

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**LE CONTRE-TRANSFERT ET LES ENJEUX RELATIONNELS**

**ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
PATRICK VACHON**

**MAI 2022**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Depuis des décennies, les théories entourant le transfert et le contre-transfert sont soulevées dans de nombreux ouvrages tels que Lacan (1952), Fédida (1992) et Alberto (2019). Il est fait mention que les contre-transferts ont des impacts au niveau de la relation thérapeutique et par le fait même, sur les résultats thérapeutiques. Selon Puskas (2009a), le transfert et le contre-transfert sont présents dans toutes les relations en relation d'aide. Toutefois, peu d'études scientifiques ont été effectués afin de confirmer ces théories. Cet essai a pour but de recenser les articles scientifiques et de mieux comprendre les réactions de contre-transfert chez les intervenants. Sept études scientifiques ont été retenus. La synthèse des résultats se divise en deux thèmes, soit l'incidence des réactions contre-transférentielles sur l'intervention, soit l'incidence de la gestion des réactions contre-transférentielles sur l'intervention. La discussion présentera les répercussions du contre-transfert en relation d'aide, les caractéristiques de la clientèle pouvant avoir une incidence sur le plan contre-transférentiel ainsi que les limites de l'ensemble des études présentées. De plus, des recommandations seront proposées afin de sensibiliser les étudiants en formation quant aux avantages d'une meilleure gestion des réactions contre-transférentielles. Particulièrement en psychoéducation où les schèmes relationnels (considération, sécurité, confiance, disponibilité, congruence et empathie) sont constamment à développer et à parfaire et peuvent servir à repérer les contre-transferts (Puskas, 2009a).

## Table des matières

Sommaire.....	ii
Introduction.....	1
Objectifs.....	3
Méthode.....	4
Recherche documentaire.....	4
Critères de sélection.....	4
Résultats.....	5
Les impacts et les effets de la gestion des contre-transferts.....	5
Le contre-transfert et les caractéristiques de la clientèle.....	7
Le contre-transfert chez les stagiaires.....	16
Synthèse des résultats obtenus dans les articles retenus.....	23
L'incidence des réactions contre-transférentielles sur l'intervention.....	23
L'incidence de la gestion des réactions contre-transférentielles sur l'intervention.....	24
Tableau 1.....	26
Discussion.....	30
Les répercussions du contre-transfert en relation d'aide.....	30
Les caractéristiques de la clientèle.....	31
Les limites.....	32
Les recommandations.....	34
Conclusion.....	38
Références.....	40

## **Introduction**

Gendreau (2001) mentionne que la relation psychoéducative s'établit d'abord à travers le savoir-être de l'éducateur. Cette relation est le résultat d'un ensemble d'interactions appropriées entre l'éducateur et le patient. Bien que la qualité d'une bonne relation dépende autant du psychoéducateur que du patient, le psychoéducateur a la responsabilité d'établir les fondements de la relation. Pour ce faire, le psychoéducateur se doit d'éviter d'avoir des réactions néfastes, voire contre thérapeutiques pouvant nuire à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Ces réactions chez le psychoéducateur peuvent se produire lorsque ce dernier a peu de connaissances à propos de la théorie du contre-transfert ou n'est pas conscient de ses propres réactions émotionnelles face aux clients (Burwell-Pender et Halinski, 2008). En fait, le concept du contre-transfert est presque aussi vieux que la psychothérapie elle-même. Le terme du contre-transfert a été abordé pour la première fois par Freud en 1910. Par la suite le concept du contre-transfert est rarement apparu dans la littérature pendant près de 40 ans. Pour Freud, le contre-transfert était considéré comme étant un obstacle à éliminer pouvant contaminer les traitements et nuisant à l'objectivité du thérapeute plutôt qu'un élément devant être examiné. Freud définissait ce concept comme étant une réaction inconsciente du thérapeute, basée sur le conflit non résolu durant la petite enfance, déclenché par le transfert du patient. Ainsi, cette vision du contre-transfert obligeait les psychothérapeutes à garder leurs conflits personnels pour contrecarrer ces effets sur la relation qu'ils entretenaient avec leurs clients.

Dans les années 50, les premières études sur le concept resurgissent et démontrent le contre-transfert comme un élément clé de toutes relations psychothérapeutiques (Fielder, 1951; Cutler, 1958). En ce sens, le contre-transfert se réfère à toutes les réactions du thérapeute envers son patient (Little, 1951; Heiman, 1960; Kernberg, 1965). Ces réactions doivent être étudiées et comprises par le thérapeute puisque l'utilisation de cette compréhension permet d'effectuer un cheminement pour ce dernier dans sa pratique ainsi qu'une progression dans sa relation avec les patients.

Plus récemment, une version plus globale a été conceptualisée et définit le contre-transfert comme des réactions internes ou externes dans lesquelles des conflits non-résolus du thérapeute,

généralement, mais pas toujours inconscients, sont impliqués. Par ailleurs, toutes les réactions du thérapeute sont importantes et méritent d'être étudiées, autant cliniquement qu'empiriquement, afin que le thérapeute parvienne à comprendre ses réactions et à les utiliser pour aider à comprendre son patient (Gelso et Hayes, 1998, 2007).

## **Objectifs**

Considérant que le phénomène du contre-transfert influencerait la relation thérapeutique, cet essai a pour but de vérifier et présenter les effets des réactions de contre-transfert chez les intervenants ainsi que chez les stagiaires. Ce travail cherche également à documenter les caractéristiques de la clientèle pouvant influencer les manifestations de contre-transfert lors de suivis. De plus, des recommandations seront proposées afin de sensibiliser les étudiants concernant la gestion de leurs contre-transferts en relation d'aide pendant leur parcours scolaire.

En somme, cet essai aura pour but de recenser les écrits scientifiques sur le phénomène de contre-transfert afin de cerner les effets possibles, d'identifier les facteurs propices à l'émergence de ces réactions contre-transférentielles et de porter une attention aux jeunes professionnels ou stagiaires.

## **Méthode**

### **Recherche documentaire**

Pour débiter la recherche documentaire pour cet essai, deux rencontres ont été effectuées auprès de la bibliothécaire spécialisée au domaine de la psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La première rencontre avait pour but de définir plus précisément le sujet ainsi que les concepts à l'aide d'un outil. Trois concepts ont été choisis ; les impacts du contre-transfert en thérapie, les facteurs pouvant créer des contre-transferts et les difficultés de gestion du contre-transfert chez les stagiaires ou les jeunes intervenants. Toutefois, aucune étude ne correspondait à ces critères sur la base de données de Psychinfo. Lors de la deuxième rencontre, afin d'augmenter l'éventail de résultats, des mots-clés plus généraux ont été utilisés. Ces mots-clés sont : Countertransference\* OR "counter-transference\*" OR Resonance\* contre-transfert\* OR Résonance\* "Social worker\*" OR "Worker\* social" OR Intervenant\* Or social\*. Un total de 198 résultats a été généré par l'utilisation de ces mots-clés sur la base de données de Psychinfo.

### **Critères de sélection**

Afin d'affiner les recherches, plusieurs critères de sélection ont été utilisés. Tout d'abord, il devait s'agir de recherches scientifiques. Par la suite, les études devaient avoir été publiées entre 1996 et 2021. Ensuite, les sujets des études devaient être en lien avec l'un des trois concepts mentionnés lors de la première recherche documentaire : les effets du contre-transfert, les facteurs propices à l'émergence des réactions contre-transférentielles en ciblant particulièrement les jeunes intervenants ou les stagiaires.

## **Résultats**

Le tri des 198 articles ou documents recensés a généré 16 articles. À la suite de la lecture de leurs résumés, huit articles ont été sélectionnés. De ces huit articles, deux articles ont été retranchés puisque leurs méthodologies n'étaient pas détaillées. Toutefois, l'une des références citées par l'un des articles sélectionnés était pertinente pour le présent essai. Donc, cet article a été ajouté et ainsi, un total de sept études seront analysées. Ces articles présentent tous une méthodologie détaillée, ce qui justifie leur analyse approfondie. Afin de favoriser la compréhension du lecteur, les articles sont analysés séparément. Puis une synthèse permettra de relever les notions importantes.

### **Les impacts et les effets de la gestion des contre-transferts**

Tel que mentionné dans l'introduction, le contre-transfert est un élément important à considérer au niveau de la relation thérapeutique. Partant de ce principe, Hayes, Gelso, Goldberg et Kivlighan (2018) se sont interrogés afin de répondre aux questions suivantes : quels sont les effets potentiels des réactions des thérapeutes en lien avec leurs conflits personnels non résolus sur le résultat thérapeutique, et quel est l'effet d'une gestion efficace des contre-transferts ? Pour y répondre, les auteurs ont élaboré trois hypothèses et ont effectué une méta-analyse pour chacune des hypothèses.

Pour être sélectionnées dans cette méta-analyse, les études (publiées et non publiées) devaient fournir des données permettant le calcul des corrélations entre les réactions au contre-transfert ou à la gestion de ceux-ci et les résultats de la thérapie. Les études rapportant des données permettant le calcul de la corrélation entre les réactions au contre-transfert et leurs gestions ont également été incluses. Fait à noter, les auteurs ont constaté que la plupart des recherches concernant le contre-transfert et sa gestion se concentraient sur les résultats à court terme et ils constatent une rareté des études permettant de relier le contre-transfert et la gestion des résultats à plus long terme chez les clients.

Tout d'abord, les auteurs ont émis l'hypothèse que les réactions de contre-transfert du thérapeute ont un effet négatif sur les résultats de leurs interventions auprès de la clientèle. Afin de vérifier si la présence de contre-transfert était une valeur prédictive de mauvais résultats, un total

de 14 études incluant 973 participants ont été analysées. Les résultats de cette méta-analyse indiquent que les réactions de contre-transfert sont inversement liées aux résultats de la thérapie ( $r = -0,16$ ,  $p = 0,02$ , 95% IC [-30, -,03] ddl = -0,33). Bien que la corrélation puisse être considérée comme étant faible, les auteurs soulignent que la taille de la relation est probablement assez fiable et ils suggèrent que les effets des réactions aux contre-transferts peuvent avoir un lien sur les résultats de la psychothérapie.

Par la suite, les auteurs ont voulu vérifier si la gestion des contre-transferts par l'intervenant est associée à une diminution des réactions de contre-transfert par ce dernier lors de ces interventions. L'hypothèse émise par les auteurs suggère qu'une bonne gestion du contre-transfert par le thérapeute atténue le contre-transfert. Pour ce faire, 13 études incluant 1394 participants ont démontré qu'une gestion des contre-transferts atténue effectivement les réactions de l'intervenant ( $r = -0,27$ ,  $p < 0,001$ , 95% IC [-0,43, -0,10], ddl = -0,55).

La troisième hypothèse émise par les auteurs est qu'une gestion réussie du contre-transfert permet d'améliorer les résultats du traitement. L'analyse de neuf études (N = 1065 participants) a permis de révéler qu'une gestion réussie des contre-transferts permettait de prédire de meilleurs résultats thérapeutiques ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,001$ , IC à 95% [0,17, 0,60], ddl = 0,84).

