dans cette expérience relationnelle, il a été présagé que pourrait se faire

l'intégration de la nouvelle réalité, dans l'après du traumatisme pour le patient, et dans l'après du traumatisme vicariant pour le psychologue clinicien.

Ainsi se conclut cette sous-section de la discussion qui portait sur l'interprétation des résultats en regard des écrits scientifiques et des objectifs. Ce troisième niveau d'intégration a permis de constater que les trois premiers sous-objectifs ont été validés par les résultats obtenus. Quant au quatrième sous-objectif, celui-ci a été partiellement vérifié. En effet, les résultats ont montré que le traumatisme vicariant semble occuper une fonction intégrative plutôt qu'une fonction réparatrice, à la fois pour le psychologue clinicien et, de façon présagée, pour le patient.

Appréciation critique de l'étude

Cette sous-section portera sur l'analyse des forces et des limites de l'étude, sur sa pertinence, ses retombées et sur les possibilités d'études futures qui sont à envisager.

Forces de l'étude

L'une des forces de cette étude réside dans le fait d'avoir fait des choix cohérents avec les objectifs au point de vue de la méthodologie. Dans le cadre d'une posture phénoménologique, les choix d'un devis qualitatif, d'entrevues semi-structurées menées selon la technique de l'entretien d'explicitation comme méthode de collecte de données et d'une analyse de contenu selon un angle inductif inspirée de la théorisation ancrée ont permis de décrire en profondeur l'expérience de chaque participant. Les données obtenues

ont permis de faire ressortir la riche complexité du vécu du traumatisme vicariant, tant dans le vécu individuel du psychologue clinicien que dans son expérience de la dyade thérapeutique. Très peu d'études empiriques ont observé spécifiquement les divers aspects de l'expérience du phénomène du traumatisme vicariant. Celles qui l'ont fait ont mis l'accent sur des éléments pragmatiques, par exemple, sans adopter une perspective expérientielle du phénomène. La présente étude permet de combler certaines lacunes dans le champ de la recherche actuelle sur le traumatisme vicariant. Aussi, très peu d'études ont étudié le phénomène du traumatisme vicariant sous l'angle relationnel, qui semble finalement ressortir comme une dimension centrale dans l'expérience des psychologues cliniciens. La présente étude introduit de nouvelles observations à ces sujets.

En regard de la grande qualité des données collectées, le canevas d'entrevue semi-structurée de l'entretien d'explicitation a permis d'avoir accès à des contenus préconscients, des données qui sont très difficiles à obtenir par l'entremise d'une entrevue semi-structurée traditionnelle. Ainsi, toute la complexité de l'expérience des psychologues cliniciens qui vivent un traumatisme vicariant a pu être mise en lumière en faisant ressortir des éléments peu conscientisés et parfois préconscients ou inconscients. L'étude a permis de mettre en lumière des données très intimes qui sont très proches du vécu des psychologues cliniciens. De plus, l'utilisation de l'entretien d'explicitation dans une modalité virtuelle a été un apport novateur. À la connaissance de la chercheuse, ce type d'entretien n'avait pas été adapté à un contexte de cueillette de données menée en

virtuel. Par ailleurs, la richesse des résultats obtenus a permis de valider qu'il est possible d'employer cette modalité de l'entretien d'explicitation en virtuel.

Également, l'analyse des données a été menée avec rigueur. La chercheuse a suivi avec minutie les étapes de la méthode d'analyse de contenu de Blais et Martineau (2006). Elle a rencontré de manière hebdomadaire sa directrice, afin qu'elles fassent ensemble une vérification suivie du processus de catégorisation. De plus, une démarche de calcul de l'accord inter-juges a été effectuée et cette procédure faite de façon rigoureuse a permis de vérifier la validité du processus d'analyse. Plus encore, les résultats issus de l'accord inter-juges sont ressortis comme étant robustes. Une autre force de l'étude est le fait que l'analyse de contenu s'est poursuivie jusqu'à l'élaboration d'un modèle intégrateur qui permet de mettre en lien les divers éléments en jeu dans le vécu du traumatisme vicariant. En effet, les études basées sur la théorisation ancrée ne mènent pas toujours jusqu'à ce niveau de mise en relation des éléments observés. Le schéma illustrateur qui accompagne le modèle intégrateur permet de représenter de façon visuelle les aspects de l'expérience du traumatisme vicariant, en présentant le vécu du psychologue clinicien d'une façon plus vivante. Le modèle intégrateur ainsi que le schéma apportent une réflexion novatrice au sujet du phénomène du traumatisme vicariant chez le psychologue clinicien qui travaille avec les patients ayant subi un traumatisme relationnel.

Limites de l'étude

Étant donné que les résultats de cette étude proviennent d'un processus inductif d'analyse des données qualitatives, ils reposent sur la subjectivité de la chercheuse. Entre autres, cette dernière a effectué la segmentation et la codification des données. L'interprétation que la chercheuse en a fait génère donc un biais subjectif (Blais & Martineau, 2006). De plus, en raison de la méthodologie utilisée, qui explore avec détails l'expérience spécifique et subjective de six psychologues cliniciens, il n'est pas possible de généraliser les résultats à l'ensemble des psychologues cliniciens, ni aux autres professions pouvant vivre des traumatismes vicariants en raison d'un échantillonnage plus restreint. Également, l'échantillon de l'étude est composé uniquement de femmes, malgré le souhait et les tentatives de la chercheuse de recruter également des hommes. Cette conjecture représente une limite de l'étude puisque l'expérience subjective des femmes, notamment en ce qui a trait aux traumatismes interpersonnels, peut être distincte de celle des hommes. De plus, l'expérience des thérapeutes féminines, en lien avec le suivi, peut également être de nature différente de celle des hommes. Ainsi, les conclusions obtenues ne peuvent pas être généralisées considérant que celles-ci ont été générées dans le cadre d'une recherche exploratoire avec un échantillon restreint composé uniquement de femmes.

Également, puisque les participantes ont été recrutées via des réseaux d'intérêts, il est possible que ce type de recrutement ciblé ait induit un certain biais d'intérêts ou d'expériences dans les résultats. Plus particulièrement, considérant que toutes les

psychologues recrutées se disaient d'approche intersubjective, il est possible que les résultats soient teintés de cette couleur. L'aspect intersubjectif qui ressort des résultats ne peut donc pas être généralisé en considérant ce biais. Aussi, en regard de la collecte de données, en raison de la pandémie du virus Covid-19, les entrevues ont été menées dans le cadre d'une modalité de vidéoconférence, en rencontrant les participantes en mode virtuel. Bien que les résultats aient été riches et nuancés, il est possible de se demander si la rigueur associée à la méthode de l'entretien d'explicitation a été altérée. Entre autres, il a possiblement été plus difficile pour la chercheuse d'avoir accès aux informations non-verbales des participantes et de s'en servir pour guider l'entrevue. Les limitations de la modalité virtuelle dans le contexte de l'entretien d'explicitation demeurent à explorer.

Aussi, en ce qui a trait au modèle intégrateur, il est probable que ce dernier ne soit pas complet. Certains aspects du processus de mise en sens du traumatisme vicariant n'ont pas été explorés. Entre autres, l'historique de traumatismes interpersonnels des participantes ainsi que celui de leurs patients n'ont pas été tenus en compte. De plus, il est également possible que certaines informations aient été occultées par les participantes. En effet, il se peut que ces dernières aient pu vivre une forme de réticence à parler de certains contenus étant donné le malaise que pouvait susciter la nature du contenu abordé lors des entretiens d'explicitation. En ce sens, il est possible que la chercheuse n'ait pas eu un accès complet à toutes les informations pertinentes. Par ailleurs, il se peut également que la structure du canevas d'entrevue, qui est divisé en trois questions distinctes, ait influencé l'orientation des résultats. De fait, l'arbre de catégorisation a aussi été divisé en trois axes

principaux. Cette division en trois thématiques a pu avoir un impact sur les réflexions qui en ont été tirées. Une autre limite méthodologique de la présente étude réside dans le fait que seul le point de vue du psychologue clinicien a été exploré et que le vécu du patient n'a pas été sollicité. En conséquence, la nature de la transformation de la dyade n'a pu être étudiée que partiellement, puisqu'elle a été menée seulement sous l'angle de l'expérience du psychologue clinicien.

Pertinence

Les éléments appuyant la pertinence de cette étude sont maintenant présentés. D'abord, cette étude a permis de décrire de façon à la fois plus complète et plus spécifique un phénomène central qui fait partie de la thérapie relationnelle avec des patients victimes de traumatismes interpersonnels. En effet, les résultats et la discussion ont permis de mieux cerner l'essence et la fonction du traumatisme vicariant et de mieux comprendre son utilisation dans le processus thérapeutique. De plus, cette étude a fourni des exemples concrets issus du travail thérapeutique qui ont donné un ancrage empirique à plusieurs éléments théoriques de la connaissance scientifique en décrivant le vécu réel des psychologues cliniciens qui font des suivis avec des patients victimes de traumatismes interpersonnels. Également, l'étude, par sa méthodologie fondée sur l'entretien d'explicitation, a permis l'exploration des vécus préconscients chez les psychologues cliniciens, ce type de matériel étant difficile à recueillir et à étudier. Finalement, cette étude a donné lieu à une compréhension plus approfondie du mode de contagion du

traumatisme vicariant, entre autres en fournissant un éclairage sur les mouvements de va-et-vient qui prennent place pendant son déploiement chez le thérapeute.

Retombées

Certaines retombées peuvent être anticipées à la suite de cette étude, autant dans le domaine de la recherche empirique que pour des applications cliniques. D'abord, pour la recherche, l'étude contribue à l'avancement des connaissances basées sur des données empiriques du phénomène du vécu du traumatisme vicariant, qui étaient peu nombreuses et peu détaillées. En effet, l'élaboration du modèle intégrateur pourrait mener à l'élaboration de grilles permettant l'évaluation du traumatisme vicariant chez les psychologues cliniciens. De plus, les différentes phases identifiées dans le modèle pourraient être utilisées afin de développer des instruments de mesure qui permettraient de mieux situer l'évolution du traumatisme vicariant lors de collectes de données futures. Le portrait de l'expérience intime du traumatisme vicariant qui a été réalisé pourra être utilisé à des fins de différenciation de phénomènes connexes. Finalement, les conclusions apportées en lien avec la fonction relationnelle de partage de l'expérience et d'intégration de l'expérience permettront d'ouvrir un nouveau pan de recherche sur la manière dont le traumatisme vicariant peut être utilisé dans le contexte de la psychothérapie avec des victimes de traumatismes interpersonnels.

Ensuite, d'un point de vue clinique, les observations provenant de cette étude pourraient susciter une plus grande sensibilisation au vécu du traumatisme vicariant chez

les psychologues cliniciens. Les psychologues cliniciens eux-mêmes pourraient y trouver une validation de leur vécu en lien avec ce phénomène qui était, jusqu'à présent, peu documenté. De plus, les superviseurs cliniques pourraient retirer de l'étude des informations qui les rendraient plus vigilants à percevoir le traumatisme vicariant pouvant se présenter chez leurs supervisés, ainsi que des pistes de réflexion pour soutenir ces derniers dans le processus d'intégration de cette expérience et son utilisation dans les relations thérapeutiques avec leurs clients. Également, cette étude a généré des informations qui pourraient conduire à une sensibilisation éclairée de ce phénomène auprès des universités, particulièrement par l'entremise des programmes de formation pratique à la psychothérapie. Plus précisément, cette étude permet de situer le traumatisme vicariant dans le processus de développement professionnel des cliniciens. De plus, la façon dont certains éléments identitaires sont engagés dans ce phénomène pourra être expliquée et nuancée. Finalement, il pourra être enseigné de quelle manière le traumatisme vicariant, comme bien d'autres manifestations relationnelles présentes dans la psychothérapie, est un phénomène inévitable et qui constitue une occasion inestimable de travailler avec le patient sur des enjeux relationnels importants.

Études futures

Deux types de pistes d'investigations futures émergent, au terme de cette discussion. D'abord, les pistes associées aux limites de la présente étude seront discutées. Ensuite, les pistes d'investigations futures en lien avec le phénomène du traumatisme vicariant seront présentées.

Il pourrait être intéressant d'investiguer davantage les constats obtenus et les réflexions lancées dans l'étude afin de pouvoir les valider ainsi que d'en généraliser les résultats. En ce sens, il apparaîtrait important de réaliser des études similaires, avec des échantillons de psychothérapeutes qui comporteraient un nombre égal d'hommes et de femmes. Également, il serait conseillé que les échantillons intègrent des cliniciens issus de méthodes de recrutement diverses, sans viser uniquement des réseaux d'intérêts particuliers. Aussi, il serait intéressant de reprendre la grille de catégorisation ainsi que la structure du modèle intégrateur de cette étude pour les utiliser comme grille de codification dans le cadre d'études qualitatives déductives, afin de valider les résultats avec une méthodologie différente et d'augmenter la possibilité de généraliser l'étude. En élargissant les objectifs des études futures, une variable qui apparaît pertinente à étudier est celle de l'association entre l'intensité du traumatisme interpersonnel du patient et l'intensité du traumatisme vicariant vécu par le psychologue clinicien. D'un autre point de vue, bien que l'entretien d'explicitation mené en virtuel se soit avéré comme un outil précieux dans cette étude, il serait judicieux d'étudier plus en profondeur les particularités d'une passation de ce type d'entretien dans une modalité virtuelle. Finalement, toujours en lien avec les limites mises en évidence, il pourrait être intéressant d'étudier la répercussion du traumatisme vicariant dans la relation qui s'établit entre le psychologue clinicien participant et le chercheur. Notamment, un devis de recherche-action pourrait avoir comme objectif d'observer les affects vécus par les participants et les chercheurs afin de déterminer, par des questions posées aux deux parties, si une forme de résistance à divulguer de l'information est présente chez les participants, consciemment ou

inconsciemment. De plus, il serait également possible d'investiguer l'expérience des chercheurs eux-mêmes, qui pourraient aussi expérimenter des vécus qui s'approchent du traumatisme vicariant.