Selon les auteurs, les résultats obtenus des méta-analyses permettent de conclure que les réactions de contre-transfert du thérapeute ont une incidence préjudiciable pour le client. Toutefois, une gestion réussie des contre-transferts permettrait une diminution des réactions déstabilisante chez le thérapeute ainsi que l'amélioration des résultats au traitement. De ce fait, les auteurs soulignent que les contre-transferts a un caractère subjectif et par conséquent, il incombe aux thérapeutes de se comprendre eux-mêmes, de connaître leurs propres mécanismes internes et de savoir quels types de clients sont susceptibles de provoquer leurs réactions de contre-transfert. Ils mentionnent également qu'une supervision clinique devrait être mise de l'avant pour les thérapeutes et que les superviseurs responsables des supervisions devraient être eux-mêmes sensibles aux défis posés par les contre-transferts.

Sur le plan des limites, bien que la littérature empirique sur la gestion du contre-transfert soit prometteuse, la limitation la plus sérieuse selon les auteurs se situe au niveau du nombre

relativement faible d'études scientifiques. Aussi, une augmentation des études pourrait possiblement différer les résultats de la présente méta-analyse. Par ailleurs, les auteurs dénotent également que l'ensemble des études menées à ce jour sur le contre-transfert se concentre uniquement sur la thérapie individuelle. Ainsi, peu de données permettent d'évaluer l'impact des contre-transferts lors des thérapies de groupe, de couple ou de famille. Ces données pourraient avoir également une incidence sur les réactions et la gestion contre-transférentielle par les thérapeutes. Pour terminer, les auteurs mentionnent que la rédaction de cet article a mis en lumière plusieurs aspects encore peu étudiés pouvant créer des biais contre-transférentiels tels que la culture du client ou du thérapeute, la religion, l'âge, l'ethnicité, le niveau de scolarité ou de revenu.

### **Le contre-transfert et les caractéristiques de la clientèle**

Tel que le mentionnent Hayes et *al.* (2018), peu d'études ont analysé la relation entre les caractéristiques personnelles du client et son incidence sur l'émergence du contre-transfert chez les intervenants. Toutefois, en 2011, Dougall et Shwartz ont mené une étude afin d'examiner l'influence du statut socio-économique du client sur les attributions cognitives du psychothérapeute et les réactions de contre-transfert. Plus précisément, les auteurs ont voulu étudier empiriquement les différentes réactions des thérapeutes, par le biais des préjugés attributionnels et de la réaction de contre-transfert, à l'égard des personnes de différents statuts socio-économiques. De plus, cette étude avait également pour but de vérifier de quelle façon cette caractéristique pouvait affecter la qualité de la relation thérapeutique et comment le thérapeute y réagissait. En effet, telle que le mentionne la littérature, les contre-transferts du thérapeute peuvent engendrer des biais conscients ou inconscients dans les jugements cliniques du thérapeute pouvant engendrer des effets sur le résultat de la thérapie. En d'autres termes, si les thérapeutes ont certaines valeurs préconçues, le statut socioéconomique du client pourrait engendrer des réactions de contre-transfert ayant une incidence négative sur la relation et le traitement du client. Bien que le contre-transfert survienne à la suite de problèmes non-résolus chez le thérapeute, le contre-transfert pourrait également être influencé par certaines caractéristiques du client.

Afin de réaliser leurs objectifs, les auteurs se sont posé deux questions. La première consiste à vérifier si les psychothérapeutes font preuve de biais d'attribution différente à l'égard de leurs

patients issus d'un milieu socioéconomique inférieur ou supérieur. Si tel est le cas, les psychothérapeutes manifestent-ils des réactions de contre-transfert différentes à l'égard de clients issus d'un milieu socioéconomique inférieur ou supérieur?

Pour y répondre, cette étude a été menée auprès de 141 conseillers professionnels et conseillers stagiaires de l'*American Counseling Association*. Le recrutement des participants s'est effectué par une invitation par courriel à répondre à une enquête en ligne. Les participants ayant accepté l'invitation devaient lire une vignette décrivant la situation simulée d'un client ainsi que visionner une capsule visuelle du premier entretien avec ce même client. L'ensemble des participants ont été séparés en deux groupes. Le premier groupe devait évaluer une vignette présentant un client ayant un faible statut socio-économique alors que le client du second groupe présentait un statut socio-économique élevé. Par la suite, les deux groupes devaient visionner la vidéo du premier entretien avec le client de leur vignette. Toutefois, en ce qui concerne le visionnement de la première rencontre de suivi, les auteurs ont présenté la même vidéo aux deux groupes afin de vérifier l'impact que pouvait avoir la lecture de la vignette. Pour émettre leur jugement clinique, les participants devaient utiliser le questionnaire de Murdock et Fremont (1989) afin d'évaluer, à l'aide d'une échelle de Likert, les difficultés liées au traitement du patient, la probabilité de réussite du traitement, la gravité du problème et l'estimation du nombre de rencontres nécessaires.

L'analyse des résultats des jugements cliniques des thérapeutes démontre un effet significativement différent entre les réponses des deux groupes de participants ( $t = -2,65$  [df = 139],  $p < 0,05$ ). En ce sens, les réponses des participants indiquent que des problèmes plus légers ont été évalués pour le client ayant un statut socioéconomique plus élevé (moyenne = 4,87, écart-type = 1,5) et des problèmes plus graves ont été soulevés pour le client de statut socioéconomique moins élevé (moyenne = 5,49, écart-type = 1,29). Ainsi, malgré les mêmes informations présentées aux participants, à l'exception du statut socio-économique dans la présentation de la vignette, les thérapeutes minimisaient les problèmes des clients ayant un statut socio-économique élevé et inversement, pour ceux ayant un faible statut socio-économique.

Ainsi les résultats de cette étude soutiennent l'hypothèse que le statut socio-économique du client peut avoir une incidence sur les réactions contre-transférentielles et les jugements cliniques. De ce fait, cet élément peut influencer la façon dont les thérapeutes prennent des décisions de traitement pour le client, ce qui a pour effet d'influencer le processus de thérapeutique. Avec la prise de conscience de cet élément, les résultats de cette étude indiquent la nécessité pour les thérapeutes de considérer que les diverses caractéristiques d'un client peuvent avoir un impact sur la réaction de contre-transfert du thérapeute, par conséquent s'empêcher d'agir de manière biaisée avec leurs clients. Bref les résultats de cette étude soutiennent l'hypothèse que le contre-transfert est un facteur commun influençant le travail des thérapeutes et qu'une réaction contre-transférentielle non reconnue peut avoir un impact négatif sur le processus thérapeutique. Par ailleurs le contre-transfert a également la capacité d'influencer positivement le processus de thérapie puisqu'il peut fournir des informations aux thérapeutes sur un caractère du client généralisable à une population. Plus spécifiquement, les auteurs mentionnent que si les thérapeutes sont capables de se rendre compte de leurs réactions de contre-transfert, ils peuvent s'empêcher d'agir de manière biaisée avec leur client.

Les auteurs mentionnent que cette étude comporte plusieurs limites pouvant influencer les résultats de cette étude. Tout d'abord la situation socio-économique peut inclure de nombreux éléments subjectifs pouvant être considérés différemment d'une personne à l'autre. Donc, étant de nature subjective, la présentation du client à chacun des groupes n'était peut-être pas représentative du modèle que les participants se font eux-mêmes d'un statut socio-économique faible ou élevé. De ce fait, les auteurs proposent aux prochaines personnes effectuant une étude sur ce sujet, d'envisager de développer une nouvelle mesure valide et fiable des attributions données à chacun des statuts socio-économiques afin d'augmenter le réalisme des informations présentées aux participants et ainsi, avoir des résultats reflétant davantage la réalité. Les auteurs font également mention qu'il est difficile de savoir avec certitude comment les thérapeutes auraient pu répondre aux clients dans une situation réelle. De plus, cette étude a été réalisée à l'aide d'une simulation vidéo au lieu de clients réels. De ce fait, les auteurs mentionnent qu'une expérience effectuée en présentiel pourrait fournir des conclusions pouvant être différentes de la présente étude. Pour terminer, les auteurs soulignent la faible taille de l'échantillon et la façon dont les participants ont

été recrutés. Ces deux éléments pourraient avoir influencé les résultats et les réponses recueillies pourraient ne pas être représentatives de l'ensemble des thérapeutes intervenants auprès de cette clientèle.

La prochaine étude fera, quant à elle, l'analyse des possibles contre-transferts que peut créer certaine caractéristique chez un patient. En effet, Almaliyah-Rauscher, Ettinger, Levi-Belz, et Gvion (2020) ont voulu examiner si l'effet d'un contre-transfert dû au genre d'un patient pouvait influencer les professionnels de la santé mentale à vouloir traiter ou référer un patient suicidaire qui s'adresse à eux pour une thérapie. À ce propos, les auteurs ont émis l'hypothèse que les professionnels de la santé mentale seront plus enclins à traiter les patients suicidaires de sexe féminin que les patients suicidaires masculins.

Pour réaliser cette étude, 331 professionnels de la santé mentale de différentes professions (60 hommes et 271 femmes) ont été exposés au hasard à l'une des quatre descriptions de cas d'un patient hypothétique en crise. La moitié des cas présentés étaient constitués de patient de sexe masculin. Le profil du "patient suicidaire hypothétique" a été construit en se basant sur l'inventaire de l'échelle d'évaluation de la gravité du suicide de Columbia (Posner et al., 2011), visant à mesurer la gravité du suicide d'une personne en fonction de son comportement et des symptômes cliniques. Chaque étude de cas présentait l'un des deux états suivants : dépressif ou suicidaire. Les participants ont ensuite été invités à évaluer le niveau de leur volonté de traiter le patient ainsi que leur inclination à le référer à un autre professionnel de la santé mentale. Pour mesurer la gravité suicidaire perçue par les participants face au client hypothétique, les auteurs se sont basés sur la mesure de Levi-Belz, Barzilay, Levy et David (2019). Concernant la volonté de traiter le potentiel patient, les résultats de l'alpha de Cronbach sont de 0,95 et de 0,8 pour la probabilité de référer le patient potentiel à d'autres professionnels.

La volonté de traiter et la probabilité d'orienter les patients dépressifs ou suicidaires ont été comparées à l'aide d'une analyse de variance multivariée (MANOVA). Les variables indépendantes étaient le niveau de risque suicidaire du patient (faible ou élevé) et le sexe du patient. Le test multivarié a révélé un effet significatif du niveau de risque suicidaire ( $F[2, 326] = 43,17, p < 0,001, \eta^2 = 0,209$ ), un effet significatif du sexe, ( $F[1, 326] = 6,16, p < 0,005, \eta^2 = 0,036$ ), et une

interaction significative entre eux, ( $F[1, 326] = 4,79, p < 0,01, \eta^2 = 0,029$ ). La probabilité de référer des patients féminins était plus élevée que la probabilité de référer des patients masculins, ( $F[1, 327] = 5,74, p < 0,05, \eta^2 = 0,017$ ), et la volonté de traiter les patients féminins était également plus élevée que celle de référer des patients masculins, ( $F[1, 327] = 3,21, p = 0,07, \eta^2 = 0,010$ ).