Certaines pistes d'investigations futures associées au thème du traumatisme vicariant apparaissent comme prometteuses. Considérant que le modèle intégrateur de cette étude ne comprend pas l'exploration des techniques d'interventions des psychologues cliniciens, il serait intéressant qu'une étude questionne la nature de l'intervention elle-même dans une posture relationnelle qui permettrait de réaliser une réparation émotionnelle dans le contexte d'un traumatisme vicariant et d'un traumatisme interpersonnel. Comment les psychologues cliniciens interviennent-ils ? Quel est leur vécu pendant ces interventions ? Comment les patients reçoivent-ils et vivent-ils cette réparation émotionnelle ? Dans le même sens, il serait intéressant d'explorer plus spécifiquement la variable de la posture relationnelle des psychologues cliniciens dans le traitement d'un traumatisme interpersonnel. Le fait d'investiguer de manière empirique les composantes du traitement pourrait jeter un éclairage sur les différentes stratégies relationnelles d'intervention. Finalement, un autre aspect qu'il serait intéressant d'étudier est celui de la transformation personnelle et professionnelle que peut vivre le psychologue clinicien qui traverse un traumatisme vicariant. Ces changements induits par l'expérience du traumatisme vicariant pourraient être investigués dans une étude qualitative portant directement sur le développement personnel et professionnel des psychologues cliniciens.

Ces réflexions complètent la section de la discussion de la thèse. D'abord, l'interprétation des résultats obtenus en lien avec les écrits scientifiques a été discutée. Une comparaison entre le modèle intégrateur et le modèle de l'identification projective de Schore (2003) été faite. Les résultats ont ensuite été mis en lien avec les objectifs. Finalement, les forces, les limites, la pertinence, les retombées de l'étude et des recommandations pour des études futures ont été présentées.

Conclusion

La « guérison d'un trauma », qui est en fait un oxymore, est la mise en place d'un monde nouveau qui coexiste à proximité de l'absence du monde qui a été désagrégé : une déchirure essentielle au cœur de la temporalité traumatique (Stolorow, 2011, p. 61).

De façon globale, les objectifs de l'étude actuelle ont été atteints. En effet, il est ressorti que le psychologue clinicien peut vivre la rencontre avec le vécu traumatique du patient comme une forme d'expérience qui peut l'affecter aux niveaux affectif, cognitif et physiologique, ainsi qu'au niveau de son jugement et de ses décisions cliniques. Cette expérience du psychologue clinicien semble s'inscrire dans une forme de traumatisme interpersonnel vécu au sein de la dyade thérapeutique. Dans un processus parallèle à celui du patient qui met en sens son traumatisme, le psychologue clinicien fait face à certains changements intérieurs, certaines pertes, au niveau de son identité de thérapeute et de son rapport à certaines dimensions de son expérience du suivi thérapeutique. Il semble que le traumatisme vicariant n'occuperait pas clairement une fonction réparatrice. Il semble porter une fonction d'intégration de l'expérience traumatisante, tant pour le psychologue clinicien que pour le patient.

Quelques éléments novateurs se dégagent des résultats de cette étude et de leur discussion. Entre autres, ils ont fait ressortir que le phénomène du traumatisme vicariant représente une expérience véritablement traumatisante pour le psychologue clinicien. La

nature du traumatisme vécu par le psychologue clinicien présente des ressemblances avec celle du TSPT. Entre autres, les similarités ressorties dans l'étude sont la perturbation du sentiment de sécurité, l'évitement des stimuli reliés au trauma et la bascule envahissante dans l'univers du traumatisme.

Un autre élément singulier ressorti de cette étude est que l'immersion progressive du psychologue clinicien dans l'univers du traumatisme de son patient se manifeste sur les plans physique, cognitif et affectif. Cet enfoncement dans l'univers traumatique du patient est parfois involontaire et apparaît étranger au psychologue clinicien. Également, il a été mis en lumière que le psychologue clinicien peut ressentir des émotions embarrassantes, telles la honte et la culpabilité, en réponse à cette expérience inhabituelle. Puisque ce vécu éprouvé ne correspond plus à la représentation qu'il se fait de lui-même et de son idéal de thérapeute, le psychologue clinicien peut éprouver de la difficulté à réguler sa confiance en lui-même. L'étude a fait ressortir que le psychologue clinicien peut aussi, entre autres émotions, ressentir de la colère envers son patient, puisque c'est ce dernier qui lui fait vivre cette expérience douloureuse qui chamboule ses représentations de lui-même. La discussion a permis de mettre en évidence que l'autorégulation et l'intégration de cette expérience transformatrice par le psychologue clinicien lui permet de rejoindre le patient dans l'espace partagé de la relation thérapeutique. L'étude a aussi mis en relief le fait que le psychologue clinicien ne vit pas nécessairement de résolution de son traumatisme vicariant dans le cadre de la dyade thérapeutique, en parallèle au fait que ce le patient ne semble pas non plus vivre

complètement la résolution de son état traumatisé dans la dyade. Il semble plutôt que le psychologue clinicien et le patient soient tous deux en mouvement dans un processus partagé d'intégration et de mise en sens de leur propre traumatisme. Ces éléments observés ont conduit à la constatation qu'il est nécessaire que l'expérience nouvelle du psychologue clinicien soit intégrée dans la représentation qu'il a de lui-même afin qu'il puisse être présent à l'expérience du patient et qu'il puisse aider ce dernier à intégrer son vécu traumatisant.

Finalement, par l'entremise du processus de théorisation ancrée, l'étude a permis l'élaboration d'une modélisation novatrice de l'expérience du traumatisme vicariant. Le modèle intégrateur a permis de mettre en évidence que le traumatisme vicariant implique l'évolution de certaines dimensions préexistantes de l'identité des psychologues cliniciens qui s'articulent autour de la représentation du thérapeute exemplaire et de l'image construite du soi-thérapeute. De plus, le modèle intégrateur a fait se dégager la présence d'une hiérarchisation vécue dans la proximité avec l'expérience traumatique du patient. En d'autres mots, le modèle illustre la gradation de l'immersion dans l'univers traumatique du patient qui est vécue par le psychologue clinicien. Le modèle intégrateur a permis la description novatrice de quatre phases évolutives comprises dans l'expérience du traumatisme vicariant. Dans la première phase prodrome, le psychologue clinicien porte des principes organisateurs internes, soit des vécus et idéaux acceptables qui sont des représentations de l'expérience thérapeutique possible. Dans la phase de la perturbation traumatique, le psychologue clinicien vit l'émergence, le débordement et la

contamination de l'univers traumatique. Dans la phase de mise en sens, le psychologue clinicien tente d'intégrer son vécu traumatique par l'entremise du filtre de son image idéale du soi-thérapeute et constate avec consternation que cette expérience diffère de toutes celles qu'il a connues. Dans la quatrième phase des retrouvailles, le psychologue clinicien mesure la transformation qu'il a vécue et tente de l'intégrer, l'expérience de cette nouvelle représentation de lui-même rendant possible la reconnexion avec l'expérience du patient.

Sur la base de ces éléments singuliers ressortis de l'étude et des réflexions qu'ils génèrent, il apparaît essentiel de faire des parallèles entre le processus d'intégration d'un traumatisme relationnel chez le patient, le processus d'intégration du traumatisme vicariant chez le psychologue clinicien et le processus de l'acceptation de la perte dans la dyade thérapeutique.

En effet, les patients qui ont vécu un traumatisme interpersonnel apprennent à exister dans un monde qui n'est plus le même. Ils font le deuil du monde qui préexistait avant cet événement transformateur; la perte de qui ils étaient avant le traumatisme, la perte de se sentir en sécurité d'entrer en relation avec les autres.

En parallèle, le traumatisme vicariant entraînerait lui aussi son lot de pertes. Le psychologue clinicien qui vit cette expérience éprouve également cette perception d'un avant et d'un après. Quelque chose est mort en lui-même. Il a perdu son état d'innocence

en lien avec l'expérience du patient, il ne retrouve plus l'état d'assurance acquise qui précédait son entrée en contact avec le traumatisme vicariant. Il expérimente la perte de sa toute-puissance imaginée, de son invulnérabilité souhaitée, il expérimente le deuil de croire qu'il peut aider l'autre sans qu'il lui en coûte des parties de lui-même.

En tentant de comprendre le sens de l'expérience du traumatisme vicariant, il est possible d'entrevoir qu'une de ses fonctions serait de permettre au psychologue clinicien et au patient de se rejoindre dans les pertes et les désillusions qu'ils traversent. Le traumatisme vicariant amènerait-il la dyade thérapeutique à vivre la perte d'idéaux et d'illusions devenus superflus, permettant ces renoncements nécessaires ? Le contact avec ces deuils inhérents au traumatisme vicariant, tel un tiers séparateur, permettrait-il au psychologue clinicien de s'approcher de l'expérience du patient dans ce qu'elle a d'intolérable et d'impossible à accepter ? En plus d'entrer en contact avec ce qui n'est plus, cette expérience d'impuissance permettrait-elle également de mieux percevoir ce qui reste d'essentiel, ce qui reste maintenant de possible pour soi, avec l'autre ?

Références

- Agosta, L. (2014). *A rumor of empathy: Rewriting empathy in the context of philosophy*. Palgrave Macmillan
- Alexandris, A., & Vaslamatzis, G. (1993). *Countertransference: Theory, technique, teaching*. Karnac Books.
- Alleaume, B. (2020). Le traumatisme sous l'angle de la psychologie humaniste et existentielle: axes théoriques, cliniques et thérapeutiques. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 100115.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2009). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives, Hors-Série*, 5, 26-37.
- Aparicio, E., Michalopoulos, L. M., & Unick, G. J. (2013). An examination of the psychometric properties of the vicarious trauma scale in a sample of licensed social workers. *Health and Social Work*, 38(4), 199-206.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263. <https://doi.org/10.1177/0022167805274729>
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (2016). Walking the tightrope of emotional dwelling. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(1), 103-108. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1123525>
- Back, S. E., Waldrop, A. E., & Brady, K. T. (2009). Treatment challenges associated with comorbid substance use and Posttraumatic Stress Disorder: Clinicians' perspectives. *The American Journal on Addictions*, 18(1), 15-20. <https://doi.org/10.1080/10550490802545141>

- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
- Benevolenza, M. A., & DeRigne, L. (2019). The impact of climate change and natural disasters on vulnerable populations: A systematic review of literature. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(2), 266-281. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1527739>
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5-46.
- Benjamin, J. (2017). Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third (1^{ère} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315437699>
- Berant, E., Saroff, A., Reicher-Atir, R., & Zim, S. (2005). Supervising personality assessment: The integration of intersubjective and psychodynamic elements in the supervisory process. *Journal of Personality Assessment*, 84(2), 205-212.
- Billaud, J.-B. (2021). *Étude des corrélats neurophysiologiques de la pleine conscience : intérêt pour le Trouble de Stress Post-Traumatique* [Thèse de doctorat inédite]. Université Paris-Saclay.
- Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. *Classics in Psychoanalytic Technique*, 259-260.
- Bion, W. R. (2015). Attaques contre la liaison. Dans M. Emmanuelli (Éd.), *La pensée : approche psychanalytique* (pp. 160-179). Presses Universitaires de France.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9.
- Bohleber, W. (2014). Le concept d'intersubjectivité en psychanalyse : une évaluation critique. *L'Année psychanalytique internationale*, 2014(1), 181-214.
- Bokanowski, T. (2005). Le concept de trauma chez S. Ferenczi. Dans F. Brette, M. Emmanuelli, & G. Pragier (Dir.), *Le traumatisme psychique* (pp. 27-42). Presses Universitaires de France.
- Bolgert, C. (2003). L'identification projective. *Gestalt*, 24(1), 141-159. <https://doi:10.3917/gest.024.0141>

- Borde, F. (2009). Analyse de la pratique et entretien d'explicitation. *Soins Cadres*, 72(Suppl.), 15-17.
- Boulanger, G. (2003). The strength found in innocence: Resistance to working psychodynamically with trauma survivors. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 20, 119-136.
- Boulanger, G. (2007). *Wounded by reality: Understanding and treating adult onset trauma*. Routledge.
- Boulanger, G. (2018). When is vicarious trauma a necessary therapeutic tool? *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 60-69. <https://doi.org/10.1037/pap0000089>
- Bourgault, R. (2013). *État de stress aigu* Dans M. Kédia & A. Sabouraud-Séguin (Éds), *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie* (2^e éd., pp. 59-63). Dunod. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie--9782100593330-page-59.html>
- Bouvier, G. (2019). Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3(3), 163-169.
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Branson, D. C., Weigand, D. A., & Keller, J. E. (2014). Vicarious trauma and decreased sexual desire: A hidden hazard of helping others. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(4), 398-403.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Analytic Press.
- Brown, L. J. (2010). Klein, Bion, and intersubjectivity: Becoming, transforming, and dreaming. *Psychoanalytic Dialogues*, 20(6), 669-682.
- Brown, L. J. (2013). *Intersubjective processes and the unconscious: An integration of Freudian, Kleinian and Bionian perspectives*. Routledge.
- Brown, W. J., Dewey, D., Bunnell, B. E., Boyd, S. J., Wilkerson, A. K., Mitchell, M. A., & Bruce, S. E. (2018). A critical review of negative affect and the application of CBT for PTSD. *Trauma, Violence, and Abuse*, 19(2), 176-194.
- Buirski, P., & Haglund, P. (2001). *Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy*. Jason Aronson.

- Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 125-143.
- Cantin, L. (2013). Que peut la psychanalyse pour la gestion d'un traumatisme collectif? Dans R. Jean Jacques & M. Clermont-Mathieu (Dir), *La santé mentale en Haïti après le 12 janvier 2010 : traumatismes, approches et traitements* (pp. 69-74). Actes du 1er Congrès de l'Association haïtienne de psychologie (AHPSY).
- Carr, R. B. (2011). Combat and human existence: Toward an intersubjective approach to combat-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 471-496.
- Castonguay, L. G., & Lecomte, C. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie : psychanalyse, behaviorisme et humanisme*. Gaëtan Morin.
- Catabay, C. J., Stockman, J. K., Campbell, J. C., & Tsuyuki, K. (2019). Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *Journal of Affective Disorders*, 259, 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.037>
- Cavanagh, A., Wiese, E., Lachal, C., Baubet, T., & Moro, M. R. (2015). Countertransference in trauma therapy. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment*, 4(4). <https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000149>
- Charles, M. (2014). *Working with trauma: Lessons from Bion and Lacan*. Jason Aronson.
- Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission* (2^e éd.). Dunod.
- Clemans, S. E. (2004). Life changing: The experience of rape-crisis work. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 19(2), 146-159.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS spectrums*, 14(1), 32-43.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 411-416.

- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580.
- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims*, 20(6), 625-643.
- Courtois, C. A., & Brown, L. S. (2019). Guideline orthodoxy and resulting limitations of the American Psychological Association's Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD in adults. *Psychotherapy*, 56(3), 329-339. <https://doi.org/10.1037/pst0000239>
- Crocq, L., & Bouchard, J. P. (2018). Histoire de la psychotraumatologie : « Les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(3), 305-309.
- Defrance, J., Foucher, S., Ramdani, E., Guilloton, L., & Lefort, H. (2019). État de stress post-traumatique et douleurs psychogènes. *Soins*, 64(841), 9-11. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2019.10.015>
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique. *Revue québécoise de Gestalt*, 10, 111-138.
- Delisle, G. (2013). *Object Relations in Gestalt Therapy*. Karnac Books.
- Demchak-Buotte, M. A. (2022). *Vicarious traumatization and vicarious resilience in mental health professionals: An investigation of group differences* [Thèse de doctorat inédite]. Walden University
- de Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(4), 259-267.
- Dobson, J. (2022). Men wage war, women and children pay the price. *BMJ*, 376, o634. <https://doi.org/10.1136/bmj.o634>
- Dombo, E. A., & Gray, C. (2013). Engaging spirituality in addressing vicarious trauma in clinical social workers: A self-care model. *Social Work and Christianity*, 40(1), 89-104.

- Dondanville, K. A., Borah, E. V., Bottera, A. R., & Molino, A. T. (2018). Reducing stigma in PTSD treatment seeking among service members: Pilot intervention for military leaders. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, *14*(1), 15-26.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1-3), 72-79.
- Drieu, D., & Johnston, G. (2007). Résonances traumatiques familiales chez des adolescents adoptés venant d'une autre culture. *Dialogue*, *177*(3), 45-56.
- Drouin, M. S. (2014). L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique. *Les Éditions de l'AQG, Revue québécoise de Gestalt*, *14*, 19-46.
- Dutton, M. A., & Rubinstein, F. L. (2013). Working with people with PTSD: Research implications. Dans C. R. Figley (Éd.), *Compassion fatigue* (pp. 82-100). Routledge.
- Ebert, A., & Dyck, M. J. (2004). The experience of mental death: The core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *24*(6), 617-635.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, *41*(4), 587-598.
- Ellis, A. E., Simiola, V., Brown, L., Courtois, C., & Cook, J. M. (2018). The role of evidence-based therapy relationships on treatment outcome for adults with trauma: A systematic review. *Journal of Trauma and Dissociation*, *19*(2), 185-213. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329771>
- Esterberg, K.G. (2002). *Qualitative Methods in Social Research*. McGraw-Hill.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433-1441.
- Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic Stress Disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health and Social Work*, *40*(2), e25-e31.
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., McFarlane, A., Silove, D., Rees, S., Chapman, C., Slade, T., Mills, K., Teesson, M., & O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, *75*(2), 147-153.

- Fox, R. (2003). Traumaphobia: Confronting personal and professional anxiety. *Psychoanalytic Social Work, 10*, 43-55. https://doi.org/10.1300/J032v10n01_05
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: Reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 110-124.
- Fucillo, S. (2017). *Caring for the caregivers: A phenomenological study of supervisors and vicarious trauma* [Thèse de doctorat inédite]. Université d'Auburn. <https://etd.auburn.edu/handle/10415/5986>
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of Post-traumatic Stress Disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews, 27*(1), 78-91.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Routledge.
- Gerson, S. (2009). When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the holocaust. *The International Journal of Psychoanalysis, 90*, 1341-1357. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00214.x>
- Gimenez, G. (2020). L'effet de l'archaïque chez le thérapeute de patients psychotiques en institution : traumatisme vicariant et son possible traitement. Dans J.-P. Pinel & G. Gaillard (Dir), *Le travail psychanalytique en institution: Manuel de cliniques institutionnelles* (pp. 107-115). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pinel.2020.01.0107>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Gleiser, K., Ford, J. D., & Fosha, D. (2008). Contrasting exposure and experiential therapies for complex posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy, 45*(3), 340-360.
- Gloor, J. L., Cooper, C. D., Bowes-Sperry, L., & Chawla, N. (2022). Risqué business? Interpersonal anxiety and humor in the #MeToo era. *Journal of Applied Psychology, 107*(6), 932-950. <https://doi.org/10.1037/apl0000937>
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 271-286.
- Grinberg, L., Sor, D., & de Bianchedi, E. T. (1977). *Introduction to the work of Bion: Groups, knowledge, psychosis, thought, transformations, psychoanalytic practice*. Jason Aronson.

- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2015). Introduction : les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 2(1), 1-11.
- Halevi, E., & Idisis, Y. (2018). Who helps the helper? Differentiation of self as an indicator for resisting vicarious traumatization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 698-705. <https://doi.org/10.1037/tra0000318>
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203-219.
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication methods and measures*, 1(1), 77-89.
- Hayes, M. W. (2013). The challenge of burnout: An ethical perspective. *Annals of Psychotherapy and Integrative Health*, 16(2), 20-25.
- Hendin, H. (2014). An Innovative Approach to Treating Combat Veterans with PTSD at Risk for Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 582-590. <https://doi.org/10.1111/sltb.12135>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Hernandez-Wolfe, P. (2018). Vicarious resilience: A comprehensive review. *Revista de Estudios Sociales*, 66, 9-17. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.02>
- Hernández-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, 29(1), 67-83. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.1.67>
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2014). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55, 153-172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>
- Houllé, W. A., Silès, J., Tarquinio, P., & Tarquinio, C. (2017). Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1(2), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.03.008>
- Howlett, S. L., & Collins, A. (2014). Vicarious traumatization: Risk and resilience among crisis support volunteers in a community organisation. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 180-190.

- Hunt, T. (2018). *Professionals' perceptions of vicarious trauma from working with victims of sexual trauma* [Thèse de doctorat inédite]. Walden University
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2010). Between enthusiasm and rejections: Ambivalence awakened by the concept of resiliency. *Bulletin de psychologie*, 510(6), 401-403.
- Ivicic, R., & Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2), 196-204.
- Jorro, A. (2004). Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes. *Mesure et évaluation en éducation*, 27(2), 33-47.
- Josse, É. (2019). Le traumatisme complexe. Dans C. Tarquinio (Dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 235-244). Dunod.
- Kadambi, M. A., & Ennis, L. (2004). Reconsidering vicarious trauma: A review of the literature and its' limitations. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 1-21. https://doi.org/10.1300/J189v03n02_01
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 974-979.
- Kernberg, O. F. (2018). Projection and projective identification developmental and clinical aspects. In *Projection, identification, projective identification* (pp. 93-115). Routledge.
- Kernberg, O. F. (1995). The concept of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56. <https://doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Kernberg, O. F. (1987). Projective identification, countertransference, and hospital treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(2), 257-272.
- Kira, I. A. (2022). Taxonomy of stressors and traumas: An update of the development-based trauma framework (DBTF): A life-course perspective on stress and trauma. *Traumatology*, 28(1), 84-97. <https://doi.org/10.1037/trm0000305>
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.

- Klein, M. (2013). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Éds), *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300). Presses Universitaires de France.
- Knight, C. (2015). Trauma-informed social work practice: Practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25-37.
- Kohut, H. (1991). Titre. Dans P. Ornstein (Éd.), *The search for the self: Selected writings of Heinz Kohut: 1978-1981* (vol. 4, pp. 226-259). International Universities Press.
- Krippendorff, K. (2004). Reliability in content analysis: Some common misconceptions and recommendations. *Human Communication Research*, 30(3), 411-433.
- Lachal, C. (2012). Contre-transferts et traumatisme. Dans Y. Mouchenik, T. Baubet, & M. R. Moro (Éds), *Manuel des psychotraumatismes* (pp. 229-249). La Pensée sauvage.
- Lachance, J. (2016). *Étude exploratoire auprès de médecins des effets perçus d'une formation corps/esprit fondée sur les pratiques du Sensible* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Sherbrooke.
- Lamboy, B., Blanchet, A., & Conrad-Lecomte. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *European Review of Applied Psychology*, 54(3), 189-205. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.04.001>
- Larson, J. S. (2005). *Relational aspects of intersubjectivity therapy and gestalt therapy: A theoretical integration* [Thèse de doctorat inédite]. Université Pacific.
- Lawson, D. M., Davis, D., & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: Critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331- 335.
- Lecomte, C., & Richard, A. (2006). Pour une psychothérapie pleinement relationnelle. Dans S. Ginger, E. Marc & A. Tarpanian (Éds), *Être Psychothérapeute: Questions, pratiques, enjeux* (pp. 145-155). Dunod
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- L'Écuyer, R. (2011). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Presses Universitaires du Québec.

- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138.
- Letica-Crepulja, M., Stevanović, A., Protuđer, M., Grahovac Juretić, T., Rebić, J., & Frančišković, T. (2020). Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1716593. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1716593>
- Levy, R. A., & Ablon, S. (2009). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Springer.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 26-39.
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112-123.
- Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A., & Ladwig, K. H. (2013). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 525-532.
- Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(3), 203-218.
- MacKay, L. M. (2017). Differentiation of self: Enhancing therapist resilience when working with relational trauma. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(4), 637-656.
- Măirean, C., & Turliuc, M. N. (2013). Predictors of vicarious trauma beliefs among medical staff. *Journal of Loss and Trauma*, 18(5), 414-428.

- Maltais, D., Bolduc, V., Gauthier, V., & Gauthier, S. (2015). Les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux des CSSS du Québec. *Intervention, 142*, 51-65.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Maurel, M. (2009). L'entretien d'explicitation, exemples et applications. *Expliciter, 80*, 1-17.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149.
- McDougall, J. (1993). Sexual identity, trauma and creativity. *International Forum of Psychoanalysis, 2*(2), 69-79.
- McDougall, J. (2018). Countertransference and primitive communication. Dans A. Alexandris & G. Vaslamatzis (Éds), *Countertransference* (pp. 95-133). Routledge.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care, 22*(1), 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.01.006>
- Meldrum, L., King, R., & Spooner, D. (2002). Compassion fatigue in community mental health case managers. Dans C. R. Figley (Éd.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 85-106). Routledge.
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives, 15*, 435-452.
- Melius, A. D. (2013). *The lived experience of vicarious trauma for providers: A narrative phenomenological study* [Thèse de doctorat inédite]. Collège Columbia de Chicago.
- Mertens, D. M. (2005). An introduction to research. Dans D. M. Mertens (Éd.), *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* (2^e éd., pp. 1-42). SAGE.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

- Miller, M. W., Wolf, E. J., & Keane, T. M. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria and controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 208-220.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Mills, J. (2000). Hegel on projective identification: Implications for Klein, Bion, and beyond. *Psychoanalytic Review*, 87(6), 841-874.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898-907.
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (2016). Therapeutic alliance ruptures. *Sage Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*, 3511-3514.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Newman, E., Riggs, D. S., & Roth, S. (1997). Thematic resolution, PTSD, and complex PTSD: The relationship between meaning and trauma-related diagnoses. *Journal of Traumatic Stress*, 10(2), 197-213.
- Nicolo, A. M., & Strinati, E. (2007). Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(38), 61-79.
- Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Koenen, K. C. (2011). Interpersonal process and trauma: An interactional model. Dans L. M. Horowitz & S. Strack (Éds), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 405-423). John Wiley and Sons.
- Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2022). A scoping review on the prevalence and determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among military personnel and firefighters: Implications for public policy and practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1565.

- O'Connor, L. K. (2021). *Training and individual predictors of attitudes toward serious mental illness amongst clinical psychology doctoral students* [Thèse de doctorat inédite]. The City University of New York.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 357-373.
- Ogden, T. H. (1992). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. I. The Freudian subject. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 517-526.
- Ogden, T. H. (2005). On psychoanalytic supervision. *International Journal of Psychoanalysis*, 86(5), 1265-1280.
- Ogden, T. H. (2019). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429478574>
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. Guilford Press.
- Orange, D. M. (2003). The creation of reality in psychoanalysis: A view of the contributions of Donald Spence, Roy Schafer, Robert Stolorow, Irwin Z.Hoffman and beyond. *Psychoanalytic Review*, 90(6), 903-909.
- Orange, D. M. (2008). Recognition as: Intersubjective vulnerability in the psychoanalytic dialogue. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 3(2), 178-194.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Analytic Press.
- Ordre des psychologues du Québec. (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/135241/Rapport+annuel+2018-2019/e04ab9d4-c2e3-481e-8f7f-aa3ab19c1931>
- Ordre des psychologues du Québec. (2020). *Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie*. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+de+pratique+concernant+l%E2%80%99exercice+de+la+t%C3%A9l%C3%A9psychologie/5175fd35-d45b-4cbe-99e3-e46ff5079552>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11^e éd.). <https://icd.who.int/>

- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 52.
- Østergaard, S. D., Rohde, C., & Jefsen, O. H. (2022). Deterioration of patients with mental disorders in Denmark coinciding with the invasion of Ukraine. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 146*(2), 107-109. <https://doi.org/10.1111/acps.13440>
- Otis, J. D., Keane, T. M., & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 40*(5), 397-406.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique, 23*, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (Éds), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 234-274). Armand Collin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Armand Colin.
- Paintain, E., & Cassidy, S. (2018). First-line therapy for Post-traumatic Stress Disorder: A systematic review of cognitive behavioural therapy and psychodynamic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research, 18*(3), 237-250.
- Panu, P. (2020). Anxiety and the ecological crisis: An analysis of eco-anxiety and climate anxiety. *Sustainability, 12*(19), 7836.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 18*(5), 449-459.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558-565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W Norton et Co.

- Peebles-Kleiger, M. J. (1989). Using countertransference in the hypnosis of trauma victims: A model for turning hazard into healing. *American Journal of Psychotherapy*, 43(4), 518- 530.
- Peled-Avram, M. (2017). The role of relational-oriented supervision and personal and work- related factors in the development of vicarious traumatization. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 22-32.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and axis I comorbidity of full and partial Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Pistorius, K. D., Feinauer, L. L., Harper, J. M., Stahmann, R. F., & Miller, R. B. (2008). Working with sexually abused children. *The American Journal of Family Therapy*, 36(3), 181-195.
- Possick, C., Waisbrod, N., & Buchbinder, E. (2015). The dialectic of chaos and control in the experience of therapists who work with sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(7), 816-836.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Racine, N., Eirich, R., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., & Madigan, S. (2020). Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. *Child Abuse and Neglect*, 101, 104375. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104375>
- Rasmussen, B. (2005). An intersubjective perspective on vicarious trauma and its impact on the clinical process. *Journal of Social Work Practice*, 19(1), 19-30. <https://doi.org/10.1080/02650530500071829>
- Rivett, M. (2020). Relational lockdown and relational trauma in the time of Coronavirus: A reflection from a UK family therapist. *Family Process*, 59(3), 1024-1033. <https://doi.org/10.1111/famp.12571>

- Robert, M. (2014). *Impact du travail psychothérapeutique auprès de personnes traumatisées : exploration de la réalité des psychologues québécois* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Sherbrooke. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5908>
- Rondeau, K., & Paillé, P. (2021). L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(1), 4-28.
- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 73(4), 1005-1022.
- Saakvitne, S. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 443-449. <https://doi.org/10.1080/10481881209348678>
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480.
- Sandler, J. (1987). *Projection, identification, projective identification*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429478567>
- Sandler, J. (Éd.). (2019). *Projection, Identification, Projective Identification*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429478567>
- Sansbury, B. S., Graves, K., & Scott, W. (2015). Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care. *Trauma*, 17(2), 114-122.
- Satkunanayagam, K., Tunariu, A., & Tribe, R. (2010). A qualitative exploration of mental health professionals' experience of working with survivors of trauma in Sri Lanka. *International Journal of Culture and Mental Health*, 3(1), 43-51. <https://doi.org/10.1080/17542861003593336>
- Sayer, N. A., Noorbaloochi, S., Frazier, P., Carlson, K., Gravely, A., & Murdoch, M. (2010). Reintegration problems and treatment interests among Iraq and Afghanistan combat veterans receiving VA medical care. *Psychiatric Services*, 61(6), 589-597. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.6.589>
- Schore, A. N. (2003). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Les Éditions du CIG.

- Schore, A. N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. Dans T. Baradon (Éd.), *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy* (pp. 19-47). Routledge.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134-168.
- Sedlak, V. (2019). *The psychoanalyst's superegos, ego ideals and blind spots: The emotional development of the clinician*. Routledge.
- Shabir, G., Safdar, G., Jamil, T., & Bano, S. (2015). Mass media, communication and globalization with the perspective of 21st century. *New Media and Mass Communication*, 34, 11-15.
- Shamai, M., & Ron, P. (2009). Helping direct and indirect victims of national terror: Experiences of Israeli social workers. *Qualitative Health Research*, 19(1), 42-54.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Allen, J. G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder: A social-cognitive perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(3), 229-240.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Shepard, B. C. (2013). Between harm reduction, loss and wellness: On the occupational hazards of work. *Harm Reduction Journal*, 10(5), 1-17.
- Shepard, B. (2001). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Harvard University Press.
- Sherwood, L. (2020). *Identifying context specific risk among trauma-exposed PSNI Personnel* [Thèse de doctorat inédite]. Trinity College Dublin.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. Dans J. C. Quick & L. E. Tetrick (Éds), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-264). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10474-012>
- Shohet, R. (2019). Whose feelings am I feeling? Using the concept of projective identification. In *Loving, Hating and Survival* (pp. 39-54). Routledge.

- Shubs, C. H. (2008). Countertransference issues in the assessment and treatment of trauma recovery with victims of violent crime. *Psychoanalytic Psychology, 25*(1), 156-180. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.156>
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development, 30*(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new Dsi Fusion with Others Subscale. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(2), 209-222. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x>
- Smith, R. (2021). The emotional impact of research: A reflexive account of a counsellor-turned-PhD researcher's experience of vicarious trauma. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy, 11*, 22-32.
- Söderström, D. (2009). Entre psychose et trauma : perspectives psychanalytiques. *Psychothérapies, 29*, 145-155. <https://doi.org/10.3917/psys.093.0145>
- Spillius, E. E., & O'Shaughnessy, E. E. (2012). *Projective identification: The fate of a concept*. Routledge/Taylor et Francis Group.
- St-Laurent, P. J. (2018). *Trouble de stress post-traumatique chez des travailleurs humanitaires de retour de mission : vers une meilleure identification des facteurs de risque et de protection* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Montréal.
- Stolorow, R. D. (2007). Anxiety, authenticity, and trauma: The relevance of Heidegger's existential analytic for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology, 24*(2), 373-383.
- Stolorow, R. D. (2011). *World, affectivity, trauma: Heidegger and post-Cartesian psychoanalysis*. Routledge.
- Stolorow, R. D. (2015). A phenomenological-contextual, existential, and ethical perspective on emotional trauma. *The Psychoanalytic Review, 102*(1), 123-138.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (2014). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Routledge.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1992). Three realms of the unconscious and their therapeutic transformation. *Psychoanalytic Review, 79*(1), 25-30.
- Strelau, J., & Zawadzki, B. (2005). Trauma and temperament as predictors of intensity of Posttraumatic Stress Disorder symptoms after disaster. *European Psychologist, 10*, 124-135. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.10.2.124>

- Suk, J., Abhishek, A., Zhang, Y., Ahn, S. Y., Correa, T., Garlough, C., & Shah, D. V. (2021). #MeToo, networked acknowledgment, and connective action: How “empowerment through empathy” launched a social movement. *Social Science Computer Review*, 39(2), 276-294. <https://doi.org/10.1177/0894439319864882>
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319-333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., Solanes, A., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., González-Parra, J. A., Andero, R., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Ioannidis, J. P. A., Stein, M. B., Radua, J., & Fernández de la Cruz, L. (2019). Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 154-165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
- Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors? *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 31-37.
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches qualitatives*, 5, 38-55.
- Tyler, T. A. (2012). The limbic model of systemic trauma. *Journal of Social Work Practice*, 26(1), 125-138.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl.), 83-93.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 439-457.

- Vermersch, P. (2010). Les points de vue en première, seconde et troisième personne dans les trois étapes d'une recherche : conception, réalisation, analyse. *Expliciter*, 85, 19-32.
- Vogt, D., Smith, B., Fox, A., Amoroso, T., Taverna, E., & Schnurr, P. (2017). Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male U.S. Afghanistan and Iraq War veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 341-352. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1321-5>
- Vujanovic, A. A., Hart, A. S., Potter, C. M., Berenz, E. C., Niles, B., & Bernstein, A. (2013). Main and interactive effects of distress tolerance and negative affect intensity in relation to PTSD symptoms among trauma-exposed adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 235-243. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9325-2>
- Waegemakers Schiff, J., & Lane, A. M. (2019). PTSD symptoms, vicarious traumatization, and burnout in front line workers in the homeless sector. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 454-462.
- Wagner, B., Brand, J., Schulz, W., & Knaevelsrud, C. (2012). Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in a rab war-traumatized patients. *Depression and Anxiety*, 29(7), 646-651.
- Wee, D. F., & Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. Dans C. R. Figley (Éd.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57-83). Brunner-Routledge.
- Wilde, L. (2019). Trauma and intersubjectivity: The phenomenology of empathy in PTSD. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 141-145.
- Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. Routledge.
- Wise, J. E. (2017). Out of residency and into the field: Reflections of a junior psychoanalytic psychiatrist on a Iraq deployment. Dans E. C. Ritchie, C. H. Warner, & R. N. McLay (Éds), *Psychiatrists in Combat* (pp. 213-221). Springer, Cham.
- Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *Plos one*, 10(3), e0120270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270>
- Yalch, M. M., & Burkman, K. M. (2019). Applying contemporary interpersonal theory to the study of trauma. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3(2), 77-87.

Zawieja, P. (2017). Quand la compassion rend malade. *Sciences Humaines*, 293(6), 32-35.

Appendice A
Lettre d'invitation à participer



Lettre d'invitation à participer:

Mise en sens du traumatisme vicariant chez les psychologues : Regards sur le « Nous » intersubjectif

Madame, Monsieur, chers psychologues cliniciens,

Le traumatisme vicariant est un ébranlement profond qui se produit chez le psychothérapeute au contact du patient traumatisé. Les affects de votre patient qui sont associés au trauma, comme la terreur, l'impuissance et l'incrédulité, sont si intenses que lorsque vous entrez en contact avec ceux-ci, une partie de votre vécu expérimentiel en devient contaminée. Il peut alors se présenter chez vous des manifestations comme des cauchemars, des flashes de contenu traumatisant, de l'hypervigilance ou des pensées intrusives, dans une tentative de symboliser ces affects. Le traumatisme vicariant est associé à un vécu intime qui sort de l'ordinaire, qui est distinct d'un vécu de contre-transfert commun. Le traumatisme vicariant est particulièrement marqué lorsque le vécu traumatique du patient est à teneur relationnelle, c'est-à-dire qu'il provient d'une interaction traumatisante avec une ou des personnes.

Vous reconnaissez vous dans cette description ? Je sollicite aujourd'hui votre participation à l'étude que je mène en lien avec ma thèse de doctorat en psychologie clinique. Cette étude porte sur le traumatisme vicariant des psychologues cliniciens qui considèrent adopter une posture intersubjective de la psychothérapie, c'est-à-dire où la relation avec le patient est au cœur de la compréhension du suivi thérapeutique. Pour participer à l'étude, vous devez être membre de l'OPQ depuis au moins cinq ans. Vous devez considérer avoir, au cours de votre carrière, vécu au moins un état correspondant à la description ci-haut du traumatisme vicariant. Vous devez également avoir eu l'occasion de faire au moins un suivi de psychothérapie où vous considérez avoir vécu une forme résolution du traumatisme vicariant, selon votre perception. Vous devez considérer avoir une compréhension intersubjective et relationnelle des enjeux de vos patients. Vous devez avoir au moins 20% de votre clientèle composée de patients qui, selon vous, présentent des manifestations d'un état de stress post-traumatique pour lequel le trauma était relationnel. Puisque les entrevues se feront en français, vous devez comprendre et parler le français de façon fluide.

Une entrevue individuelle de 120 minutes est prévue avec la chercheuse afin qu'elle ait accès à votre expérience du traumatisme vicariant. Étant donné les restrictions mises en place par la Santé publique dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, cette entrevue aura lieu en vidéoconférence, via la plateforme Teams de Microsoft. Vous devez donc avoir accès à un ordinateur personnel avec microphone et caméra, ainsi qu'à une connexion internet fiable. Vous serez guidés pour l'utilisation de la plateforme Teams et pour l'installation de celle-ci, au besoin.

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre d'approfondir votre compréhension de votre vécu affectif dans votre pratique auprès de clients traumatisés. De plus, en tant que psychologue clinicienne et clinicien de la psychothérapie, partager sur votre vécu dans le cadre de cette thèse doctorale pourra contribuer à l'avancement des connaissances en psychologie. Soyez assuré.e que toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Si vous manifestez votre intérêt à participer à cette étude, une discussion en vidéoconférence se fera afin de vérifier si vous correspondez aux critères de sélection pour l'étude. Le formulaire de consentement vous sera également présenté lors de cette première discussion. Si nous convenons de votre participation, vous serez invité à cocher celui-ci pour communiquer votre consentement et à me le retourner par courriel. Le rendez-vous pour l'entretien de collecte de données sera pris lors de cette première rencontre et aura lieu dans les deux semaines suivant la conversation en vidéoconférence, en fonction de vos disponibilités.

Si vous vous reconnaissez dans la description faite au début de la lettre et que vous souhaitez participer à mon étude, je vous invite à entrer en contact avec moi par courriel ou par téléphone afin que nous puissions discuter de votre éventuelle participation.

Je vous remercie chaleureusement de prendre le temps de considérer la possibilité de participer à cette étude. Votre collaboration serait très utile à l'avancement de mes études doctorales. En remerciement de votre participation, je vous remettrai une copie électronique de ma thèse de doctorat, si vous le désirez. J'espère avoir de vos nouvelles prochainement.

Cordialement,

Simonne Couture
Doctorante en psychologie clinique
Département de psychologie
Université de Sherbrooke
Simonne.Couture@USherbrooke.ca

Recherche dirigée par Marie Papineau, Ph. D.
Professeure agrégée et psychologue clinicienne
Département de psychologie
Université de Sherbrooke
Marie.Papineau@USherbrooke.ca
(819) 821-8000 poste 62226

Appendice B

Lettre d'approbation du CER qui tient lieu de certificat d'éthique

Sherbrooke, le 26 mai 2020

Mme Simonne Couture FLSH Psychologie (études) Université de Sherbrooke

Directrice ou directeur de recherche :

Mme Marie Papineau; Mme Anne Brault-Labbé; Marc-Simon Drouin

N/Réf. 2020-2562/Couture

Objet : Approbation de votre projet de recherche

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a évalué votre projet de recherche intitulé « Mise en sens du traumatisme vicariant chez les psychologues : Regards sur le « Nous » intersubjectif » lors de sa réunion du 21 mai 2020.

Les documents suivants ont été analysés :

Formulaire de demande initiale (F1-LSH)

Évaluation scientifique (Soutenance Simonne Couture_Commentaires du Comité.pdf)

Projet de recherche (Simonne_Couture-Projet_CER.docx)

Documents utilisés pour le recrutement (Simonne_Couture_lettre-dinvitation.docx)

Documents utilisés pour le recrutement (Simonne Couture_Communication aux associations_Intermédiaires pour le recrutement.docx)

Formulaire de consentement (Simonne_Couture-Formulaire_consentement.docx)

Autres documents pertinents (Ententerecrutement-CIG.pdf)

Autres documents pertinents (Ententerecrutement-GEI.pdf)

Autres documents pertinents (Simonne_Couture-Entente_Non-Divulgation.docx)

Autres documents pertinents (Simonne_Couture-Confidentialité_interjuges.docx)

Le comité a le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé.

Le comité vous recommande toutefois d'ajouter un rappel de la définition de traumatisme vicariant dans le formulaire de

consentement.

Cette approbation étant valide jusqu'au 21 mai 2021, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) que nous vous ferons parvenir annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute

modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

En raison de la pandémie de CoVID-19, le comité vous rappelle que vous ne pouvez pas faire le recrutement et la collecte

des données en présentiel auprès des personnes participantes jusqu'à ce que l'Université de Sherbrooke annonce le retour à la normale des activités de recherche. Pour suivre l'évolution de la situation, consulter le site

USherbrooke.ca/coronavirus.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite, Madame, le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.

M. Olivier Laverdière
Président du CÉR - Lettres et sciences humaines Professeur au département de psychologie Faculté des lettres et sciences humaines

c. c. Vice-décanat à la recherche
Directeur ou directrice de recherche (le cas échéant)
Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création (le cas échéant)

Appendice C
Instructions fournies aux associations intermédiaires

Aux associations participant en tant qu'intermédiaires au recrutement des participantes et participants pour la thèse doctorale de Simonne Couture

Bonjour,

J'espère que vous vous portez bien.