Les participants exposés à l'une des études de cas présentant une patiente de sexe féminin potentiellement suicidaire ont démontré une plus grande volonté de traitement et une plus grande probabilité de référer le cas à d'autres professionnels, par rapport aux participants exposés à un patient masculin suicidaire. Pourtant, les statistiques démontrent que la mortalité par suicide est presque cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans la plupart des pays occidentaux (Canetto et Sakinofsky, 1998; Schrijvers, Bollen, et Sabbe, 2012 ; Organisation mondiale de la santé [World Health Organization], 2019). Selon les auteurs, étant donné que la majorité des participants de l'étude étaient des femmes, ces résultats pourraient s'expliquer par la similitude de genre ayant pour effet de créer des réactions de contre-transfert telles que le sentiment d'identification créant davantage d'empathie envers la clientèle féminine. Ces réactions de contre-transfert ont pour effet de créer une plus grande volonté de traiter les patientes ou à une plus grande probabilité de les référer. Toutefois des recherches seront nécessaires afin de mieux comprendre ces résultats. Pour conclure, les auteurs insistent sur l'importance pour les professionnels de la santé mentale d'être conscients de ce qui les influence par rapport au genre, et sur leurs décisions de traiter et/ou de référer leurs patients. D'ailleurs, ces derniers recommandent d'investir dans la formation en lien avec la gestion des contre-transferts des professionnels intervenant auprès de patients suicidaires.

En ce qui concerne les limites de l'étude, les auteurs dénotent que la plupart des professionnels de la santé mentale participant à la recherche étaient des femmes, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats actuels aux professionnels masculins de la santé mentale. De plus, étant donné que les cas présentés aux participants étaient hypothétiques, les résultats ne reflètent pas nécessairement les comportements réels de ces derniers lorsqu'ils sont confrontés à un cas réel. Par ailleurs, les outils d'évaluation utilisés lors de cette étude ont pu générer des biais de désirabilité sociale, particulièrement dans le contexte de sujets sensibles comme le suicide. L'étude

actuelle n'a pas évalué la qualité de la formation clinique des participants ainsi que les raisons pour lesquelles ils fondaient leurs décisions quant à leur volonté de traiter et leur propension à référer.

La prochaine étude s'est plutôt attardée sur les perspectives actuelles à propos du contre-transfert suggérant que les raisons de ces réactions pourraient provenir de certains aspects psychologiques du patient (Fauth, 2006). De ce fait, Bhola et Mehrotra (2021) ont réalisé une étude afin de comprendre les fondements de l'émergence du contre-transfert lors du travail thérapeutique avec des patients ayant reçu un diagnostic du trouble de la personnalité.

Afin de réaliser cette étude, les auteurs ont été guidés par trois questions de recherche. La première question est : quels sont les modèles de contre-transfert expérimentés dans le travail avec le trouble de la personnalité borderline ? Les deux questions suivantes examinent les liens entre les variables du thérapeute, l'intensité des réactions et les modèles de réactions contre-transférentielles pendant le travail thérapeutique avec des patients présentant un trouble de la personnalité borderline. Autrement dit, l'expérience du thérapeute est-elle associée aux réactions contre-transférentielles et la perception qu'ont les thérapeutes de leur capacité à mentaliser, à la fois par rapport à soi et aux autres, sont-elles associées aux réactions de contre-transfert ?

L'étude a été réalisée auprès de 117 intervenants de différentes disciplines en relation d'aide basées dans huit pays différents. Les intervenants ont répondu aux mesures de l'étude en se référant à leur thérapie la plus récente auprès de patients souffrants du trouble de personnalité limite. La durée moyenne de la thérapie avec ces patients était de 1,09 an (écart-type = 1,45) au moment de l'étude.

Afin de réaliser cette étude, plusieurs questionnaires ont été fournis aux participants. Le premier questionnaire consistait à l'obtention des informations sociodémographiques et professionnelles au sujet des intervenants participant à l'étude et des détails sur leurs patients le plus récemment vus avec un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Le second questionnaire était le *Therapist Response Questionnaire* (TRQ) de Kittel Conklin et Westen (2003) comprenant huit dimensions du contre-transfert et évaluées sur une échelle de Likert en cinq points. Pour les différentes dimensions, le coefficient Alpha de Cronbach se situe entre ( $\alpha > 0,60$ ) et ( $\alpha > 0,92$ ). L'échelle de mentalisation (MENTS) de Dimitrijević, Hanak, Altaras Dimitrijević et Jolić

Marjanović (2018), comportant trois sous-échelles, était le dernier questionnaire fourni aux participants. Chaque item est évalué sur une échelle de Likert en cinq points. Les trois sous-échelles du questionnaire présentent une fiabilité acceptable ( $\alpha = 0,71$ ,  $\alpha = 0,79$  et  $\alpha = 0,60$ ).

Les résultats de l'étude ont démontré que les thérapeutes ont vécu différentes réponses face à leurs patients. Dans l'ordre, les principales réactions étaient une connexion et un engagement positif envers le patient, des sentiments parentaux (protection parentale) qui allaient au-delà de ce qui est habituel ou typique, des sentiments d'inefficacité, d'impuissance et de forts sentiments négatifs accompagnés du désir d'éviter ou de mettre fin à l'intervention. Par ailleurs, l'analyse des résultats démontre que les intervenants expérimentés sont moins enclins à accorder un statut spécial à leur patient ou d'être trop préoccupés par eux et trop impliqués avec eux ( $r = -0,25$ ,  $p = 0,006$ ). De plus, ces mêmes intervenants ont également moins rapporté de contre-transfert négatif, moins de déconnexion ou de sentiment de distraction, de retrait, ou d'ennui pendant leur séance ( $r = 0,23$ ,  $p = 0,015$ ). Dans une analyse supplémentaire, les expériences de contre-transfert ont été comparées entre deux groupes, soit les thérapeutes ayant reçu une supervision durant leur travail avec leurs derniers patients (53%), soit ceux qui ne l'avaient pas fait (47%). Les résultats indiquent que ceux ayant été supervisés avaient des niveaux de contre-transfert plus élevés. Ces résultats sont observés, entre autres, pour la protection parentale ( $t = 2,81$ ,  $p < 0,01$ ), pour le sentiment d'être critiqué ( $t = 2,32$ ,  $p < 0,05$ ), d'être inadéquat ( $t = 2,37$ ,  $p < 0,05$ ), d'être désengagé ( $t = 2,03$ ,  $p < 0,05$ ). Les auteurs mentionnent que ces résultats sont mieux compris tenant compte des années d'expériences. En effet, les intervenants ayant été supervisés avaient des niveaux d'expérience significativement plus bas ( $t = -3,09$  ;  $p < 0,05$ ). Les résultats indiquent également que la compréhension des intervenants de leurs propres états mentaux était négativement corrélée avec une série d'expériences difficiles de contre-transfert ; le sentiment d'être impuissant et inadéquat ( $r = -0,34$ ,  $p = 0,000$ ), le sentiment de ne pas être apprécié, rejeté ou dévalorisé par le patient ( $r = -0,38$ ,  $p = 0,000$ ), le sentiment d'être désengagé pendant les séances ( $r = -0,24$ ,  $p = 0,11$ ), d'être submergé par des sentiments négatifs et souhaiter éviter ou fuir ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,001$ ). Des niveaux plus élevés de la capacité de l'intervenant à mentaliser leurs propres actions, pensées et sentiments ont été observés et étaient associés à des niveaux plus faibles d'adopter une position préoccupée et trop impliquée ( $r = -0,27$ ,  $p = 0,004$  et des sentiments parentaux ( $r = -0,20$ ,  $p = 0,028$ ).

Bhola et Mehrotra (2021) démontrent que des réactions positives et satisfaisantes étaient ressenties par les participants intervenant auprès de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Toutefois, les auteurs dénotent que ces résultats englobent, entre autres, les réactions de parentalité protectrice et de surinvestissement chez les intervenants ayant ainsi pour effet de dénaturer les réactions positives vécues par les intervenants. De ce fait, les auteurs suggèrent la réalisation de recherches supplémentaires afin de clarifier leurs résultats. Les résultats de l'étude suggèrent également que l'expérience thérapeutique rend les intervenants plus alertes face à leurs réactions de contre-transfert en démontrant moins de réactions émotionnelles négatives face à leurs clients. D'ailleurs, les résultats de l'étude soulignent la vulnérabilité des intervenants novices quant aux réactions émotionnelles difficiles vécues lors de leurs interventions avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité limite. En fait, les auteurs soulignent l'importance, voire la nécessité de la supervision pour les intervenants avec peu d'expériences. Ces supervisions permettraient la reconnaissance et la gestion du contre-transfert ce qui aurait pour effet d'anticiper, de traiter les difficultés et les possibles ruptures d'alliance thérapeutique lorsque ces derniers seraient en présence de situations de contre-transfert. Les auteurs proposent la mise en place de formations et de développement concernant la théorie du contre-transfert et l'évaluation de celles-ci afin de vérifier les effets sur les résultats des thérapies.

Les auteurs font également état des limites de la présente étude. Tout d'abord, les auteurs soulignent l'éventuel biais quant à la sélection de l'échantillon. En effet, un groupe de participants constitué de volontaires ne peut prétendre être représentatif de l'ensemble des intervenants. L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation pour évaluer des processus complexes tels que le contre-transfert et la mentalisation présente des lacunes liées à de possibles biais de mémoire, de désirabilité sociale ainsi que des difficultés de reconnaissance des expériences difficiles de contre-transfert. En fait, les auteurs font mention qu'une recherche qualitative impliquant un examen des transcriptions de sessions pourrait fournir des perspectives supplémentaires sur le contre-transfert.

L'étude de Bhola et Mehrotra (2021) démontre que des patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite peuvent créer des réactions de contre-transfert chez les thérapeutes. Dans le même ordre d'idée, Rossberg, Karterud, Pedersen et Friis (2007) ont voulu

examiner les réactions de contre-transfert des thérapeutes dans un programme de traitement de jour spécialisé pour les patients atteints de trouble de la personnalité. Plus précisément, ils ont voulu examiner si les patients présentant des troubles de la personnalité du groupe A (personnalité paranoïaque, personnalité schizoïde et personnalité schizotypique) et du groupe B (personnalité narcissique, personnalité histrionique, personnalité borderline et personnalité antisociale) selon le DSM IV-TR de l'*Association Psychiatric Association* (2000), susciteraient des réactions de contre-transfert différentes des patients présentant des troubles de la personnalité du groupe C (personnalité évitante, personnalité obsessionnelle-compulsive et personnalité dépendante).

Cette étude a été effectuée auprès de 30 patients (20 patients présentant un trouble de la personnalité des groupes A ou B et 10 patients présentant un trouble de la personnalité du groupe C) à l'hôpital universitaire d'Ullevall, à Oslo en Norvège. L'ensemble des patients avaient déjà reçu un diagnostic et participaient à différents programmes de traitement du département de psychiatrie. Cette étude a été effectuée auprès de 11 thérapeutes de différentes professions (psychiatre, psychologue, assistant social, infirmiers) et a duré 16 mois. L'instrument utilisé pour cette étude est le *Feeling Word Checklist-58* (FWC-58) (Røssberg, Hoffart et Friis, 2003). L'ensemble des thérapeutes ont rempli le questionnaire deux semaines après le début du traitement de leurs patients. Les thérapeutes devaient indiquer les sentiments éprouvés selon les catégories mesurées par le FWC-58 lors de leur dernière conversation avec le patient à l'aide d'une échelle de Likert.