Je viens vous annoncer une bonne nouvelle! J'ai obtenu la certification éthique pour poursuivre le déroulement de mon projet de thèse : Mise en sens du traumatisme vicariant chez les psychologues : Regards sur le « Nous » intersubjectif.

Ainsi, comme convenu, je vous transmets donc des indications plus précises au sujet de votre rôle d'intermédiaire pour m'assister pour le recrutement des participantes et participants.

D'abord, je vous transmets en pièce jointe une invitation à participer à l'étude. Je vous invite à envoyer cette invitation à tous les membres de votre association. Par la suite, si un de vos membres entre en contact avec vous pour des questions ou dans le but de participer à la recherche, je vous invite à lui donner mes coordonnées et à lui indiquer de communiquer avec moi directement. Ensuite, je vous enverrai un rappel de l'invitation à transmettre à vos membres pour participer à l'étude en septembre 2020. La procédure à suivre sera la même.

Si vous le souhaitez, en remerciement de votre aide, je vous enverrai une copie électronique de ma thèse lorsque celle-ci sera complétée. Vous n'aurez qu'à m'en faire part.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toutes questions ou commentaires. Je vous remercie encore une fois pour votre précieuse collaboration qui m'est très utile,

Salutations distinguées,

Simonne Couture

Doctorante en psychologie clinique

Département de psychologie

Université de Sherbrooke

simonne.couture@Usherbrooke.ca

Recherche dirigée par Marie Papineau, Ph. D.

Professeure agrégée et psychologue clinicienne

Département de psychologie

Université de Sherbrooke

819-821-8000 (poste 62226)

[ou sans frais, au 1 800 267-8337, poste 62226]

Marie-Papineau@Usherbrooke.ca

Appendice D
Canevas de l'entretien d'explicitation

Canevas de l'entretien d'explicitation

Accueil et prise de contact

Bonjour et bienvenue. Aujourd'hui, nous aborderons votre vécu en tant que psychologue pratiquant la psychothérapie auprès des patients victimes de traumatismes interpersonnels. Le traumatisme interpersonnel est un traumatisme qui a lieu en relation avec une autre personne. Discuter avec eux de ce qu'ils en comprennent. Je vous invite donc, lorsque ce sera le moment, de laisser venir à vous des moments qui ont lieu dans le contexte de la psychothérapie auprès de patients ayant vécu ce type de traumatisme.

Lors de cet entretien, je vous propose, si vous êtes d'accord, de laisser revenir ce qui vous vient spontanément. Je ne questionnerai pas ce que vous pensez, mais bien votre expérience vécue, ce qui est un peu différent. Vous aurez peut-être envie de me mettre en contexte, de m'expliquer l'historique de la thérapie, de me faire part de votre compréhension clinique, de me faire bien comprendre comment vous percevez la dynamique relationnelle. Toutefois, mon approche est un peu différente. Ce dont j'ai besoin, c'est l'infiniment petit détail de votre vécu, de votre senti. Ce n'est donc pas grave si je ne saisis pas le contexte de la thérapie. Nous allons ensemble explorer et revivre trois moments dans le détail, trois vagues dans lesquels vous allez expliciter ces moments. Leur demander ce qu'ils comprennent de ce qu'on va faire aujourd'hui.

Introduction à l'entrevue

Durant l'entrevue qui suivra, l'utilisation du terme masculin « patient » sera priorisée afin de faciliter la fluidité des questions, à moins d'un avis contraire de la part des participants. L'utilisation du « vous » sera privilégiée, à moins d'un avis contraire de la part des participants. Je vous invite à vous assurer que vous m'entendez et me voyez bien. Je vous invite maintenant à fermer la fenêtre de la caméra qui vous renvoie votre propre visage.

Comment trouvez-vous que l'entretien se fasse en ligne? Comment vous sentez-vous face à l'entretien d'aujourd'hui?

Mise en soi

Je vous propose de débiter l'entretien, si vous êtes d'accord, avec une mise en soi. Elle est une façon de s'ancrer dans son vécu, de laisser venir les sensations, perceptions, pensées, sans aller les chercher volontairement, ni les forcer. Je vous demande donc de fermer les yeux.

1. Prenez conscience de vos points de contact sur votre chaise et au sol, de vos appuis corporels, par exemple, votre bassin sur la chaise et vos pieds au sol.

2. Laissez venir les sensations, qu'elles soient agréables ou pas, et sentez comment ces sensations évoluent dans votre corps.

3. Écoutez le silence en vous. Porter attention au silence entre nous. Écoutez le silence de la pièce, le silence à votre droite, à votre gauche.

4. Ancrez-vous dans votre sensibilité intérieure et corporelle, tout en étant ouvert à ma présence virtuelle. Observez comment vous accueillez ma présence virtuelle.

Entretien d'explicitation

Maintenant, je vous inviterais à rester dans cet état d'ouverture et à contacter votre expérience clinique, votre travail quotidien de psychologue auprès de vos patients ayant partagé avec vous des vécus particulièrement traumatisants en lien avec un traumatisme interpersonnel. Comme on en a discuté tantôt, des traumatismes dans la relation, (reprendre les termes utilisés).

1. Je vous propose, si vous êtes d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment dans une rencontre de thérapie avec un patient traumatisé où vous vous êtes senti vous-même traumatisé.... Contaminé... Troublé.... Ébranlé en profondeur... Étranger à vous-même... Peut-être agressé... violenté...
 - Prenez le temps de me laisser le moment complètement revenir.
 - *Contexte* : Commencez par me décrire dans quel contexte vous êtes physiquement dans la pièce. Décrivez-moi où vous êtes, comment vous êtes placés, comment vous vous sentez dans votre corps.
 - *Déroulement* : Je vous propose, si vous êtes d'accord, de retourner au moment comme il est venu, décrivez-moi ce moment.
 - *Différentes questions de relance en fonction de ce qui émerge et des procédés à propos. Par exemple* :
 - À quoi reconnaissez-vous que vous êtes (...)?
 - C'est où dans votre corps ?
 - Comment sentez-vous que vous êtes troublé?
 - Qu'est-ce que ça a comme effet dans votre corps ?
 - Qu'est-ce qui se passe juste avant? Et juste après?

- Autres questions de relance

Transition : On va s'en aller doucement pour quitter ce moment. Prenez une respiration, revenez dans un état détendu. Sentez vos appuis, vos pieds, votre bassin, votre dos sur la chaise. Quand vous serez prêt pour un deuxième moment, je vous amènerai dans votre vie personnelle, en dehors de la thérapie, faites-moi signe.

2. Je vous propose, si vous êtes d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment où, quand vous étiez seul(e), vous vous êtes sentis perturbés par un patient-client traumatisé.

- *Contexte (au besoin) :* Commencez par me décrire dans quel contexte vous êtes physiquement dans la pièce. Décrivez-moi où vous êtes, comment vous êtes placés, comment vous vous sentez dans votre corps.
- *Déroulement :* Prenez le temps de me laisser le moment complètement revenir. Décrivez-moi ce moment.
- *Différentes questions de relance en fonction de ce qui émerge et des procédés à propos. Par exemple :*
 - À quoi reconnaissez-vous que la perturbation débute?
 - Que se passe-t-il juste avant? Juste après?
 - Comment est vécu la perturbation dans votre corps?
 - À ce moment où vous vous sentez perturbé, à quoi vous portez votre attention? Qu'est-ce que vous prenez en compte?
 - Autres questions de relance

Transition : On va s'en aller doucement pour quitter ce moment. Prenez respiration, revenez dans un état détendu. Sentez vos appuis, vos pieds, votre bassin, votre dos sur la chaise. Quand vous serez prêt pour un troisième moment, je vous replace dans une séance de thérapie, faites moi signe.

3. Je vous propose, si vous êtes d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment où vous avez utilisé votre vécu traumatisé et que la relation thérapeutique en a profité.

- *Contexte* : Commencez par me décrire dans quel contexte vous êtes physiquement dans la pièce. Décrivez-moi où vous êtes, comment vous êtes placés, comment vous vous sentez dans votre corps.
- *Déroulement* : Prenez le temps de me laisser le moment complètement revenir. Décrivez-moi ce moment.
- *Différentes questions de relance en fonction de ce qui émerge et des procédés à propos. Par exemple* :
 - À quoi reconnaissez-vous le changement sur la dynamique relationnelle?
 - Que se passe-t-il juste avant? Juste après?
 - Comment sentez-vous cette variation de la dyade?
 - Quand vous sentez cette perturbation, sur quoi votre attention est-elle portée?
 - Autres questions de relance

Fermeture

Je vous propose, si vous êtes d'accord, de prendre le temps de vous laisser revenir à la pièce. Reprenez contact avec vous, avec vos sensations physiques, vos pieds sur le sol, votre bassin sur la chaise, le contact de l'air sur votre peau.

Au terme de cet entretien d'explicitation, qu'est-ce qui vous vient spontanément?

Qu'est-ce que vous retirez de cet entretien?

Comment-vous sentez-vous?

Banque de questions de relance

Pour situer le moment temporellement (déclencheurs, déroulement, fin):

- Qu'est-ce qui se passe juste avant?
- Et juste après?
- Et ensuite?

Fragmentation (découper l'expérience en détail):

- Et quand vous sentez ..., qu'est-ce que ça vous fait?
- Et quand vous sentez..., quel espace est-ce que ça occupe?
- Et quand vous vous dites... à quoi vous reconnaissez ce que ça vous fait ...?

Amplification (qualifier l'expérience en détail):

- Comment vous observez ...? Quel espace ça occupe dans champ de vision?
- Quand vous... sur quoi votre attention est portée?
- Comment vous percevez le ton de sa parole?
- Comment vous recevez ...?
- Comment vous reconnaissez ... sensation?

Actions mentales posés :

- Et à ce moment où ..., qu'est-ce que vous faites?
- Et à ce moment où ..., qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête?
- Et à ce moment où ..., quelle décision vous prenez dans votre tête?

Couches de vécus :

- Bouleversement dans le corps : Qu'est-ce que ... a comme effet dans votre corps?
- États intérieurs : Qu'est-ce que ... a comme effet à l'intérieur? Qu'est-ce que ça vous fait comme sensation?
- Monde émotionnel : Qu'est-ce que vous ressentez? Quelle émotion émerge?
- Pensées : Qu'est-ce que vous vous dites? À quoi est-ce que vous pensez?

Appendice E

Formulaire d'information et consentement pour les participants à l'étude

Formulaire d'information et consentement pour les participants à l'étude

Vous êtes invité (e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Afin de participer à ce projet de recherche, vous devrez cocher la case correspondante à la fin de ce document pour communiquer votre consentement et le retourner par courriel au simonne.couture@usherbrooke.ca . Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision.

Titre du projet de recherche

Mise en sens du traumatisme vicariant chez les psychologues : Regard sur le « Nous » intersubjectif.

Personnes responsables du projet de recherche

Simonne Couture, B.A., étudiante au doctorat Ph.D. - Recherche et intervention en psychologie clinique, est responsable de ce projet. Vous pouvez rejoindre Simonne Couture à l'adresse courriel Simonne.Couture@USherbrooke.ca ou au 819-640-5634 pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Madame Marie Papineau, Ph. D., professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, supervise le projet. Vous pouvez rejoindre Madame Marie Papineau, au 819-821-8000, poste 62226, ou à l'adresse courriel Marie.Papineau@USherbrooke.ca.

Objectifs du projet de recherche

La présente étude a comme premier objectif d'explorer l'expérience vécue du traumatisme vicariant chez des psychologues travaillant avec des patients présentant selon eux un trouble de stress post-traumatique. Le second objectif est d'explorer et de décrire l'expérience vécue du traumatisme vicariant dans la vie personnelle des psychologues. Finalement, le troisième objectif de l'étude est d'explorer la fonction significative et réparatrice du traumatisme vicariant dans le cadre de la thérapie du trouble de stress post-traumatique interpersonnel dans une perspective intersubjective.

Définition du traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant est un ébranlement profond qui se produit chez le psychothérapeute au contact du patient traumatisé. Les affects de votre patient qui sont associés au trauma, comme la

terreur, l'impuissance et l'incrédulité, sont si intenses que lorsque vous entrez en contact avec ceux-ci, une partie de votre vécu expérientiel en devient contaminée. Il peut alors se présenter chez vous des manifestations comme des cauchemars, des flashes de contenu traumatisant, de l'hypervigilance ou des pensées intrusives, dans une tentative de symboliser ces affects. Le traumatisme vicariant est associé à un vécu intime qui sort de l'ordinaire, qui est distinct d'un vécu de contre-transfert commun. Le traumatisme vicariant est particulièrement marqué lorsque le vécu traumatique du patient est à teneur relationnelle, c'est-à-dire qu'il provient d'une interaction traumatisante avec une ou des personnes

Raison et nature de la participation

La participation à cette étude consiste à faire deux rencontres avec la chercheuse. Vous aurez à participer à une première rencontre de prise de contact durant laquelle les objectifs de l'étude ainsi que le formulaire de consentement vous seront présentés. Cette première rencontre sera d'une durée d'environ 30 minutes. Ensuite, une seconde rencontre de 120 minutes aura lieu, qui sera la collecte des données pour la présente étude. Durant cette deuxième rencontre, vous aurez à réfléchir à votre pratique clinique et à votre vie personnelle en lien avec le traumatisme vicariant. Vous aurez aussi à répondre à des questions au sujet de moments significatifs vécus dans le cadre de la thérapie avec certains de vos patients qui ont vécus des traumatismes. Aucune préparation n'est nécessaire avant et entre les deux rencontres.

En regard à la situation actuelle d'urgence sanitaire liée à la COVID-19, les entrevues de collecte de données auront lieu en vidéoconférence, avec l'audio et le vidéo, afin de respecter les mesures décrétées par la Santé publique. Elles seront faites sur la plateforme sécurisée Teams de Microsoft, qui a été choisie à cause de sa sécurité informatique et puisqu'elle est approuvée par l'Université de Sherbrooke. Les entrevues respecteront les directives du Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie formulé par l'Ordre des Psychologues du Québec. Vous devez ainsi avoir accès à un ordinateur personnel comportant microphone et caméra et avoir une connexion internet stable. Vous êtes invités à choisir un endroit confortable, sécuritaire et confidentiel de leur choix pour la durée de l'entrevue. La chercheuse sera elle-même dans son propre bureau personnel, lieu sécuritaire et confidentiel. L'audio de cette entrevue sera enregistrée sur un dictaphone numérique.

En ce qui concernant le profil du participant recherché, vous devez être psychologue membre de l'OPQ depuis au moins cinq ans et pratiquer la psychothérapie individuelle. Vous devrez considérer avoir, au cours de votre carrière, vécu au moins un état correspondant à la description du traumatisme vicariant présentée dans la lettre d'invitation et considérer avoir eu l'occasion de faire au moins un suivi de psychothérapie où vous aurez vécu une forme de résolution de celui-ci, selon votre perception. Vous devez adopter, selon votre perception, une compréhension intersubjective et relationnelle des enjeux de vos patients et avoir au moins 20 % de votre clientèle qui est composée de patients manifestant, selon vous, des symptômes d'un stress post-traumatique. Les entrevues se feront en français.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre d'approfondir votre compréhension de votre expérience dans votre pratique auprès de patients présentant un trouble de stress post-traumatique, augmentant ainsi votre conscience réflexive. Ce sera également une occasion pour vous de conscientiser certains aspects de votre vécu du traumatisme vicariant. De plus, en tant que psychologue clinicien de la psychothérapie, partager sur votre vécu pourra contribuer à l'avancement des connaissances en psychologie.

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 de votre temps. Si vous ressentez de la fatigue lors de l'entrevue, vous pourrez demander une pause. Il est également possible que vous sentiez une réticence à partager certaines informations. Dans ce cas, vous êtes libres de choisir de ne pas répondre à des questions qui pourraient vous indisposer. Vous pourrez également mentionner à la chercheuse, pendant ou à la fin de l'entrevue, s'il y a des informations que vous souhaitez retirer du contenu qui sera analysé.

Pendant ou à la suite de l'entrevue, il est possible que le fait de partager votre vécu sensible en lien avec des moments significatifs avec certains de vos patients présentant un stress post-traumatique en psychothérapie vous fasse vivre certains sentiments inconfortables. Il est possible que le partage d'émotions vécues lors des séances de thérapies ou dans votre vie intime puisse vous mettre en contact avec des souvenirs difficiles reliés à ces moments. Au besoin, il vous sera recommandé de consulter votre superviseur ou votre psychologue. Une référence pour un psychologue vous sera fournie dans votre région, au besoin.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui ___ Non ___

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce

projet de recherche.

Votre dossier de recherche peut comprendre des renseignements tels que votre nom, des enregistrements audios ainsi que les résultats des entrevues qui seront réalisés dans le cadre du projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et elle seule y aura accès. Les extraits qui seront présentés dans la thèse seront finement examinés et toute information qui donnerait une possibilité de reconnaître une personne participante sera enlevée.

Les données recueillies seront conservées sous forme électronique, dans l'ordinateur personnel de la chercheuse protégé d'un code d'accès ainsi que sur une clé USB munie d'un mot de passe pour l'accès aux fichiers. Une fois l'analyse des données terminée, la clé USB encryptée sera mise dans une enveloppe et conservée dans un classeur barré au laboratoire de recherche de l'un des codirecteurs de thèse. Les données verbatim jusqu'alors conservées et protégées dans l'ordinateur personnel de la chercheuse seront à ce moment effacées avec attention. Les données électroniques seront également conservées sur le serveur protégé de la directrice de thèse, à l'Université de Sherbrooke.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Les regroupements dont vous faites partie ne seront pas mis au courant de votre participation et auront accès aux résultats de la recherche seulement par l'entremise de la thèse sans pouvoir vous identifier. Votre participation ne sera jamais dévoilée par la chercheuse, et aucune information pouvant vous identifier ne sera dévoilée à la directrice de thèse de la chercheuse.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires, des représentants de l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche

Si vous souhaitez obtenir une copie de la thèse de doctorat qui résultera de cette recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrions vous la faire parvenir :

Adresse électronique : _____

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 et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant 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 cer_lsh@USherbrooke.ca.

Signature de la personne participante

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

(En cochant cette case, vous communiquez votre consentement)

Nom de la personne participante

Date

Appendice F
Calcul de l'inter-juges

1. Équation et résultat du calcul du taux d'accord

$$\frac{\text{Nombre d'accords}}{\text{Nombre d'accords} + \text{Nombre de désaccords}} = \frac{22}{25} = 0,88$$

2. Équation du coefficient alpha de Krippendorff

$$\alpha = \frac{P_a - P_e}{1 - P_e}$$

où P_a = pourcentage pondéré de concordance

P_e = pourcentage pondéré de concordance liée à la chance

3. Grille de résultats du calcul du coefficient Alpha de Krippendorff au moyen du logiciel QDA Miner

Accord inter-juges- calcul alpha

DÉSACCORD	POURCENTAGE	ALPHA
0	100,0%	1,000
0	100,0%	1,000
0	100,0%	1,000
0	100,0%	1,000
1	96,0%	0,000
0	100,0%	1,000
0	100,0%	1,000
2	92,0%	-0,021
3	88,5%	0,514
0	100,0%	1,000
0	100,0%	1,000
6	97,8%	0,868

Alpha de Krippendorff = 0,87

Appendice G
Grille de catégorisation complète sans les définitions

MISE EN SENS PAR LE PSYCHOLOGUE DU VÉCU TRAUMATIQUE EXPRIMÉ DANS LA DYADE THÉRAPEUTIQUE

1 RÉPERCUSSIONS INTÉRIEURES DÉCLENCHÉES AU CONTACT DU MATÉRIEL TRAUMATIQUE

1.1 Expérience intime des mouvements dynamiques du patient plongé dans son trauma

1.1.1 Navigation angoissante entre l'élan de réprimer la colère du patient et le souhait d'être empathique

1.1.2 Déchirement devant la double expression du besoin vulnérable du patient et son agressivité défensive

1.1.3 Perception surprise du mouvement d'attaque du patient qui se protège de la douleur de son trauma

1.1.4 Impression tenace de se sentir attaquer le patient en l'amenant dans son vécu vulnérable

1.2 Émotion éprouvée en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade

1.2.1 Colère amère face à la conviction implacable du patient que son thérapeute ne saura pas le soutenir

1.2.2 Irritation soulevée quand le patient se dissocie rapidement de ses affects souffrants

1.2.3 Terreur de la rage meurtrière du patient qui témoigne d'un vécu de violence impuissante

1.2.4 Angoisse que la dyade ne parviendra pas à se réguler à temps car le temps file

1.3 Anticipation à l'approche d'un contenu traumatique qui s'éveille chez le patient

1.3.1 Panique envahissante en imaginant la terreur du patient qui pourrait submerger son équilibre

1.3.2 Intuition profonde que le patient dévoile un vécu souffrant qu'il a évité jusqu'à présent

1.3.3 Vigilance agitée des signes d'une remontée affective intense incontrôlable chez le patient

1.4 Sensibilité profonde concernant l'expérience de l'essence du trauma

1.4.1 Présence troublante d'une urgence d'entendre la confiance révélatrice du patient

1.4.2 Pressentiment prudent face à l'importance réelle du dévoilement imminent par le patient

1.4.3 Excitation curieuse au contact d'une intuition de toucher un vécu au cœur de la souffrance du patient

1.5 Mouvement intérieur dramatique en réponse à la dysrégulation du patient

1.5.1 Effondrement foudroyant face à l'immense désorganisation du patient

1.5.2 Sensation grotesque d'un trou sans fond déchirant le thorax face à l'étrange absence d'émotion du patient

1.5.3 Épuisement alourdissant au contact de l'intensité des émotions manifestes et pressenties

1.6 Éveil d'un élan accueillant en concordance avec l'expérience intérieure du patient

1.6.1 Résonance pressentie à la souffrance qui éveille une tristesse infinie

1.6.2 Pulsion empathique de rester activement engagé avec le patient pendant qu'il est plongé dans son vécu

2 TENTATIVES DE TRAITEMENT DES EXPÉRIENCES TRAUMATIQUES DANS LE BUT DE LES INTÉGRER

2.1 Posture d'aide bienveillante permettant de garder contact avec son attitude aidante

2.1.1 Recherche attentive et patiente de la fragilité sous-jacente à la mise en scène à l'œuvre

2.1.2 Conviction accordée qu'une vulnérabilité se cache sous la violence du patient

2.1.3 Certitude tranquille de pouvoir accompagner le patient dans l'intensité de ses affects sans paniquer

2.2 Réaction envahissante face à sa propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie

2.2.1 Colère violente palpitant dans son corps devant son incapacité de réguler seul sa souffrance secrète

2.2.2 Effondrement désorganisé accompagné de sanglots qui ne soulagent pas l'inconfort physique

2.2.3 Sensation nauséuse d'être incapable de digérer physiquement ce qui a été raconté en séance

2.2.4 Agitation incapacitante qui s'exprime par un humour désincarné de la souffrance pressentie

2.2.5 Sentiment affolant d'être entièrement seul avec une douleur qui n'a pas de fond

2.2.6 Effort infructueux de mobiliser son énergie vitale pour contenir le flot d'impuissance

2.3 Posture douce d'auto-acceptation face à l'intensité de son chamboulement intérieur

2.3.1 Permission bienveillante de revisiter un contenu intense après avoir pris un recul affectif

2.3.2 Soulagement vif insufflé par la reconnexion avec son affect qui était enterré

2.3.3 Auto-permission concédée de vivre ses émotions personnelles face au trauma telles qu'elles montent

2.4 Réflexe affectif involontaire face au danger imaginé des émotions intenses

2.4.1 Séparation nette entre les vécus dans le corps et en pensée qui reflètent la communication du patient

2.4.2 Réalisation vertigineuse de l'agonie innommable de la souffrance horrible du patient

2.4.3 Impression alarmante que les affects traumatiques seront mortels pour le patient

2.5 Expérience de l'immersion totale dans le vécu du patient

2.5.1 Moment d'abandon volontaire de la réticence à être pleinement témoin du vécu traumatique

2.5.2 Attachement protecteur avec une teinte parentale lorsque le psychologue est exposé au trauma

2.5.3 Impression tenace d'être forcé à devenir le témoin visuel du trauma du patient

2.5.4 Submersion complète dans les images visuelles perturbantes du vécu du patient

2.5.5 Sensation déroutante d'être aspiré sans sentir de contrôle dans la tourmente du patient

2.5.6 Reconstitution involontaire en images de contenus horribles partagés par le patient

PRISE DE PERSPECTIVE EN REGARD À L'EXPÉRIENCE VÉCUE INDIVIDUELLE ET DYADIQUE

3.1 Conscience intuitive de l'influence de son vécu affectif sur la dyade lors du dévoilement du trauma

3.1.1 Constat saisissant face à sa peur de l'intensité affective du patient qui est sûrement partagée

3.1.2 Sentiment profond d'être abandonné et isolé qui est communiqué en fantaisie au patient

3.1.3 Pressentiment vigilant de la nécessité de maintenir sa limite subjective face à l'intensité du patient

3.1.4 Intuition profonde de la nécessité d'être indestructible pour préserver le patient d'un anéantissement

3.1.5 Recul intérieur délibéré au contact de son besoin de résolution qui passe avant celui du patient

3.2 Réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées

3.2.1 Sidération totale devant l'immensité de sa terreur qui était insoupçonnée

3.2.2 Déception honteuse d'avoir failli à son idéal de psychologue en se dissociant de sa peur

3.3 Contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée

3.3.1 Impression d'être épuisé à la suite de la survie de la dyade qui a traversé une épreuve déstabilisante

3.3.2 Réflexion active sur les liens entre son propre trauma et le bouleversement qu'il a vécu dans la dyade

3.3.3 Réalisation frappante de la puissance de cette rencontre en profondeur dans la souffrance partagée

Appendice H
Grille de catégorisation avec les définitions

MISE EN SENS PAR LE PSYCHOLOGUE DU VÉCU TRAUMATIQUE EXPRIMÉ DANS LA DYADE THÉRAPEUTIQUE

1. RÉPERCUSSIONS INTÉRIEURES DÉCLENCHÉES AU CONTACT DU MATÉRIEL TRAUMATIQUE

Le psychologue a une réaction spontanée ou initiale au contact des éléments du trauma ou de la manière dont il est dévoilé par le patient dans la thérapie. Cette réaction du psychologue peut ou non entraîner un changement dans sa posture d'intervention, comme une perte de contact avec les intentions thérapeutiques. Cette réaction est plus ou moins conscientisée et mise en sens par le psychologue.

1.1 Expérience intime des mouvements dynamiques du patient plongé dans son trauma

Le psychologue effectue un mouvement d'approche, de recul vers le contenu traumatique ou négocie à l'intérieur de lui s'il va faire ce mouvement. Il prend conscience de ce que son mouvement induit chez le patient.

1.1.1 Navigation angoissante entre l'élan de réprimer la colère du patient et le souhait d'être empathique

Le psychologue ressent qu'il doit placer des balises fermes à l'intérieur desquelles le patient peut exprimer sa rage. Il ne sait toutefois pas comment mettre ces balises tout en communiquant qu'il est touché par la colère du patient et qu'il se représente la souffrance sous-jacente à cette émotion. Par exemple, il s'exprime d'une façon ferme et affirmative, il invite le patient à s'exprimer dans les limites du cadre.

1.1.2 Déchirement devant la double expression du besoin vulnérable du patient et son agressivité défensive

Le psychologue se sent contraint et est paralysé parce qu'il hésite au sujet de l'aspect de l'expérience du patient qu'il devrait adresser. D'une part, l'attitude chargée et agressive du patient est manifeste dans la relation. Toutefois, il devine une vulnérabilité cachée qui est probablement protégée par cette manifestation. Par exemple, il se questionne sur comment intervenir pour prendre soin de la vulnérabilité, il hésite sur la façon de maintenir son cadre d'une façon bienveillante, il reste en silence car il ne sait pas sur quel pied danser.

1.1.3 Perception surprise du mouvement d'attaque du patient qui se protège de la douleur de son trauma

Le psychologue reçoit avec stupéfaction l'agressivité du patient. Il n'a pas senti celle-ci arriver et il constate que le patient l'agresse ou attaque la relation. Il comprend toutefois, d'une certaine manière, que cette offensive est une façon pour le patient de se protéger. Par exemple, il remarque le ton agressif, il dénote les atteintes qui sont faites à l'encontre de la thérapie ou du thérapeute, il ressent la colère, il remarque les signes non-verbaux reliés à la fureur du patient.