Les résultats ont été mesurés à l'aide d'un test t comparant les sentiments vécus par les participants intervenants auprès de patients ayant un diagnostic de trouble de la personnalité de type A ou B (groupe 1) versus, des participants intervenants auprès de patients ayant un trouble de diagnostic de type C (groupe 2). Ainsi, les participants du groupe 1 se sont sentis moins confiants ( $t = -2,24$ , IC au niveau 95% :  $[-0,24 ; -0,01]$ ,  $p < 0,034$ ) comparativement aux intervenants du groupe 2. De plus, les intervenants du premier groupe avaient davantage de sentiments négatifs tels que le sentiment de rejet ( $t = 2,88$ , IC au niveau 95% :  $[0,03 ; 0,19]$ ,  $p < 0,008$ ); le sentiment d'être sur leur garde ( $t = 2,76$ , IC au niveau 95% :  $[0,04 ; 0,24]$ ,  $p < 0,01$ ) ; avait l'impression d'être

dépassé ( $t = 2,28$ , IC au niveau de 95% : [0,01 : 0,26],  $p < 0,03$ ) et se sentait inadéquat ( $t = 3,01$ , IC au niveau 95% : [0,08 : 0,39],  $p < 0,005$ ).

Selon les auteurs, leur étude démontre que les patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité des groupes A ou B suscitent des réactions contre-transférentielles plus gênantes chez les thérapeutes lors d'interventions auprès de cette clientèle comparativement à la clientèle ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité du groupe C. Les auteurs soulignent également le fait que deux réactions de contre-transfert ont des résultats significatifs entre les deux catégories, soit le sentiment d'être rejeté, soit le sentiment d'être inadéquat. Les auteurs mentionnent que l'étude souligne l'importance de réfléchir aux réactions contre-transférentielles (particulièrement négatives) des thérapeutes et de les mentaliser.

Par ailleurs, les auteurs dénotent que l'échantillon de cette étude était trop petit et ne peut pas être considéré comme étant représentatif. De plus, les résultats obtenus dans cette étude sont limités aux rôles de la thérapie de groupe. Les résultats ne peuvent pas être généralisés aux rôles de thérapie individuelle. Pour terminer, les auteurs soulignent fait que les résultats présentés dans cette étude pourraient être biaisés par le fait que le personnel connaissait les diagnostics de leurs patients, et donc, cet élément pouvait créer des préjugés chez les intervenants avant même de connaître réellement leurs patients en thérapie.

### **Le contre-transfert chez les stagiaires**

À quelques reprises, les auteurs des articles précédents mentionnent l'influence de l'expérience clinique des intervenants quant à la gestion efficace des contre-transferts. De ce fait, les deux prochaines études s'attardent sur ce sujet.

En 2014, Feller et Van Brada se sont intéressés au phénomène du contre-transfert chez les stagiaires en travail social et ils ont effectué une étude exploratoire et qualitative à ce sujet. L'étude avait pour objectif de mieux comprendre et interpréter l'expérience du contre-transfert vécu chez les étudiants ainsi que la façon dont les étudiants ont compris et géré leurs réactions de contre-transfert. En fait, les auteurs avaient pour hypothèses que les contre-transferts chez les étudiants augmentent la probabilité de développer des réactions complexes lors de leurs interventions durant

leur stage, que les étudiants manquaient de compétences concernant la gestion de leurs contre-transferts et qu'un enseignement adéquat sur ce sujet était nécessaire afin d'aider les étudiants à bien conceptualiser ce concept.

Pour cette étude, les auteurs ont sollicité la participation de l'ensemble des étudiants de troisième année en travail social de l'Université de Johannesburg. Sur une possibilité de 81 étudiants, 13 étudiants ont voulu participer à l'étude et ont été interviewés. Comme ce nombre était trop élevé pour une étude phénoménologique, les cinq transcriptions les plus riches ont été sélectionnées et analysées. Les données ont été collectées lors d'entretiens individuels en présentiel à l'aide d'une grille d'entretien semi-structurée. Les entrevues contenaient deux séries de questions. La première série de questions portait sur une expérience d'intervention où les stagiaires avaient vécu des sentiments forts ou inconfortables. Après ce partage, les auteurs ont interrogé les stagiaires sur leur compréhension de cette expérience et leur traitement de l'expérience. La seconde série de questions portait sur les connaissances des stagiaires concernant le contre-transfert. Les données recueillies ont été analysées selon la spirale analytique de Creswell (2012) de manière inductive telle que décrite par Ezzy (2002). Par la suite, les auteurs présentaient une brève description de la théorie du contre-transfert et ils ont exploré avec les stagiaires comment ils auraient pu comprendre et gérer les choses différemment avec ces nouvelles connaissances.

À la suite de l'analyse des données, quatre thèmes ont émergé. Le premier thème est composé de l'éventail des réactions de contre-transfert. En fait, les auteurs ont recueilli un vaste éventail de réactions internes dans les récits racontés par les stagiaires ayant été déclenchées lors de situations d'intervention. La plupart des réactions impliquaient des sentiments de confusion et d'accablement, avec un brouillage des frontières, des rôles et des expériences. Les participants ont rapporté avoir perdu le contact empathique avec leur client, alors qu'ils ont été absorbés par leurs propres expériences, leurs rôles, leurs sentiments et leurs souvenirs. Les participants mentionnaient s'être sentis inadéquats et incompetents et avoir ressenti un sentiment d'impuissance et d'échec lors des situations considérées comme étant des contre-transferts. Ces sentiments ont causé, par la suite, des sentiments de colère et de frustration, mais également des sentiments d'anxiété, de

tristesse, de confusion, de perte, d'abandon et de déception chez les stagiaires. Certains ont aussi vécu un sentiment de vouloir sauver, protéger et nourrir leurs clients.

Le deuxième thème dégagé de leur étude est celui des comportements de contre-transfert et des efforts pour les gérer. Les auteurs mentionnent que les résultats de leurs études vont dans le même sens que la littérature. En effet, ces derniers ont observé que lorsque les étudiants ont du mal à gérer leurs pensées ou leurs réactions contre-transférentielles, ces derniers avaient tendance à se fermer émotionnellement et à adopter des comportements d'évitement et de ce fait, vivre les émotions mentionnées au thème 1. Les pleurs, le dialogue avec soi-même ainsi que la création de distanciation physique entre eux et leurs clients sont trois des principaux moyens utilisés par les étudiants pour réguler leurs émotions.

Le troisième thème soulevé par les auteurs est celui du rôle de la supervision pour aider les stagiaires à comprendre et à gérer leurs contre-transferts. Les auteurs soulignent que la supervision n'était pas un thème prévu pour cette étude. Toutefois, étant donné que les participants ont fourni des informations en ce sens, les auteurs ont décidé d'inclure ce thème dans les résultats de l'étude. En fait, l'ensemble des participants ont déclaré que les supervisions centrées sur les contre-transferts avaient apporté un soulagement émotionnel, les avait soutenus à mieux gérer leurs sentiments et à faire la lumière sur leurs expériences. Les participants ont également mentionné avoir effectué des supervisions informelles avec des autres que leurs superviseurs. Cet élément fait dire aux auteurs qu'il peut être difficile pour les étudiants de se présenter comme des stagiaires compétents tout en exposant leurs vulnérabilités à leur superviseur qui les évaluera.

Le dernier thème consiste à la compréhension ultérieure par les participants de leur expérience de contre-transfert. À la suite de l'étude, lors d'une rencontre avec les auteurs, les étudiants ont parlé de ce qu'il comprenait du terme contre-transfert. L'ensemble des étudiants ont nommé en avoir entendu parler, mais qu'ils en avaient une compréhension limitée. Les étudiants ont fait état de savoir à moitié que leurs réponses émotionnelles étaient des contre-transferts, mais ils n'avaient pas les outils conceptuels pour s'attaquer à ces réactions. Après que les auteurs aient discuté du concept de contre-transfert avec les participants, ceux-ci ont déclaré avoir une meilleure compréhension de leur expérience. Ils ont également mentionné avoir le sentiment que le contre-

transfert pouvait être utile dans leur pratique sans toutefois savoir comment utiliser cette compréhension de base lors de leurs futures interventions. Tous les participants ont reconnu que la thérapie personnelle jouerait un rôle important en les aidant à repérer leurs propres vulnérabilités et donc, mieux comprendre le contre-transfert. Toutefois, ils ont exprimé une grande ambivalence quant à l'idée d'aller consulter.

Selon les auteurs, les résultats de leurs études ont confirmé leurs hypothèses. En fait, le contre-transfert est largement expérimenté par les étudiants en travail social, il est parfois mis en œuvre de manière inappropriée. Il s'agit d'une expérience conflictuelle évoquant l'anxiété et la honte, les étudiants n'ont pas les outils conceptuels pour lui donner un sens adéquat. Dès lors, ils évitent d'en parler avec leur superviseur, ou obtiennent une supervision inadéquate lorsqu'ils le font. En fait, les étudiants ont démontré qu'il leur est très difficile de penser et de ressentir leurs blessures passées, principalement des expériences de perte, de traumatismes et de violences. Ils préfèrent ne pas avoir à s'engager avec leurs sentiments, évitent d'aller consulter et utilisent d'importants mécanismes de défense pour ne pas se laisser aller afin de se protéger et de ne pas faire face à leurs vulnérabilités.

En outre, les étudiants ainsi que les jeunes intervenants ont donc le défi important de développer une prise de conscience de leurs vulnérabilités, une capacité de régulation et de réflexion émotionnelles, ainsi que les outils conceptuels et théoriques permettant de gérer le contre-transfert de manière professionnelle. De plus, les auteurs soulèvent que les superviseurs ont besoin de connaissances théoriques sur le contre-transfert, de créer des relations de supervision sûres dans lesquelles les étudiants puissent prendre le risque d'exposer leurs vulnérabilités et développer les compétences nécessaires pour aider à soutenir la capacité des étudiants à gérer le contre-transfert.

Williams, Judge, Hill et Hoffman (1997) ont également effectué une étude au sujet des stagiaires. Leurs buts étaient de mieux comprendre les types de réactions avec lesquelles les stagiaires sont aux prises durant leurs rencontres avec les clients, ainsi que le niveau de conscience qu'ils ont de ces réactions. Ces derniers ont émis l'hypothèse que les difficultés d'un thérapeute débutant à gérer efficacement ses réactions auraient un impact négatif sur les résultats d'une thérapie. Ainsi, les auteurs ont cherché à étudier les types de réactions personnelles vécues par les

stagiaires et la manière dont ils tentent de gérer leurs réactions contre-transférentielles lors de leurs interventions. Afin de vérifier leur hypothèse, les auteurs ont déterminé trois objectifs, soit de déterminer les types de réactions personnelles des stagiaires lors de leurs rencontres avec des clients, soit d'enquêter sur les types de stratégies utilisées généralement par les stagiaires pour conjuguer leurs réactions, soit encore d'examiner l'évolution dans le temps du niveau d'anxiété des stagiaires, de leur auto-efficacité en matière de conseil, de la gestion du contre-transfert et de leurs compétences thérapeutiques.

Cette étude a été réalisée auprès de sept stagiaires volontaires inscrits au programme de psychologie de l'Université du Maryland. Quant aux clients volontaires, 37 volontaires ayant de véritables préoccupations et étant prêts à suivre une thérapie de neuf à 11 rencontres. Afin d'évaluer les stagiaires, cinq des sept superviseurs s'étant portés volontaires ont été choisis. Les deux autres superviseurs étaient les chercheurs. L'ensemble des participants à l'étude ignoraient le but précis de l'étude à l'exception de deux superviseurs chercheurs. Par ailleurs, l'ensemble des stagiaires étaient supervisés après chacune de leur rencontre.