1.1.4 Impression tenace de se sentir attaquer le patient en l'amenant dans son vécu vulnérable

Le psychologue se vit comme un agresseur lorsqu'il intervient en activant la partie blessée et fragile du patient. Bien qu'il a une intention thérapeutique en tête, il observe que le patient se

sent victimisé, mis à nu, presque comme un animal blessé ou traqué. Par exemple, il observe les réactions douloureuses présentes chez le patient, il remarque que le patient lui en veut, il se remet en question sur la justesse de son intervention puisqu'elle agresse le patient.

1.2 Émotion éprouvée en réverbération à la navigation des frontières du psychologue dans la dyade

Le psychologue ressent une émotion, souvent négative ou déplaisante, en réaction à la dysrégulation du patient. Cette dysrégulation peut avoir un effet d'envahissement et submerger l'expérience du psychologue.

1.2.1 Colère amère face à la conviction implacable du patient que son thérapeute ne saura pas le soutenir

Le psychologue se sent péniblement condamné d'avance par le patient. Il constate que le patient prévoit et met en place un scénario dans lequel le psychologue ne peut pas être présent de la "bonne" façon pour lui. Il constate qu'une forme de sabotage de ses interventions est mise en place. Par exemple, il dénote avec amertume les paroles du patient qui mettent en échec en avance la possibilité de soutien (« Personne ne peut me comprendre, tu ne pourras pas m'aider, il est trop tard pour moi, »), il est frustré face à la fermeture perçue chez le patient de reconnaître la possibilité que le thérapeute puisse le soutenir adéquatement.

1.2.2 Irritation soulevée quand le patient se dissocie rapidement de ses affects souffrants

Le psychologue est profondément agacé par la mise à distance des émotions intolérables qu'il observe car il a l'intuition que celles-ci doivent exister pendant un instant pour que le travail thérapeutique puisse se faire. Par exemple, il observe dans le non-verbal les émotions quitter le visage du patient, il tente de faire émerger les émotions disparues en questionnant le patient de toutes les façons possibles, il tente de normaliser l'existence de ces émotions dissociées pour que le patient accepte de reconnaître leur existence.

1.2.3 Terreur de la rage meurtrière du patient qui témoigne d'un vécu de violence impuissante

Le psychologue associe l'ampleur de la fureur manifestée par le patient à l'ampleur de la violence qu'il a vécu (qu'elle soit imaginée ou qu'elle ait déjà été explicitée). Par exemple, il a un insight lorsqu'il cherche l'origine de la colère du patient, il essaie intérieurement de nourrir sa propre empathie en revenant à l'histoire du patient, il tente de deviner quel genre de vécu peut nourrir une aussi grande énergie de préservation.

1.2.4 Angoisse que la dyade ne parviendra pas à se réguler à temps car le temps file

Le psychologue est emporté par une vague d'anxiété. Cette angoisse qui monte lui donne l'impression qu'il ne parviendra pas à contenir et à refermer la plaie qui a été ouverte chez le patient. Il a l'impression que le temps alloué à la séance sera insuffisant. Par exemple, il peut ressentir des sensations physiques, avoir la gorge nouée, l'estomac à

l'envers, en pensant au temps qui avance sans qu'une résolution se fasse. Ses pensées peuvent s'emballer, il peut paniquer et chercher à toute allure quel angle prendre pour aider à refermer la plaie ouverte sans retraumatiser.

1.3 Anticipation à l'approche d'un contenu traumatique qui s'éveille chez le patient

Le psychologue effectue une forme de projection vers l'avant dans laquelle il peut se préparer dans une forme de posture de veille aux conséquences de l'accès aux vécus traumatiques. Il pressent l'importance que ce contenu aura sur le patient et sur la thérapie.

1.3.1 Panique envahissante en imaginant la terreur du patient qui pourrait submerger son équilibre

Le psychologue ressent une agitation intérieure incapacitante qui a de plus en plus de prise sur lui car il pressent l'ampleur de la frayeur du patient. Il sent qu'il sera incapable de faire face à celle-ci et il a peur de perdre le contrôle. Par exemple, il se sent physiquement fébrile, ses pensées s'emballent vers un scénario catastrophe, il se questionne sur sa capacité de tolérer et de contenir les émotions à venir.

1.3.2 Intuition profonde que le patient dévoile un vécu souffrant qu'il a évité jusqu'à présent

Le psychologue ressent au fond de lui que le patient révèle enfin un vécu douloureux qu'il avait pressenti, consciemment ou inconsciemment. Il peut être soulagée d'avoir eu raison d'avoir eu cette intuition. Par exemple, il peut avoir le sentiment d'un déclic intérieur, un moment de « ah-ha ! », il peut également tenir un discours intérieur dans lequel il revoit des moments passés de la thérapie où il a eu des indices de la présence de ce trauma.

1.3.3 Vigilance agitée des signes d'une remontée affective intense incontrôlable chez le patient

Le psychologue devient très concentré sur tous les indices qui pourraient indiquer que le patient est de plus en plus submergé par ses émotions. Son corps peut se mettre dans un état d'alerte physique. Par exemple, il observe attentivement tous les micro-mouvements du corps du patient, il remarque les variations subtiles dans ses gestes, il regarde les mouvements de ses yeux, il observe les plaques de rougeur sur la peau du patient, ses muscles se braquent, son cœur s'accélère.

1.4 Sensibilité profonde concernant l'expérience de l'essence du trauma

Le psychologue vibre au contact du matériel partagé par le patient et sent à l'intérieur de lui qu'ils adressent des enjeux fondamentaux et nécessaires. Il peut changer sa posture thérapeutique pour devenir plus concentré, prudent, à l'écoute tout en ne perdant pas de vue ses intentions thérapeutiques.

1.4.1 Présence troublante d'une urgence d'entendre la confidence révélatrice du patient

Le psychologue est immergé et emporté par le récit du patient qui raconte son traumatisme. Il ressent de façon urgente qu'il doit à tout prix entendre l'histoire au complet, qu'il est primordial qu'il entende le récit de l'histoire dans son entier. Par exemple, il peut essayer de négocier intérieurement la possibilité d'allonger la séance si l'histoire se prolonge, il peut être conscient qu'il souhaite presser le patient afin qu'il complète le récit de son expérience traumatique aujourd'hui.

1.4.2 Pressentiment prudent face à l'importance réelle du dévoilement imminent par le patient

Le psychologue a une intuition intérieure qui lui indique que le patient va lui partager une confiance qui est extrêmement sérieuse et signifiante et que ses actions et attitudes thérapeutiques seront d'une importance capitale. Il prend conscience de l'aspect sérieux du moment. Par exemple, il devient très vigilant au sujet de ses paroles, il se questionne sur la marche à suivre, il a peur de blesser le patient, le tout relié à l'imminence de dévoilement par le patient, l'ambiance est grave, solennelle. Le psychologue pense à ses interventions, il peut aussi réaliser l'aspect sérieux du moment.

1.4.3 Excitation curieuse au contact d'une intuition de toucher un vécu au cœur de la souffrance du patient

Le psychologue se sent de plus en plus fébrile et activé. Il sent que lui-même et son patient sont en train de s'approcher de quelque chose qui est central dans la douleur du patient et que le travail sera signifiant. Par exemple, il sent qu'il fait du bon travail, il se dit qu'ils touchent enfin l'important, il se sent profondément vibrer avec le patient.

1.5 Mouvement intérieur dramatique en réponse à la dysrégulation du patient

Le psychologue est frappé par une grande réaction qui peut être corporelle ou inclure la dimension affective et cognitive. Il est fortement déstabilisé par l'intensité de l'affectivité chez le patient. Le psychologue peut utiliser des images ou des métaphores éloquentes pour exprimer ce qu'il vit.

1.5.1 Effondrement foudroyant face à l'immense désorganisation du patient

Le psychologue est frappé de front par un effondrement physique et affectif massif. Cet effondrement subit l'atteint d'un coup après une séance avec un patient. Par exemple, il tombe à genou, éclate en sanglots incontrôlés, il pousse des cris.

1.5.2 Sensation grotesque d'un trou sans fond déchirant le thorax face à l'étrange absence d'émotion du patient

Le psychologue est perturbé de constater qu'il se sent complètement vide, en même temps que le patient lui rapporte du contenu secouant sans que ce dernier ne démontre d'émotion. Il se sent étrangement vidé. Par exemple, il se représente dans sa fantaisie avoir un trou qui le traverse de bord en bord, il rit intérieurement devant son sentiment

d'être désincarnée, il se sent bizarrement incapable de vibrer ou de résonner avec le patient.

1.5.3 Épuisement alourdissant au contact de l'intensité des émotions manifestes et pressenties

Le psychologue ressent une lassitude infinie qui l'envahit après avoir été exposé à une émotion massive. Il se projette dans ce qu'il imagine que sera l'ampleur de la tâche qui l'attend et est découragé à l'avance. Par exemple, cet épuisement peut être ressenti physiquement, comme une sensation d'être vidé de toute énergie. Il peut également être affectif et mental, comme le sentiment d'être privé de créativité ou d'initiative, l'envie d'abandonner, une représentation négative du futur.

1.6 Éveil d'un élan accueillant en concordance avec l'expérience intérieure du patient

Le psychologue demeure dans une posture thérapeutique en contrôle dans laquelle l'empathie est mobilisée et à l'avant-plan. Les intentions thérapeutiques sont en vue et le psychologue a le regard tourné vers l'intérieur.

1.6.1 Résonnance pressentie à la souffrance qui éveille une tristesse infinie

Le psychologue est gagné par une mélancolie poignante. Il est touché au cœur de son expérience affective car il entrevoit l'ampleur de la douleur du patient. Par exemple, il peut pleurer, avoir un frisson, sentir une montée derrière ses yeux. Il peut s'imaginer comment le patient s'est senti et être ébranlé par cette fantaisie.

1.6.2 Pulsion empathique de rester activement engagé avec le patient pendant qu'il est plongé dans son vécu

Le psychologue a une poussée consciente de maintenir de façon manifeste son engagement relationnel avec le patient pendant qu'il se confie. Il fait des efforts répétés pour maintenir son attention soutenue. Par exemple, il se concentre intensivement, il ne quitte pas le patient des yeux, il exagère légèrement les signes non-verbaux d'écoute pour assurer sa présence

2. TENTATIVES DE TRAITEMENT DES EXPÉRIENCES TRAUMATIQUES DANS LE BUT DE LES INTÉGRER

Le psychologue traverse une période où sa psyché tente de faire quelque chose avec son vécu traumatique. Il peut tenter d'intervenir pour intégrer son expérience ou celle du patient. Il peut également inconsciemment essayer de se représenter les morceaux du trauma qui ont été déposés en lui. Cette période peut être infructueuse. Ces tentatives ont lieu dans la thérapie ou en dehors.

2.1 Posture d'aide bienveillante permettant de garder contact avec son attitude aidante

Le psychologue se positionne afin de soutenir activement les processus de mentalisation du patient. Son regard est tourné vers l'extérieur, vers le patient et ses processus. Il a une forme de plan en tête qu'il tente de suivre.

2.1.1 Recherche attentive et patiente de la fragilité sous-jacente à la mise en scène à l'œuvre

Le psychologue devient vigilant de tous les signes manifestes qui pourraient indiquer les signes d'une souffrance qui est protégée par des réactions plus flamboyantes. Par exemple, il tente de se rendre disponible à l'intérieur de lui-même malgré une irritation grandissante, il observe avec attention ce qu'il pourrait évoquer par une intervention, il se réfère à des concepts théoriques de mécanismes de défense.

2.1.2 Conviction accordée qu'une vulnérabilité se cache sous la violence du patient

Le psychologue est en contact avec la certitude que l'agressivité du patient est une façon de se protéger. Par exemple, il est très tolérant et ne réagit pas aux attaques du patient, il tolère la charge agressive que le patient manifeste.

2.1.3 Certitude tranquille de pouvoir accompagner le patient dans l'intensité de ses affects sans paniquer

Le psychologue se sent solide et en contact avec sa force intérieure et ses intentions thérapeutiques. Il sent qu'il est en possession de ses moyens et qu'il ne sera pas envahi par l'intensité des émotions du patient. Par exemple, il peut avoir un discours interne confiant, se dire à lui-même des paroles encourageantes. Il peut sentir une force tranquille qui l'habite, un calme intérieur dans lequel il pourra se réfugier au besoin.

2.2 Réaction envahissante face à sa propre dysrégulation incontrôlée à l'extérieur de la thérapie

Le psychologue, lorsqu'il est seul, tente infructueusement de digérer ce qui se passe à l'intérieur de lui. Ses affects tentent de s'intégrer dans un effort inefficace de relâchement de la tension. Il ressent des sensations physiques intenses, des émotions fortes qui ne se soulagent pas.

2.2.1 Colère violente palpant dans son corps devant son incapacité de réguler seul sa souffrance secrète

Le psychologue est fortement frustré devant sa propre difficulté à prendre de la distance de son bagage personnel. Il se sent physiquement envahi par la colère lorsqu'il prend conscience de l'impact de son histoire personnelle sur sa posture thérapeutique. Par exemple, il sent son cœur qui palpite et la chaleur qui envahit son visage en réalisant les motivations sous-jacentes à ses interventions, il a un discours punitif envers lui-même quand il constate sa difficulté à quitter son expérience pour plonger dans celle du patient.

2.2.2 Effondrement désorganisé accompagné de sanglots qui ne soulagent pas l'inconfort physique

Le psychologue devient gagné par une vague d'émotions qui tentent de se décharger physiquement mais qui semblent être inépuisables. Par exemple, en dehors de la séance, il exprime des émotions mais il ne ressent pas de libération ou de bien-être, il ne comprend pas pourquoi il n'est pas soulagé.

2.2.3 Sensation nauséuse d'être incapable de digérer physiquement ce qui a été raconté en séance

Le psychologue se sent physiquement « bouché ». Il fait un lien entre ses sensations physiques et sa difficulté d'absorber ce qu'il vient de vivre dans la séance. Par exemple, il a des nausées, il a mal au ventre, il a l'impression qu'il va être malade et il relie ces maux à sa difficulté d'intégrer certains éléments abordés dans la thérapie, et qui sont difficiles à digérer.

2.2.4 Agitation incapacitante qui s'exprime par un humour désincarné de la souffrance pressentie

Le psychologue se sent bizarrement nerveux et n'arrive pas à se connecter véritablement au vécu qui se passe en lui. Il ricane intérieurement ou extérieurement car il est mal à l'aise. Il ne sait plus comment comprendre sa façon de réagir. Par exemple, il rit d'un rire vide, il fait une blague sans humour, il tente de décharger son agitation intérieure par un rire nerveux.

2.2.5 Sentiment affolant d'être entièrement seul avec une douleur qui n'a pas de fond

Le psychologue est envahi par une solitude souffrante qui l'habite subitement. Il sent que personne ne pourra le comprendre ou le soutenir véritablement dans la détresse profonde qu'il ressent. Par exemple, il s'imagine dans une fantaisie être isolé dans une pièce, il se sent complètement démuné et ne sait pas vers qui se tourner.

2.2.6 Effort infructueux de mobiliser son énergie vitale pour contenir le flot d'impuissance

Le psychologue tente de se reprendre afin de surmonter son découragement. Il ne fait plus confiance à sa capacité de soutenir et contenir le patient. Par exemple, il tente de s'autoapaiser par des respirations ou des techniques de présence attentive, il a un discours intérieur qui se veut rassurant, mais l'impuissance l'emporte et l'émotivité reprend le dessus.

2.3 Posture douce d'auto-acceptation face à l'intensité de son chamboulement intérieur

Le psychologue est empathique et compréhensif face à sa propre expérience. Il est plus dans une position d'accueil que de lutte, il commence à accéder à certains pans de son expérience qu'il ne soupçonnait pas. Il respecte ses propres limites de régulation.

2.3.1 Permission bienveillante de revisiter un contenu intense après avoir pris un recul affectif

Le psychologue prend activement du recul face aux émotions intenses qu'il vit en ce moment en se donnant le droit de laisser ce vécu en latence et de le revisiter dans un moment où se sentira plus disponible. Par exemple, il a un discours intérieur bienveillant, il se prévoit un moment où il se penchera directement sur ce qu'il traverse, il se donne une autorisation explicite de prendre une pause des éléments qu'il tente de digérer.

2.3.2 Soulagement vif insufflé par la reconnexion avec son affect qui était enterré

Le psychologue ressent un apaisement intérieur et corporel instantané lorsqu'il prend contact avec une dimension de son expérience émotionnelle qui lui était inconnue. Par exemple, il se sent entier, il fait un sens avec ce qu'il a vécu et les émotions qu'il a ressenties à ce moment-là, il sent un calme apaisant qui s'installe dans son corps.

2.3.3 Auto-permission concédée de vivre ses émotions personnelles face au trauma telles qu'elles montent

Le psychologue cesse de lutter contre les larmes qui montent, se donne le droit de vivre ses émotions en tant qu'humain. Quitte momentanément son identité professionnelle, accepte de ressentir ce qu'il vit personnellement face au trauma ou au patient. Par exemple, il a un discours bienveillant dans lequel il se dit qu'il a le droit de pleurer, il met de côté ses interprétations théoriques de ses réactions.

2.4 Réflexe affectif involontaire face au danger imaginé des émotions intenses

Le psychologue atteint une forme de réalisation profonde dans laquelle il constate le danger fantasmatique des affects du patient. Des réactions de protection peuvent de mettre en place.

2.4.1 Séparation nette entre les vécus dans le corps et en pensée qui reflètent la communication du patient

Le psychologue sent à l'intérieur de lui une agitation physique, ou du moins des sensations corporelles qu'il est incapable d'expliquer ou de mettre en mot. Il fait un lien entre son vécu et celui du patient, qui communique son vécu non-verbalisé. Par exemple, il sent un malaise physique mais n'arrive pas à nommer l'émotion vécue ni l'origine de cette sensation, il est confus sur ce qu'il ressent en relation avec ce qui se passe dans la dyade, il sent que cette expérience qu'il vit est partagée par le patient.

2.4.2 Réalisation vertigineuse de l'agonie innommable de la souffrance horrible du patient

Le psychologue se sent au bord d'un précipice qui représente l'ampleur de la souffrance du patient. Il prend, avec angoisse, la mesure de ce que le patient porte en lui. Comme une forme de vertige. Par exemple, il est surpris par ce qu'il pressent, il sent « son estomac tomber dans ses talons », il a un discours interne dans lequel il s'exclame de la magnitude et l'horreur de la souffrance qu'il perçoit.

2.4.3 Impression alarmante que les affects traumatiques seront mortels pour le patient

Le psychologue développe une fantaisie dans laquelle il imagine que le patient ne pourra pas survivre à l'intensité des émotions qu'il ressent face à son vécu souffrant. Il commence à sentir une panique intérieure irrationnelle concernant la vie psychique du patient. Par exemple, il a un discours intérieur dans lequel il se dit que le patient va en mourir, il sent une inquiétude qu'il identifie comme exagérée en lien avec le risque réel, il s'imagine le patient va mourir.

2.5 Expérience de l'immersion totale dans le vécu du patient

Le psychologue est envahi par les souvenirs ou fantaisies du patient. Il est entièrement immergé dans l'univers du patient et perd, d'une certaine manière, le contact avec la réalité. Il est subjugué par des images, des sensations physiques, des fantaisies. Il peut habiter ces fantaisies de différentes façons. Ces moments peuvent avoir lieu en dehors de la thérapie ou pendant.

2.5.1 Moment d'abandon volontaire de la réticence à être pleinement témoin du vécu traumatique

Le psychologue, au terme d'une période de résistance à être exposé au contenu troublant du patient, finit par y consentir. Il y a un instant où il accepte, où il se laisse aller dans l'univers du patient. Par exemple, il se dit à l'intérieur de lui-même qu'il est d'accord, qu'il comprend que c'est important. Il se convainc que sa résistance n'est pas au service du patient.

2.5.2 Attachement protecteur avec une teinte parentale lorsque le psychologue est exposé au trauma

Le psychologue ressent une compassion protectrice profonde envers le patient lorsqu'il est témoin des images évoquées par le patient ou qui proviennent de ses propres fantaisies intérieures, presque comme un parent qui est témoin de son enfant qui tombe sans pouvoir l'empêcher de tomber. Par exemple, il peut se dire qu'il souffre de voir ce que le patient vit et a vécu, mais qu'il doit être présent à sa souffrance par amour.

2.5.3 Impression tenace d'être forcé à devenir le témoin visuel du trauma du patient

Le psychologue ressent profondément un sentiment du devoir. Il se dit qu'il doit devenir un spectateur dans le temps des événements que le patient a vécu. Il sent qu'il doit voir la scène pour attester de la souffrance originelle qui a été vécue. Par exemple, il ne tente pas de se dérober, il tente de demeurer attentivement actif lorsque les images lui viennent, il peut se dire que personne n'a pas eu de témoin et que cette fonction lui incombe.

2.5.4 Submersion complète dans les souvenirs perturbants du vécu du patient

Le psychologue devient totalement plongé dans la scène vécue par le patient qui s'impose à lui. Il devient engagé, comme s'il en faisait partie malgré lui, dans une forme de fusion avec la souffrance vécue et communiquée par image. La fusion pour être faite avec les images ou les émotions, mais les deux sont présents. Par exemple, il peut être complètement envahi par les visions de la scène et ressentir fortement les émotions que le patient a ressenties.

2.5.5 Sensation déroutante d'être aspiré sans sentir de contrôle dans la tourmente du patient

Le psychologue est emporté par le contenu affectif du vécu du patient, sans avoir de prise sur celui-ci. Il vit un malaise physique qu'il ne reconnaît pas et n'arrive pas à identifier. Par exemple, le psychologue peut rapporter être inondé d'anxiété, se sentir dissocié, se sentir agité à l'intérieur, être physiquement fébrile.

- Reconstitution involontaire en images de contenus horrifiants partagés par le patient

Le psychologue est envahi par des représentations visuelles de comment il imagine que s'est déroulé le traumatisme de son patient. Sans qu'il puisse les contrôler, les images s'imposent à lui. Il est un peu en retrait, détaché de ses images qui se déroulent malgré lui. Par exemple, des scènes se déroulent dans sa tête en même temps qu'il écoute le patient raconter son histoire, des souvenirs visuels l'envahissent lorsqu'il n'est pas activement en train de penser à son patient (p. ex., lorsqu'il est en auto ou à la maison), il y a comme un film qui tourne à l'intérieur de lui-même sans qu'il ne puisse rien y faire.

3. PRISE DE PERSPECTIVE EN REGARD À L'EXPÉRIENCE VÉCUE INDIVIDUELLE ET DYADIQUE

Le psychologue a une vision plus complète et intégrée de l'expérience du trauma dans la dyade. Il entreprend une démarche de conscience réflexive sur ses réactions et leurs impacts sur la dyade et sur le patient. Il observe le chemin parcouru. Prise de perspective a prévalence sur les autres éléments présents dans le vécu du psychologue.

3.1 Conscience intuitive de l'influence de son vécu affectif sur la dyade lors du dévoilement du trauma

Le psychologue effectue une forme de réflexion consciente de l'impact de son état, de sa posture ou de ses émotions sur le patient et sur la relation thérapeutique. Il réfléchit avec recul et garde contact avec sa part de l'expérience.

3.1.1 Constat saisissant face à sa peur de l'intensité affective du patient qui est sûrement partagée

Le psychologue a une réalisation subite que son vécu de crainte face aux émotions intenses qui sont présentes chez le patient est probablement partagé. Il interprète que le patient lui a communiqué cette peur. Par exemple, il peut avoir un flash et interposer son expérience au client, il peut prendre un recul subit et faire un lien entre ce qu'il vit et des signes qu'il perçoit chez le patient.

3.1.2 Sentiment profond d'être abandonné et isolé qui est communiqué en fantaisie au patient

Le psychologue se sent infiniment seul et perdu. Il imagine que le patient peut se sentir de la même façon et souhaiterait lui partager qu'il comprend sa souffrance. Par exemple, il peut se projeter dans un scénario en fantaisie avec le patient, il peut constater la profondeur de sa détresse et réfléchir à ce que le patient peut vivre, il peut imaginer quelles paroles il aurait envie de dire au patient.

3.1.3 Pressentiment vigilant de la nécessité de maintenir sa limite subjective face à l'intensité du patient

Le psychologue sent qu'il est capital que ses frontières soient étanches. Il pressent que s'il se relâche ou que ses barrières deviennent poreuses, il sera totalement envahi par le vécu du patient. Par exemple, il peut se contracter physiquement, être extrêmement concentré sur sa propre expérience des propos du patient, il lutte physiquement et psychologiquement pour garder ses frontières en place.

3.1.4 Intuition profonde de la nécessité d'être indestructible pour préserver le patient d'un anéantissement

Le psychologue sent qu'il doit être extrêmement solide et courageux devant l'intensité affective que le patient traverse. Il imagine que s'il communique involontairement au patient que le moment est intolérable pour lui, le patient va plonger dans une perte de contrôle totale. Par exemple, il a un discours intérieur rassurant sur sa capacité de tolérer l'intensité, il soutient le regard du patient, il contient ses émotions avec patience.

3.1.5 Recul intérieur délibéré au contact de son besoin de résolution qui passe avant celui du patient

Le psychologue prend conscience tout-à-coup que ses interventions répondent à son propre besoin. Il réalise qu'il a perdu de vue la réalité du patient et qu'il lui a attribué des présuppositions issues de son expérience à lui. Par exemple, il prend conscience d'un instant de désaccordage, il constate d'où provient l'inspiration de ses interventions, il sent qu'il va trop vite ou qu'il force trop.

3.2 Réflexion désenchantée en écho au constat de ses propres réactions spontanées

Le psychologue constate, par après, la perte de contrôle et l'envahissement qu'il a vécu. Il peut être jugeant face à son expérience, critique vis-à-vis son rôle de psychologue.

3.2.1 Sidération totale devant l'immensité de sa terreur qui était insoupçonnée

Le psychologue est stupéfié lorsqu'il prend contact avec l'ampleur de la peur qui était cachée au fond de lui. Par exemple, il se sent momentanément envahi par cette peur immense, il fait des liens dans sa tête entre certaines choses qu'il a vécues ou qu'il a faites et cette terreur qui monte à la surface et il est surpris de ce qu'il découvre.

3.2.2 Déception honteuse d'avoir failli à son idéal de psychologue en se dissociant de sa peur

Le psychologue ressent une forme d'humiliation lorsqu'il prend conscience qu'il n'a pas été en contact avec des émotions vécues dans la relation avec le patient. Il a le sentiment d'avoir échoué à son devoir professionnel et d'avoir nuit à son patient. Par exemple, lorsqu'il observe avec consternation toute sa peur qui était tenue à distance, il a un discours dévalorisant, il s'imagine que son superviseur ou les représentants de son ordre professionnel seraient jugeant, il est gêné, honteux, déçu de lui-même.

3.3 Contemplation réflexive sur l'évolution de la dyade après une expérience affective intense et partagée

Le psychologue prend un moment pour réaliser le chemin parcouru par lui-même, le patient et la dyade. Ces trois unités sont plus ou moins consciemment inclus dans la réflexion. Il peut constater une forme de succès ou de progression chez le patient ou dans l'évolution de la relation thérapeutique.

3.3.1 Impression d'être épuisé à la suite de la survie de la dyade qui a traversé une épreuve déstabilisante

Le psychologue se sent complètement vidé comme s'il avait accompli un grand défi. Il sent que le patient et lui ont ensemble survécu à une souffrance nécessaire dans l'intégration du vécu traumatique. Par exemple, il se sent fatigué mais satisfait du travail signifiant accompli, il regarde avec recul et bienveillance l'histoire de la thérapie, même s'il sait qu'elle a été éprouvante.

3.3.2 Réflexion active sur les liens entre son propre trauma et le bouleversement qu'il a vécu dans la dyade

Le psychologue reconnaît que son vécu dans la thérapie et que certaines manifestations en dehors de celle-ci font résonner des émotions et expériences issues de ses propres traumas personnels. Il a l'impression qu'il revisite certaines zones personnelles de vulnérabilité qu'il connaît. Par exemple, il réfléchit activement sur ce qui est commun entre la thérapie et son vécu personnel, il constate les éléments qui sont en jeu dans la dynamique pour lui-même, il prend conscience des émotions qui lui sont propres et qui n'appartiennent pas au patient

3.3.3 Réalisation émerveillée de la puissance de cette rencontre en profondeur dans la souffrance partagée

Le psychologue fait des liens entre le vécu chamboulant du patient et le sien qui vibre en écho. Il ressent au fond de lui-même que c'est grâce à une forme de partage commun qu'il a su s'accorder avec le patient. L'accent est moins sur le contenu du partage que sur la rencontre en elle-même. Par exemple, il auto-observe que sa posture a changé auprès du patient, il observe des signes non-verbaux de soulagement chez le patient qui se sent compris, il réfléchit sur comment il comprend l'évolution de la dyade.