Pour réaliser cette étude, les auteurs ont utilisé une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. Pour les deux premiers objectifs, les auteurs ont utilisé la méthode qualitative. En fait, les auteurs ont élaboré un questionnaire anonyme pour les stagiaires, un questionnaire anonyme pour les clients ainsi qu'un questionnaire pour les superviseurs. De plus, ils ont également utilisé la *Consensual Qualitative Research (CQR)* élaborée par Hill, Thompson et Williams (1997) afin de laisser émerger différentes hypothèses. Pour le troisième objectif, les auteurs ont utilisé divers tests psychométriques qui seront mentionnés dans la prochaine section.

Pour le premier objectif, le questionnaire des stagiaires a été analysé et les auteurs ont ressorti six sentiments et réactions communes à l'ensemble des stagiaires lors de leurs suivis. Par ordre de priorité, il s'agissait de l'anxiété, la distraction ou la centration sur soi, l'empathie, le plaisir, la frustration et le sentiment d'être inadéquat. Quant au deuxième objectif, le questionnaire des stagiaires a révélé que les stratégies les plus utilisées étaient de se concentrer sur le client ainsi que de réprimer leurs propres sentiments. Dans une moindre mesure, l'utilisation de la prise de conscience de soi a également été utilisée comme stratégie. Concernant le questionnaire répondu

par les superviseurs, ces derniers ont observé plusieurs éléments lors de manifestations de contre-transferts chez les stagiaires. Les stagiaires affichaient des comportements négatifs ou incongrus, ils évitaient les affects ou les problèmes, ils se concentraient excessivement et ils pouvaient devenir trop impliqués ou perdre leur objectivité. Pour ce qui est du questionnaire remis par les clients, les auteurs ont observé trois catégories dans lesquelles les patients ont raconté avoir vécu des non-dits. La première catégorie se situe au niveau des questions embarrassantes ou honteuses. La deuxième, lors de problèmes relationnels entre le stagiaire et le client, et la dernière, était le refus du client d'aborder un sujet parce qu'il avait peur d'une réaction négative du thérapeute. En ce qui concerne le dernier objectif, différents tests quantitatifs ont été examinés par les auteurs. Pour ce qui est de l'anxiété, le *State-trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs, 1983) indique qu'au fil des rencontres, l'anxiété avait diminué ( $F[1, 6] = 14,67, p < 0,01$ ). Quant à leur auto-efficacité en matière de conseil, l'augmentation observée n'était pas significative selon le *Counseling Self-Estimate Inventory* (Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel et Toulouse, 1992). Pour sa part, les résultats du *Countertransference Factors Inventory* (CFI) de Van Wagoner, Gelso, Hayes et Diemer (1991), a démontré que l'aptitude thérapeutique globale augmentait, ( $F[1, 6] = 20,23, p < 0,01$ ). Pour terminer, le *Supervisor's Report* (Jones, Krasner, et Howard, 1992) démontre que la compétence thérapeutique globale avait augmenté, ( $F[1, 6] = 13,44, p < 0,01$ ). Pour ce résultat, les auteurs ont examiné les différences possibles entre les scores des deux superviseurs qui étaient également les auteurs de l'étude et les scores des 5 autres superviseurs et aucune différence significative n'a été observée.

L'étude de Williams *et al.*, (1997) n'a pas permis aux auteurs de confirmer clairement leur hypothèse de départ. Toutefois, les auteurs dénotent que cette étude a permis de démontrer qu'au fil des rencontres, les stagiaires étaient moins anxieux, développaient des habiletés à gérer leurs réactions de contre-transfert ainsi que de meilleures compétences thérapeutiques. Par ailleurs, les données recueillies auprès des clients et des superviseurs suggèrent que les sentiments et réactions ont, à certains moments, interféré avec leur capacité à fournir des conseils plus efficaces. En effet, des comportements négatifs ou incongrus (ex : devenir très directif) ainsi que des comportements d'évitement ou de surimplication de la part du stagiaire envers le client ont été observés chez

l'ensemble des clients. Ces comportements pouvaient engendrer des non-dits chez les clients ayant des conséquences sur la thérapie.

Pour terminer, les auteurs mentionnent que l'étude soulève des interrogations au niveau des stratégies de gestions des réactions utilisées par les stagiaires lors de leurs rencontres. De ce fait, les personnes supervisant les stagiaires devraient tenir compte de ces difficultés afin de mieux répondre aux besoins des stagiaires à ce niveau. Ainsi, les auteurs supposent qu'il serait utile de développer davantage de stratégies et de programmes pour aider les stagiaires à être attentifs à leur discours personnel, leurs sentiments ainsi que leurs réactions durant leurs rencontres avec des clients. De plus, des recherches plus poussées dans ce domaine pourraient également aider à développer de nouvelles et meilleures techniques pour enseigner aux stagiaires à gérer et à utiliser leurs sentiments et réactions normaux et inévitables auxquels ils seront probablement confrontés.

Sur le plan des limites, les auteurs soulèvent la représentativité de l'échantillon de cette étude et la difficulté à généraliser à l'ensemble des stagiaires ou des thérapeutes débutants. De plus, le faible nombre de participants a peut-être eu pour effet de causer une certaine crainte d'être reconnu chez les stagiaires. De ce fait, malgré l'anonymat des questionnaires, il est possible que ces derniers aient nommé des éléments qui leur semblaient appropriés quant aux types de réactions vécues et de stratégies utilisées. Les auteurs suggèrent également que cette étude devrait être reproduite avec d'autres méthodes. En effet, les mesures pourraient être développées sur la base des idées qui ont émergé des analyses qualitatives.

## Synthèse des résultats obtenus dans les articles retenus

Les principales caractéristiques des études sont présentées au Tableau 1. Les études ont été effectuées dans plusieurs pays notamment aux États-Unis, en Norvège, en Afrique du Sud et une autre couvrait huit pays. Lors de la recension des écrits, aucune étude sur le contre-transfert émanait du Québec ou du Canada. Les participants sont pour la plupart des intervenants de diverses disciplines (psychologues, travailleurs sociaux, psychothérapeutes, psychiatres, infirmières, intervenants psychosociaux). Malheureusement, aucune étude recensée n'incluait des psychoéducateurs. L'ensemble des études présente des devis corrélationnels. Certaines études ont utilisé des vignettes cliniques (Dougall et Shwartz, 2011, Almaliah-Rauscher *et al.*, 2020), tandis que d'autres ont utilisé des tests standardisés ou des questionnaires (Hayes *et al.*, 2018, Bholia et Mehrotra, 2021, Rossberg *et al.*, 2007, Feller et Van Brada, 2014, Feller et Van Brada, 2014, Williams *et al.* 1997).

La synthèse des écrits se divise en deux points. Le premier regroupe les recherches qui couvrent les incidences des réactions contre-transférentielles sur l'intervention. La seconde recension des écrits scientifiques résume les études abordant l'incidence de la gestion des réactions contre-transférentielles sur l'intervention.

### L'incidence des réactions contre-transférentielles sur l'intervention

Plusieurs études démontrent que les effets du contre-transfert ont une incidence sur les résultats de l'intervention. La méta-analyse de Hayes *et al.* (2018) suggère effectivement que les réactions aux contre-transferts peuvent affecter les résultats de la psychothérapie. Des réactions telles que des sentiments d'être rejeté et inadéquat sont particulièrement significatifs et préjudiciables lors d'une relation thérapeutique teintée de contre-transfert (Rossberg *et al.*, 2007). Plusieurs études démontrent que des facteurs propices à l'émergence de réactions contre-transférentielles étaient directement en lien avec les caractéristiques de la personne aidée. Par exemple, Dougall et Shwartz (2011) ont démontré que les thérapeutes minimisaient les problèmes des clients ayant un statut socio-économique élevé comparativement à ceux ayant un faible statut socio-économique. Quant à Almaliah-Rauscher *et al.* (2020), ces derniers ont conclu que le genre des clients avait

une incidence sur les réactions contre-transférentielles des thérapeutes puisque cela influençait leurs jugements face aux clients en situation de crise. En effet, les participants exposés à l'une des études de cas présentant une patiente de sexe féminin potentiellement suicidaire ont démontré une plus grande volonté de traitement et une plus grande probabilité de référer le cas à d'autres professionnels, par rapport aux participants exposés à un patient masculin suicidaire. Ils relèvent aussi le fait d'être du même genre pouvait être aussi un facteur prédisposant à mieux s'identifier à la personne malgré les risques suicidaires, notamment les femmes. La santé mentale des patients est également une caractéristique pouvant avoir une incidence sur les réactions contre-transférentielles. En effet, l'étude de Rossberg *et al.*, (2007) démontre que les patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité des groupes A ou B (A : personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique) et (B : personnalités narcissique, histrionique, borderline et antisociale) suscitent des réactions contre-transférentielles plus gênantes chez les thérapeutes lors d'interventions auprès de cette clientèle comparativement à la clientèle ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité du groupe C (personnalité évitante, personnalité obsessionnelle-compulsive et personnalité dépendante). Bien qu'il puisse y avoir davantage de caractéristiques associées à la clientèle pouvant influencer les réactions contre-transférentielles chez les intervenants, ces trois études abondent dans le même sens que les conclusions émises dans la méta-analyse mentionnée précédemment.

### **La gestion des réactions contre-transférentielles et son effet positif.**

Dans leur méta-analyse, Hayes et al. (2018) ont également conclu qu'une gestion efficace des réactions contre-transférentielles atténue les réactions de l'intervenant permettant ainsi de prédire de meilleurs résultats thérapeutiques. Afin d'améliorer la gestion des réactions contre-transférentielles, Bholra et Mehrotra (2021) ont étudié l'un des facteurs pouvant y contribuer. Dans leur étude, ces derniers dénotent que l'expérience thérapeutique rend les intervenants plus alertes face à leurs réactions de contre-transfert et par conséquent, ils démontrent moins de réactions émotionnelles négatives face à leurs clients. D'ailleurs, les résultats de l'étude soulignent également la vulnérabilité des intervenants novices quant aux réactions émotionnelles difficiles vécues lors de leurs interventions auprès de la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Cette

conclusion est d'ailleurs confirmée par l'étude de Williams *et al.* (1997) et de Feller et Van Brada (2014). Dans cette optique, les résultats de leurs études indiquent que les stagiaires affichant des comportements négatifs ou incongrus, évitent les affects ou les problèmes, se concentrent excessivement et peuvent devenir trop impliqués ou perdre leur objectivité. Toutefois, les deux études concluent qu'une meilleure connaissance de la théorie des contre-transferts par les stagiaires ainsi qu'une supervision efficace permettent aux stagiaires de se sentir soulagés émotionnellement. De plus, des supervisions centrées sur la gestion des réactions contre-transférentielles ont pour effet d'améliorer leur gestion, de mentaliser sur le processus et par le fait même, obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques.

**Tableau 1***Caractéristiques de chacune des études*

Étude (auteurs, date)	Caractéristiques de l'échantillon	Méthode et mesures	Résultats
Hayes, Gelso, Goldberg et Kivlighan (2018)	973 participants répertoriés dans 14 études. 1394 participants dans 13 études. 1065 participants dans 9 études.	Méta-analyse, corrélation entre les variables de réactions au contre- transfert, la gestion des contre- transferts et les résultats thérapeutiques.	1. La présence de contre-transfert est une valeur prédictive de mauvais résultats. 2. La gestion des contre-transferts par l'intervenant est associée à une diminution des réactions négatives de contre-transfert par ce dernier lors de ses interventions. 3. La gestion réussie des contre-transferts permet de prédire de meilleurs résultats thérapeutiques.
Dougall et Shwartz (2011)	141 conseillers professionnels et conseillers stagiaires de l' <i>American Counseling Association</i>	Comparaison du jugement entre deux groupes à l'aide de vignette clinique différente dont une présente un client ayant un faible statut socio- économique tandis la seconde présente un client ayant un statut socio- économique élevé. Les deux groupes ont visionné le premier entretien. Le questionnaire de Murdock et Fremont (1989) évalue leur jugement.	Les résultats démontrent un effet significativement différent entre les réponses des participants des deux groupes. Les participants évaluent que les problèmes sont plus légers pour le client ayant un statut socioéconomique plus élevé à l'opposé de ceux ayant statut socioéconomique moins élevé où les problèmes sont perçus plus graves pour le client. Bref ceci constitue un biais cognitif important.
Almaliah- Rauscher, Ettinger, Levi- Belz et Gvion (2020)	331 professionnels de la santé mentale de différentes professions (60 hommes et 271 femmes)	Utilisation de quatre vignettes remises au hasard. Analyse statistique multivariée.	Le test multivarié révèle un effet significatif avec le niveau du risque suicidaire. Une interaction significative entre le genre du patient et un effet chez les intervenants est notée. La probabilité de référer des patients féminins était plus élevée que la probabilité de référer des patients masculins. La volonté de traiter les patients féminins était également plus élevée que celle de référer des patients masculins.

Bhola et Mehrotra (2021)	117 intervenants de différentes disciplines en relations d'aide basées dans huit pays différents intervenant auprès d'une population ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite.	Analyse statistique comparative (T Test). Utilisation de questionnaires sociodémographiques, un questionnaire à propos de leurs patients récemment vus ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite, le <i>Therapist Response Questionnaire</i> (Kittel Conklin et Westen, 2003) comprenant huit dimensions du contre-transfert et le questionnaire de l'échelle de mentalisation (Dimitrijević, Hanak, Altaras Dimitrijević et Jolić Marjanović, 2018) comportant trois sous-échelles avec une fiabilité acceptable.	Les résultats démontrent que les intervenants expérimentés sont moins enclins à accorder un statut spécial à leur patient, ou trop préoccupés et surimpliqués. Ils ressentent moins de contre-transfert négatif : moins de distanciation, de sentiments de distraction, de retrait, ou d'ennui pendant leur séance. Ceux supervisés présentent des niveaux plus élevés de contre-transfert. Ces résultats sont observés, entre autres, pour la surprotection parentale, le sentiment d'être critiqué, inadéquat ou encore désengagé. Toutefois ceux supervisés étaient significativement moins expérimentés. Les résultats indiquent que la compréhension des intervenants de leurs propres états mentaux est corrélée négativement avec une série d'expériences difficiles dont les sentiments d'être impuissant et inadéquat, de ne pas être apprécié, rejeté ou dévalorisé par le patient, d'être désengagé pendant les séances, ou de se sentir submergé par des sentiments négatifs ou d'évitement.
Rossberg, Karterud, Pedersen et Friis (2007)	Onze thérapeutes (psychiatre, psychologue, assistant social, infirmiers) de l'hôpital universitaire à Oslo; 20 patients ayant trouble de personnalité (TPL) de types A ou B et 10 patients ayant un TPL de type C.	<i>Le Feeling Word Checklist-58</i> (FWC-58) (Røssberg, Hoffart et Friis, 2003) a été utilisé pour effectuer l'analyse statistique (test t). L'étude a duré 16 mois.	En comparant les sentiments vécus par les participants intervenant auprès de patients ayant un diagnostic de trouble de la personnalité de types A et B (groupe 1) avec les participants intervenant auprès de patients ayant un trouble de personnalité de type C (groupe 2), les participants du groupe 1 se sont sentis moins confiants comparativement aux intervenants du groupe 2. Les intervenants du premier groupe vivaient davantage de sentiments négatifs tels que le sentiment de rejet ou d'être sur leur garde, ou encore, ils avaient l'impression d'être dépassés et se sentaient inadéquats.
Feller et Van Brada (2014)	Cinq étudiants de troisième année en	Analyse qualitative. Cinq transcriptions les plus riches ont été	Quatre thèmes ressortent. 1) L'éventail des réactions de contre-transfert telles que se sentir inadéquat, incompetent, impuissant

travail social de l'Université de Johannesburg.

sélectionnées et analysées pour l'étude phénoménologique. La collecte de données est issue d'entretiens individuels à l'aide d'une grille d'entretien semi-structurée. Les entrevues contenaient deux séries de questions. La première série de questions portait sur une expérience d'intervention où les stagiaires avaient vécu des sentiments intenses ou inconfortables. Après ce partage, les auteurs ont interrogé les stagiaires sur leur compréhension de cette expérience et leur traitement de l'expérience. La seconde série de questions portait sur les connaissances des stagiaires concernant le contre-transfert. Les données recueillies ont été analysées selon la spirale analytique de Creswell (2012) de manière inductive telle que décrite par Ezzy (2002).

ou un sentiment d'échec engendrent des sentiments de colère et de frustration, mais également des sentiments d'anxiété, de tristesse, de confusion, de perte, d'abandon et de déception, de vouloir sauver, protéger et « nourrir » leurs clients. 2) Les efforts des participants pour gérer les comportements de contre-transfert tendent à se fermer émotionnellement, à adopter des comportements d'évitement, et à vivre les émotions mentionnées au thème 1. Les pleurs, le dialogue avec soi-même ainsi que la création de distanciation physique entre eux et leurs clients sont les principaux moyens utilisés par les étudiants pour réguler leurs émotions. 3) Le rôle de la supervision pour aider les stagiaires à comprendre et à gérer leurs contre-transferts : les supervisions centrées sur le contre-transfert apportent un soulagement émotionnel, aident à mieux gérer leurs sentiments et faire la lumière sur leurs expériences. Toutefois, il peut être difficile pour les stagiaires d'exposer leurs vulnérabilités à leur superviseur qui les évalue sur leurs compétences. Enfin le dernier thème touche la compréhension ultérieure du contre-transfert. L'ensemble des étudiants mentionnent en avoir entendu parler, mais possèdent une compréhension limitée. Les étudiants font état que leurs réponses émotionnelles pouvaient être du contre-transfert, mais ne se sentent pas outillés conceptuellement pour s'attaquer à ces réactions.

<p>Williams, Judge, Hill et Hoffman (1997)</p>	<p>Étude réalisée auprès de sept stagiaires volontaires inscrits au programme de psychologie de l'Université du Maryland. Quant aux clients volontaires, 37 étaient prêts à suivre une thérapie de 9 à 11 rencontres. Cinq superviseurs sont portés volontaires et choisis pour évaluer les stagiaires avec les deux auteurs.</p>	<p>Plusieurs questionnaires ont été utilisés : <i>Consensual Qualitative Research</i> (Hill, Thompson et Williams, 1997), <i>State-trait Anxiety Inventory</i> (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs, 1983), <i>Counseling Self-Estimate Inventory</i> (Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel et Toulouse, 1992), <i>Countertransference Factors Inventory</i> (Van Wagoner, Gelso, Hayes et Diemer, 1991) et <i>Supervisor's Report</i> (Jones, Krasner, et Howard, 1992) qui mesure la compétence thérapeutique globale. Trois autres ont été élaborés pour les stagiaires, les clients et les superviseurs)</p>	<p>Au fil des rencontres, l'anxiété avait diminué. Aucune augmentation significative n'a été observée quant au sentiment d'auto-efficacité en matière de conseil. Le niveau d'aptitude thérapeutique globale a augmenté. La compétence thérapeutique globale a augmenté.</p>
--	---	---	--

## **Discussion**

Cette section résume les points saillants retrouvés dans les articles analysés précédemment. Quatre thèmes seront étayés. Le premier thème présentera les répercussions du contre-transfert répondant ainsi à notre premier objectif. Ensuite, les facteurs propices à l'émergence de réactions contre-transférentielles associées aux caractéristiques de la clientèle seront le thème suivant. Puis, les limites liées aux études effectuées seront décrites. Cette section se terminera par diverses recommandations pour l'accompagnement de jeunes intervenants et stagiaires afin d'améliorer la gestion des contre-transferts. Tout au long de la discussion, des recommandations pour de futures études seront également énoncées.

### **Les répercussions du contre-transfert en relation d'aide**

La présentation des études de cet essai démontre qu'une meilleure gestion des contre-transferts a une incidence positive au niveau de l'alliance thérapeutique et permettait de prédire de meilleurs résultats thérapeutiques. En fait, qu'il s'agisse de stagiaires, de jeunes intervenants ou même de professionnels expérimentés, une méconnaissance ainsi qu'une mauvaise gestion des contre-transferts a pour effet de susciter des réactions non thérapeutiques et même contre-thérapeutiques (Burwell-Pender et Halinski, [2008]). Par ailleurs, les études de Feller et van Breda (2014) ainsi que celle de Williams *et al.* (1997) concluent que les contre-transferts vécus chez les intervenants génèrent davantage d'émotions négatives que d'émotions positives. En effet, l'anxiété ainsi que des sentiments d'incompétence, de vulnérabilités, de déceptions et de frustrations sont davantage ressentis que des sentiments de satisfaction ou d'empathie. Par ailleurs, les effets de ces ressentiments chez les intervenants ont pour effet l'utilisation de stratégies contre-productives. En ce sens, les études démontrent non seulement l'influence du contre-transfert, mais exposent les stratégies d'évitement, de retrait, de surimplication, de prise en charge excessive ou même de désengagement pouvant mener à une fin des services prématurés. Ce sont les principales réactions observées chez les intervenants éprouvant de la difficulté à gérer leurs contre-transferts.

## **Les caractéristiques de la clientèle**

Les résultats des études mentionnées dans cet essai ont également démontré que les caractéristiques personnelles des patients avaient un impact direct sur les contre-transferts des intervenants et donc, un effet sur la qualité de la relation thérapeutique. En fait, les contre-transferts vécus par les intervenants ont une incidence sur leur objectivité et par le fait même, une incidence quant à leur jugement clinique. Donc, les contre-transferts peuvent conduire à des conséquences négatives sur les décisions de traitement du patient. Par ailleurs, l'étude de Dougall et Schwartz (2011) a démontré que les intervenants percevaient un sentiment d'être dominé face aux patients ayant un statut socio-économique élevé. Ce contre-transfert a eu pour résultat que les intervenants émettaient des évaluations beaucoup plus légères pour ce type de patients que pour les patients vivant la même situation, mais ayant un statut socio-économique considéré comme étant moins élevé.

Les impacts du contre-transfert dû aux caractéristiques personnelles se sont également reflétés dans l'étude de Almaliyah-Rauscher et *al.* (2020). En effet, ces derniers ont pu démontrer que le genre du patient avait un impact sur la décision de prendre en charge ou de référer un patient suicidaire. Par ailleurs, Pope et *al.* (2016) soulèvent dans leur étude que la majorité des psychologues interrogés perçoivent le suicide comme un acte contraire à l'éthique. Par conséquent, cette perception pourrait influencer leur décision à propos de l'orientation des services. L'étude de Norheim, Grimholt et Ekerberg (2013) a également démontré qu'il existe une croyance inconsciente selon laquelle il est du devoir du thérapeute d'empêcher le suicide. À cela s'ajoute, si un patient meurt par suicide, un échec de la part du thérapeute. Ainsi, sachant que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes, il est possible que ces croyances et attitudes négatives envers le suicide provoquent des réactions inconscientes négatives. Ces contre-transferts négatifs limitent donc la volonté et la capacité des intervenants de travailler avec les hommes ayant des idéations suicidaires. Ainsi, ces contre-transferts ont un impact sur l'efficacité du traitement, contribuant ainsi à l'augmentation du taux de suicide (Tine, Ole, Dag, Leiv et Oivind, 2014).

La santé mentale des patients est également une autre caractéristique de la clientèle pouvant déclencher des réactions de contre-transferts et ainsi nuire au processus thérapeutique. En effet, les résultats de Bholra et Mehrotra (2021) ont démontré que les intervenants travaillant auprès des

patients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité éprouvent un éventail de réponses émotionnelles autant positives que négatives. Par ailleurs, l'étude démontre également que même les sentiments positifs envers leurs patients peuvent être problématiques. En effet, les sentiments et les comportements à connotation positive peuvent mener l'intervenant à une sur implication et à une surprotection et résulter en une perte d'objectivité démontrant le besoin de ce dernier de sauver son patient. Par ailleurs, l'étude de Røssberg *et al.* (2007) démontre que les différentes problématiques en santé mentale n'ont pas le même impact sur le plan des contre-transferts. En fait, les réactions de contre-transfert variaient significativement selon le type de problématiques. Ainsi, les patients ayant reçu un diagnostic du trouble de la personnalité du groupe A (personnalités bizarres ou excentriques) ou du groupe B (personnalités dramatiques et émotives) généraient davantage de contre-transfert que ceux du groupe C (personnalités anxieuses et craintives). Les résultats de l'étude soulignent également que les réactions contre-transférentielles rapportées étaient fortement corrélées avec le degré d'amélioration du patient. En fait, l'amélioration était corrélée positivement avec le sentiment d'importance et de confiance, ou négativement avec le sentiment de rejet, d'ennui, de vigilance, d'accablement et d'incompétences.

### **Les limites**

Les études analysées dans le présent essai contiennent plusieurs limites. Tout d'abord, en raison du nombre limité de participants à chacune des études, les résultats obtenus par les auteurs peuvent difficilement être représentatifs et généralisables à l'ensemble des intervenants en relation d'aide.

Une autre limite se situe au niveau des critères de sélection des participants. En effet, le recrutement de l'ensemble des participants aux études est sur une base volontaire. De ce fait, cette méthode d'échantillonnage ne permet pas d'étudier le phénomène de contre-transfert auprès d'une population diversifiée d'intervenants. Pour résoudre cette problématique, une sélection aléatoire des participants serait préférable afin d'améliorer la fiabilité des résultats. Toutefois, cette méthode d'échantillonnage pourrait également être trompeuse. En effet, Alberto (2019) mentionne que l'étude des contre-transferts peut provoquer une menace pour l'égo chez les intervenants. Ainsi, cette menace pourrait avoir pour effet de faire ressurgir des mécanismes de défense tels que le déni et ainsi avoir un effet néfaste sur les résultats des études. Donc, afin d'avoir des résultats probants,

les études sur les contre-transferts devraient nécessairement impliquer des participants de façon aléatoire et possédant une bonne capacité d'introspection ainsi qu'un certain degré d'humilité. De ce fait, il faut se questionner à savoir si une méthode d'échantillonnage aléatoire serait réaliste et permettrait de sélectionner des participants ayant ces deux qualités.

Les instruments de mesure utilisés dans les études présentées sont également des limites à considérer. En effet, certaines études pour cet essai ont utilisé des questionnaires élaborés par les chercheurs et il n'était pas possible d'avoir accès à ceux-ci. De plus, ces chercheurs n'ont pas exposé aucune information sur les valeurs psychométriques de ces questionnaires. Donc, il est impossible de reproduire les études et de vérifier l'évaluation en termes de validité et de fiabilité des questionnaires.

Pour terminer, l'utilisation de questionnaires et d'études de cas comparativement à l'évaluation des contre-transferts en situation réelle pourrait également avoir faussé les données. En effet, le contre-transfert, de par sa définition, est souvent inconscient, difficile à reconnaître et il entrave souvent la prise de conscience du thérapeute sur ses actions (Gelso et Hayes, 2007). De plus, l'étude de Williams *et al.* (1997) ainsi que l'étude de Rocco, De Bei, Negri et Filipponi (2021), démontrent que les résultats d'une auto-évaluation divergent de l'évaluation effectuée par des observateurs ou par les clients eux-mêmes. De ce fait, la difficulté de relever les contre-transferts, la désirabilité sociale ainsi que les biais associés à la mémoire peuvent avoir eu un impact lors des auto-évaluations centrées sur les contre-transferts et ainsi fausser les résultats obtenus par ce type de questionnaire. De plus, une méthode d'analyse basée sur la présence d'observateurs ou sur l'enregistrement de séances ainsi que sur les rétroactions des clients, pourrait permettre des résultats beaucoup plus représentatifs de la réalité entourant le contre-transfert comparativement aux résumés de récits décrits par les intervenants. La triangulation de telles données entre plusieurs sources apporterait une meilleure description des réactions contre-transférentielles et de leurs effets.

En résumé, les auteurs soulignent l'importance de réfléchir et de reconnaître les réactions contre-transférentielles des intervenants lorsqu'ils font face à des patients possédant des caractéristiques pouvant augmenter les réactions de contre-transfert. D'ailleurs, les auteurs

recommandent fortement la mise en place de recherches concernant les caractéristiques de la clientèle pouvant avoir un impact sur les réactions contre-transférentielles. En effet, étant donné la forte relation positive entre les réactions de contre-transfert positives et l'amélioration de la situation du patient et une forte relation négative entre les relations de contre-transfert négatives face au traitement, il est primordial pour les intervenants d'être à l'affût, à l'aide de recherches scientifiques, des particularités de leurs patients pouvant leur générer la résurgence de problèmes non-résolus.

### **Les recommandations**

L'importance de comprendre, reconnaître et gérer leurs sentiments de contre-transfert est indispensable afin de faire avancer le processus thérapeutique de manière appropriée. L'ensemble des auteurs évoque la nécessité d'améliorer la gestion des contre-transferts en effectuant davantage de sensibilisation au niveau de ce concept lors de la formation des étudiants du domaine psychosocial. L'étude de Williams *et al.* (1997) et de Feller et van Breda (2014) soulignent que les contre-transferts sont largement expérimentés par l'ensemble des stagiaires et des intervenants. D'ailleurs, pour certains, cette expérience peut être vécue de façon conflictuelle provoquant des réactions émotionnelles inadéquates lors de séances (Bhola et Mehrotra, 2021). Dans leur étude qualitative, Feller et van Breda (2014) dénotent que les étudiants interrogés ont une compréhension limitée du terme contre-transfert. De ce fait, certains auteurs suggèrent l'enseignement de la théorie ainsi que la gestion des contre-transferts dès le début du programme d'études. Ainsi, l'inclusion du concept de contre-transfert dans les programmes de formations permettrait aux élèves une amélioration sur le plan de leur conscience de soi, une meilleure gestion des contre-transferts et par le fait même, une amélioration de l'alliance thérapeutique avec leurs patients ainsi que de meilleurs résultats thérapeutiques (Feller et van Breda, 2014). Ces derniers ainsi que Rocco *et al.* (2021) font également mention que l'inclusion de la théorie dans le programme de formation devrait faire partie intégrante des supervisions de stages. Ainsi les étudiants pourraient effectuer une introspection critique lors de situation clinique ainsi qu'une réflexion sur leurs réactions de contre-transfert, il en résulterait une amélioration de leurs connaissances de soi.

En fait, en l'absence de connaissances sur la théorie du contre-transfert et d'outils conceptuels afin d'en améliorer sa gestion, il est difficile pour les étudiants de donner un sens à leur vécu. Par conséquent, ces derniers peuvent utiliser des stratégies inadéquates pour gérer leurs contre-transferts. En effet, des stratégies telles que l'évitement, le retrait, la sur implication ou la sollicitude excessive à l'égard du patient, à se plonger dans leur propre expérience au détriment du patient ont été observées. De plus, la méconnaissance de cette théorie peut conduire les étudiants à éviter de discuter de leurs expériences conflictuelles lors de leur supervision. Par le fait même, l'incompréhension et le malaise vécu lors de leurs contre-transferts peuvent causer des tensions et un sentiment d'incompétence chez les étudiants. Les supervisions, étant un moment où leur travail est scruté et noté, il est possible que les étudiants, voulant paraître compétents et professionnels devant leurs superviseurs, évitent de discuter de leurs vulnérabilités et des conflits internes vécus avec leurs patients de peur de ne pas bien réussir leurs stages. Ainsi, les étudiants perdent une partie importante des bienfaits des supervisions. Afin d'éviter ce genre de situation, les auteurs proposent plusieurs pistes de solutions. Tout d'abord, les auteurs suggèrent la mise en place de formation concernant le contre-transfert pour les superviseurs afin que ces derniers possèdent les connaissances théoriques sur ce sujet et des impacts chez les stagiaires. En effet, cette sensibilité aux contre-transferts aurait pour avantage de créer des relations sécurisées dans lesquelles les étudiants pourraient prendre le risque d'être vulnérables. De plus, ces connaissances encourageraient les superviseurs de s'enquérir davantage des sentiments et des réactions des étudiants envers leurs clients, d'avoir les compétences nécessaires pour aider le développement des capacités des étudiants à gérer leurs contre-transferts. Une autre méthode pédagogique permettant de sensibiliser les intervenants en formation serait la modélisation, c'est-à-dire que les superviseurs divulguent eux-mêmes des situations vécues de contre-transferts lors d'interventions cliniques. Ce rôle de modèle permettrait de réduire les sentiments de honte que les contre-transferts peuvent susciter chez les étudiants ainsi que l'acquisition d'outils concrets pour y faire face. Feller et van Breda (2014) proposent pour sa part, l'instauration d'une structure de supervision informelle excluant le superviseur dans laquelle les étudiants pourraient partager leur vécu avec des professionnelles, des étudiants ou des professeurs n'ayant aucun lien avec le superviseur de stage. Ainsi, l'auto-divulgence des conflits contre-transférentiels pourrait en être facilitée en l'absence

de système d'évaluation pouvant causer une crainte ou une réticence chez les étudiants à oser discuter de leurs vulnérabilités personnelles.

Enfin, comme le démontre l'étude de Feller et van Breda (2014), bien que les récits racontés par les étudiants puissent se révéler riches en soi, les supervisions devraient se baser également sur l'observation d'interventions cliniques effectuée par les étudiants à l'aide d'enregistrement vidéo ou vocaux. Le visionnement ou l'écoute de séances permettraient aux étudiants d'observer leurs propres réactions contre-transférentielles durant leurs rencontres et d'en effectuer une analyse. Cette analyse susciterait ainsi une réflexion permettant aux étudiants d'approfondir leurs consciences de soi et leurs vulnérabilités. En tenant compte de la différence entre les sentiments de contre-transferts conscients et inconscients et en promouvant ainsi la prise de conscience du contre-transfert comme une condition préalable à la gestion de ceux-ci, ces supervisions permettraient aux étudiants d'être davantage en mesure d'observer leurs propres réactions contre-transférentielles pendant et après leurs entretiens. Les résultats des études de Bhola et Mehrotra, 2021 et de Hayes *et al.* (2018) indiquent que les manifestations de contre-transfert étaient moins importantes lorsque les thérapeutes déclaraient mieux comprendre leurs propres états mentaux. Donc, puisque les contre-transferts peuvent être un obstacle potentiel à l'efficacité thérapeutique, l'observation d'interventions cliniques serait bénéfique pour les étudiants afin que ces derniers reconnaissent leurs réactions de contre-transferts, d'y faire face et d'en faire un outil puissant permettant la compréhension de la relation thérapeutique (Rocco *et al.*, 2021). Bien que le contre-transfert soit associé le plus souvent à la psychothérapie, le psychoéducateur n'est pas à l'abri d'un tel vécu. Selon Puskas (2009a), l'analyse du contre-transfert est essentielle pour « ne pas répondre au contenu [aller au-delà du comportement] (..), ne pas prendre personnellement les attaques ou les compliments de séduction (p.13) afin de proposer une nouvelle expérience relationnelle.

En résumé, la formation, la supervision et le développement professionnel continu peuvent aider les stagiaires et les praticiens à surveiller et à suivre leurs pensées, leurs sentiments et comportements, tout en continuant à être ouverts et réactifs dans l'interaction thérapeutique. Ces processus d'apprentissage devraient fournir une rétroaction sur les processus de pensées internes et les réactions émotionnelles des intervenants en formation. En somme, les intervenants doivent

reconnaître et comprendre leurs sentiments et attitudes afin d'utiliser le contre-transfert comme un outil facilitant la compréhension du processus interpersonnel en thérapie (Dahl *et al.*, 2017). Dans cette perspective, prendre conscience des schèmes relationnels (considération, sécurité, confiance, disponibilité, congruence et empathie) en lien avec le processus de transfert et contre-transfert prend tout son sens.

## Conclusion

Pour terminer, cet essai répond aux objectifs de départ. Suite à l'analyse approfondie de sept articles scientifiques, il est possible de conclure que les contre-transferts ont bel et bien un effet sur la relation thérapeutique et par le fait même, sur les résultats du suivi. Ce travail permet également de constater que les caractéristiques de la clientèle sont l'un des éléments pouvant influencer les réactions contre-transférentielles. Tel que désiré, cet essai a porté une attention aux jeunes professionnels ou stagiaires et a permis d'émettre certaines recommandations afin de maximiser la sensibilisation de ces derniers aux effets des contre-transferts. Cet essai permet donc d'enrichir les éléments contribuant à la relation thérapeutique et d'établir des liens avec la psychoéducation lors de sa formation.

Ainsi Collot (2011) a défini la relation thérapeutique comme étant la collaboration active et mutuelle impliquant une relation affective entre l'intervenant et son patient. Par ailleurs, les résultats des études issues de cet essai démontrent que les contre-transferts sont au cœur de cette relation affective et qu'ils ont un impact direct sur le dénouement thérapeutique. Pour ce qui est du domaine de la psychoéducation, l'alliance thérapeutique fait partie intégrante de la psychoéducation et constitue un prédicteur de succès. D'ailleurs, Puskas (2009b) énonce que la relation qui s'établit dans un contexte d'intervention psychoéducative et dont, l'éducateur en ait le principal initiateur, est l'élément central du travail clinique. En fait, la qualité de la relation psychoéducative est un déterminant majeur des possibilités de changement pour le patient. La gestion des contre-transferts doit être considérée comme étant un élément constitutif de cette relation.

Tout au long de cet essai, les études ont démontré qu'il est difficile pour les intervenants de reconnaître et de gérer leurs réactions contre-transférentielles. En ce sens, la gestion complète du contre-transfert nécessite pour les intervenants, le traitement de leurs expériences internes, ce qui exige qu'ils soient émotionnellement disponibles avec leur client, tout en questionnant et en écoutant ce qui se passe en eux. Ainsi, afin d'améliorer les résultats thérapeutiques, il est primordial pour les intervenants d'en connaître davantage à propos du contre-transfert et d'avoir une meilleure connaissance de soi. Pour ce faire, la première étape afin d'en améliorer leurs gestions transigerait par une connaissance de l'utilité du contre-transfert et par la mise en place de cette approche durant

la supervision des stages. Des supervisions, mettant l'emphase sur l'observation et l'analyse des stratégies de gestion des contre-transferts vécus lors de séances, permettraient d'outiller les stagiaires, les jeunes intervenants, ou même les professionnels expérimentés face à leurs vulnérabilités et ainsi d'être davantage en mesure de s'empêcher d'agir de manière biaisée avec leurs patients.

Bref la gestion du contre-transfert est d'une importance capitale puisqu'elle a une influence indiscutable sur la relation avec le patient et par le fait même, sur les résultats thérapeutiques. En somme, lorsqu'un professionnel n'est pas conscient de ses propres vulnérabilités ainsi que de ses propres réactions émotionnelles face aux clients et que ses contre-transferts ne sont pas compris et gérés, cela peut avoir pour effet d'entraîner une conduite contraire à l'éthique et nuire aux clients, aux praticiens et à la profession. Ainsi donc, pour terminer cet essai, voici une citation de l'un des fondateurs de l'approche psychanalytique soulignant l'importance de la réflexion au sujet du contre-transfert. En fait, cet extrait peut s'appliquer à l'ensemble des intervenants en relation d'aide :

Connaître ses propres ténèbres est la meilleure méthode pour faire face aux ténèbres des autres. Cela vous aiderait d'avoir un aperçu personnel des secrets de l'âme humaine. Sinon tout reste une astuce intellectuelle intelligente, constituée de mots vides et conduisant à des paroles vides. (Jung, 1985, p. 64)

## Références

- Alberto, E. (2019). *L'analyste sous influence: essais sur le contre transfert* (Ser. Psychismes). Dunod. Retrieved 2022, from <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https://www.cairn.info/l-analyste-sous-influence--9782100795963.htm>.
- Almaliyah-Rauscher, S., Ettinger, N., Levi-Belz, Y. et Gvion, Y. (2020). "Will you treat me? I'm suicidal!" The effect of patient gender, suicidal severity, and therapist characteristics on the therapist's likelihood to treat a hypothetical suicidal patient. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(3), 278–287. <https://doi.org/10.1002/cpp.2426>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- Bhola, P. et Mehrotra, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 116–125. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0025>
- Burwell-Pender, L. et Halinski, K. H. (2008). Enhanced awareness of countertransference. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, 36(2), 38–51. <https://doi.org/10.1080/15566382.2008.12033848>
- Canetto, S. et Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28(1), 1–23.
- Collot Édouard. (2011). *L'alliance thérapeutique : fondements, mise en œuvre* (Ser. Psychothérapies. pratiques). Dunod.
- Creswell, J.W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 349–356. <http://dx.doi.org/10.1037/h0044815>
- Dahl, H.-S. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C. et Christoph, P. C. (2017). Does therapists' disengaged feelings influence the effect of transference work? A study on countertransference. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 462–474. <https://doi.org/10.1002/cpp.2015>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., et Jolić Marjanović, Z. (2018). The mentalization scale (ments): a self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280.

- Dougall, J. L. et Schwartz, R. C. (2011). The influence of client socioeconomic status on psychotherapists' attributional biases and countertransference reactions. *American Journal of Psychotherapy*, 65(3), 249–65.
- Ezzy, D. (2002). *Qualitative analysis: practice and innovation*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(1), 16–31. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.16>
- Fédida, P. (1992). *Crise et contre-transfert*. Collection Psychopathologie. Presses universitaires de France.
- Feller, T. et van Breda, A. (2014). Social work students' experience and management of countertransference. *Social Work*, 50(4), 469–484. <https://doi.org/10.15270/50-4-386>
- Fiedler, F. E. (1951). A method of objective quantification of certain countertransference attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 7, 101–107. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(195104\)7:2101::AIDJCLP22700702023.0.CO;2-Y](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(195104)7:2101::AIDJCLP22700702023.0.CO;2-Y)
- Freud, S. (1910/1957). Future prospects of psychoanalytic therapy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139–151). London, United Kingdom: Hogarth Press.
- Gelso, C. J. et Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C. J. et Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Éditions Sciences et culture.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. et Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: meta-analytic findings. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 496–507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Heimann, P. (1960). Counter-transference. *The British Journal of Medical Psychology*, 33, 9–15. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1960.tb01219.x>
- Hill, C. E., Thompson, B. J. et Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517–572
- Jung, C. G. (1985). *The Practice of Psychotherapy : Essays on The Psychology of The Transference And Other Subjects*. (2<sup>e</sup> éd.), The collected works of C.G. Jung, vol. 16. Princeton University Press. Retrieved 2022

- Jones, S. H., Krasner, R. F., et Howard, K. I. (1992). Components of supervisors' ratings of therapists' skillfulness. *Academic Psychiatry, 16*, 29-36.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 13*, 38–56. <http://dx.doi.org/10.1177/000306516501300102>
- Lacan, J. (1952). Intervention sur le transfert, *Revue Française de Psychanalyse, 1952* and *Écrits*, Paris: Seuil.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., et Toulouse, A. L. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 105-120.
- Levi-Belz, Y., Barzilay, S., Levy, D. et David, O. (2020). To Treat or Not to Treat: The Effect of Hypothetical Patients' Suicidal Severity on Therapists' Willingness to Treat. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research, 24*(3), 355–366. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1632233>
- Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *The International Journal of Psychoanalysis, 32*, 32–40
- Murdock, N. L. et Fremont, S. K. (1989). Attributional influences in counselor decision making. *Journal of Counseling Psychology, 36*(4), 417–422. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.4.417>
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K. et Ekeberg, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in oslo. *Bmc Psychiatry, 13*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-90>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S. et Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry, 168*(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Puskas, D. (2009, septembre). Analyser les enjeux relationnels : transfert et contre-transfert. *En Pratique, 11*, 12-14.
- Puskas, D. et Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. (2009). *Capteurs de rêves : rencontre d'accompagnement clinique psychoéducative*. Béliveau.
- Rocco, D., De Bei, F., Negri, A. et Filipponi, L. (2021). The relationship between self-observed and other-observed countertransference and session outcome. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 58*(2), 301–309. <https://doi.org/10.1037/pst0000356>

- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. et Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225–30.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J. et Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. et Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Tine, K. G., Ole, R. H., Dag, J., Leiv, S. et Oivind, E. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *Bmc Health Services Research*, 14(1), 208–208. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-208>
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A. et Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28, 411-421.
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E. et Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 390–99.
- World Health Organization. (2019). Sustainable Development Goals (SDGs). World Health Organization. Retrieved November 8, 2019 from [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/SDGs/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/SDGs/en/)
- Zittel Conklin, C. et Westen D. (2003). *The Therapist Response Questionnaire*. Atlanta: Emory University, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences.