

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
EUGÉNIE LUSSIER

ÉTUDE SUR LE CONTRE-TRANSFERT ET L'EMPATHIE DES THÉRAPEUTES
TRAVAILLANT AVEC UNE CLIENTÈLE PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA
PERSONNALITÉ LIMITE OU NARCISSIQUE

AVRIL 2015

Sommaire

Les clients qui présentent une organisation de la personnalité borderline (Kernberg & Caligor, 2005) ont tendance à susciter beaucoup de réactions chez leurs thérapeutes. Cela semble particulièrement vrai de deux types de troubles qui reposent sur cette organisation, soit les troubles de la personnalité limite et narcissique (Diamond et al., 2013). Dans le cadre de cette étude, il est postulé dans un premier volet que plus grave sera le trouble de la personnalité limite ou narcissique des clients, plus des contre-transferts négatifs intenses seront présents, et plus l'empathie spécifique des thérapeutes sera faible. Dans un deuxième volet, plus exploratoire, il est postulé qu'il sera possible d'expliquer une partie supplémentaire de ces résultats sur la base de la sévérité de l'organisation de la personnalité borderline des clients. Le troisième volet postule qu'un contre-transfert négatif intense sera associé à une empathie générale faible chez les thérapeutes. Finalement, le quatrième volet prédit qu'il sera possible de dégager un profil de réponses contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite et de reproduire celui déjà établi par Betan et Westen (2009) (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005) pour le trouble de la personnalité narcissique, pour ensuite contraster ces deux profils. Ont été recrutés par le biais d'un courriel envoyé aux membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et via des contacts de la chercheuse principale, 85 thérapeutes, majoritairement des femmes psychologues. La tâche des participants était de réfléchir tour à tour à un de leurs clients ayant un trouble de la personnalité limite et un trouble de la personnalité narcissique pour remplir deux séries de questionnaires. Leurs réponses portaient sur des

données démographiques, leur contre-transfert, leurs empathies spécifique et générale, la gravité des troubles de la personnalité et la sévérité de l'organisation de la personnalité borderline de leurs clients. Les résultats des régressions multiples indiquent que la gravité du trouble limite covarie positivement avec l'intensité du contre-transfert positif global, alors que la gravité du trouble narcissique covarie positivement avec l'intensité du contre-transfert négatif global. Allant dans le même sens, il apparaît que la gravité du trouble limite tend à varier positivement avec l'empathie spécifique des thérapeutes, alors que la gravité du trouble narcissique influence négativement leur empathie spécifique. Des analyses exploratoires indiquent que la sévérité de l'organisation de la personnalité borderline influence positivement le contre-transfert négatif global au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique. Il apparaît aussi que l'intensité du contre-transfert positif global covarie positivement selon l'empathie générale. Finalement, les résultats montrent des profils de réponses contre-transférentielles significativement différents entre les clients présentant un trouble de la personnalité limite et narcissique. Certains éléments de contre-transfert positif sont plus élevés en lien avec le trouble limite qu'en lien avec le trouble narcissique, et certains éléments de contre-transfert négatif sont plus élevés en lien avec le trouble narcissique qu'en lien avec le trouble limite. Ces résultats allant dans des directions opposées selon la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique sont surprenants et ont mené à la réalisation d'analyses exploratoires sur les effets des troubles de la personnalité comorbides, la durée des thérapies, et l'orientation théorique des thérapeutes. De façon générale, ces résultats apportent une compréhension « intégrative » des

réactions suscitées par cette clientèle reconnue comme étant difficile et leur nature particulière est à même de stimuler la mise en chantier d'autres recherches sur le processus thérapeutique avec les clients qui présentent des troubles de la personnalité limite et narcissique.

Mots-clefs: contre-transfert, empathie, trouble de la personnalité limite, trouble de la personnalité narcissique, organisation de la personnalité borderline, régressions multiples

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	10
Le contre-transfert	11
L'empathie	19
Contre-transfert et empathie	26
Troubles de la personnalité limite, narcissique et organisation de la personnalité borderline	31
Contre-transfert, troubles de la personnalité limite et narcissique, et organisation de la personnalité borderline	51
Empathie, troubles de personnalité limite et narcissique, et organisation de la personnalité borderline	63
Conclusion sur la recension des écrits	66
Objectifs de l'étude	68
Hypothèses de l'étude	69
Méthode	71
Participants	72
Instruments de mesure	77
Caractéristiques sociodémographiques	77
Contre-transfert	77
Empathie spécifique 1	79
Empathie spécifique 2	81
Empathie générale	82
Troubles de la personnalité	84

Organisation de la personnalité borderline	85
Déroulement	87
Résultats	89
Création de nouvelles variables	91
Corrélations bivariées	93
Analyses de régressions multiples	96
Première hypothèse (premier volet)	96
Troisième hypothèse	96
Deuxième hypothèse (premier volet)	109
Quatrième hypothèse	109
Analyses exploratoires	115
Troubles de la personnalité comorbide	115
Durée de la thérapie	120
Orientation théorique	122
Cinquième hypothèse (troisième volet)	124
Analyse de profils	127
Sixième hypothèse (quatrième volet)	127
Discussion	135
Première hypothèse (premier volet)	136
Troisième hypothèse (deuxième volet)	161
Deuxième hypothèse (premier volet)	163
Quatrième hypothèse (deuxième volet)	173
Cinquième hypothèse (troisième volet)	174
Sixième hypothèse (quatrième volet)	183
Retombées cliniques	195
Pistes de recherches futures	202
Forces de l'étude	210
Limites	214
Conclusion	222

Références	225
Appendice A. Lettre envoyée aux membres de l'OPQ	239
Appendice B. Formulaire d'information et de consentement	241
Appendice C. Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques de la pratique clinique des thérapeutes	246
Appendice D. Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques de la thérapie spécifique	250
Appendice E. Questionnaire sur l'empathie générale	252
Appendice F. Questionnaire sur l'empathie spécifique 1. Échelle analogue d'empathie spécifique.....	253
Appendice G. Questionnaire sur l'empathie spécifique 2. Échelle de compréhension empathique du BLRI.....	255
Appendice H. Questionnaire sur le contre-transfert	256
Appendice I. Échelles sur les troubles de la personnalité	257
Appendice J. Questionnaire sur la structure de personnalité borderline.....	261
Appendice K. Histogrammes des distributions originales des troubles de la personnalité comorbides	264
Appendice L. Histogramme de la distribution originale de la durée des thérapies	272

Liste des tableaux

Tableau

1. Données démographiques des participants	74
2. Données démographiques des clients et thérapies spécifiques	76
3. Corrélations bivariées entre les variables à l'étude	94
4. Analyses de régression multiple des troubles de la personnalité limite et narcissique sur les facteurs positif et négatif du contre-transfert.....	99
5. Analyse de régression multiple des troubles de la personnalité limite et narcissique sur les huit facteurs du contre-transfert.....	102
6. Pourcentage de variance des huit facteurs du contre-transfert expliqués au total, de façon unique et partagée par l'ampleur des troubles de la personnalité limite et narcissique.....	104
7. Analyse de régression multiple hiérarchique de la structure de personnalité borderline sur le facteur global du contre-transfert négatif.....	107
8. Analyse de régression multiple des troubles de la personnalité limite et narcissique sur l'empathie spécifique des thérapeutes	111
9. Analyse de régression multiple de l'empathie générale des thérapeutes sur les facteurs positif et négatif du contre-transfert.....	113
10. Pourcentage de variance des échelles d'empathie générale expliqué au total, de façon unique et partagée par l'ampleur du facteur positif du contre-transfert...	125
11. Analyse de variance des facteurs contre-transférentiels selon le trouble de la personnalité limite ou narcissique	126
12. Items du Questionnaire sur le contre-transfert les plus descriptifs avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité narcissique et facteurs associés, en ordre croissant selon l'étude de Betan et al. (2005).....	131
13. Items du Questionnaire sur le contre-transfert les plus descriptifs (en ordre croissant d'importance) avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique et facteurs associés selon l'étude de Betan et al. (2005).....	133

Liste des figures

Figure

1. Relations entre les troubles de la personnalité prototypiques, familiaux et l'organisation de la personnalité sous-jacente. La sévérité s'étend de légère, dans le haut de la figure, à une sévérité extrême, au bas de la figure. Les flèches indiquent l'étendue de la sévérité. 43
2. Profils contre-transférentiels des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique 75

Remerciements

Merci à mon directeur de thèse Jean Descôteaux pour les conseils et corrections apportés à ma thèse, particulièrement concernant les analyses statistiques. Merci à mon ami Louis Picard d'avoir généreusement accepté de lire ma thèse et de me donner ses commentaires éclairants. Merci aux professeurs et superviseurs qui m'ont enseigné, m'ont fait confiance, et m'ont permis de m'améliorer. Merci à la cohorte 2007-2011 pour les très beaux moments passés ensemble pendant nos deux années à Sherbrooke.

Merci à mes parents de toujours avoir cru en moi et de m'avoir encouragée à persévérer dans mes études. Merci maman d'être toujours là pour moi, sans jamais me mettre de pression. Merci d'avoir enduré mon chialage lors des moments plus difficiles. Merci d'avoir fait les sacrifices possibles, et même plus, pour m'aider à poursuivre ce long parcours académique dans les meilleures conditions possibles. Merci à ma sœur Élise, d'être fière de ce que je fais et de m'inspirer avec tes choix. Merci à toutes les deux d'avoir été de tout cœur avec moi au courant de la dernière année.

Merci à ma deuxième famille; Mamie, Julie, François, Stéphane, Simon, Myriam, et Pascale. Merci d'être si ouverts, aimants, authentiques, divertissants et de m'avoir encouragée dans les moments importants de ces longues années d'études.

Merci à mes précieux amis, de m'avoir accompagnée au travers des hauts et des bas faisant partie du processus de thèse. À tous, un merci très chaleureux pour votre amitié,

vos encouragements et pour avoir partagé mon désespoir. Votre présence a été indispensable à la poursuite de mes études. Merci spécialement à ceux qui ont été près de moi au courant de la dernière année. Merci Catherine pour la complicité, d'être là pour partager avec moi les choses les plus futiles comme les plus sérieuses et de me faire livrer des fleurs pour m'encourager à thésier. Merci Sarah pour nos *dates* de thèse qui nous ont permis de briser l'isolement et d'arrêter nos chronomètres pour jaser de nos vies de théséuses. Merci Randy et Louis pour votre accueil et votre présence douillette dans ma vie. Merci Benjamin pour les brunchs et les fous rires. Merci Julie pour toutes ces *dates* et discussions de thèse. Cela m'a apporté énormément de soutien, en plus de sceller une amitié qui m'est maintenant essentielle.

Merci à mon amoureux Christopher de m'avoir accompagnée, de m'avoir endurée et d'avoir cru que j'étais capable d'y arriver, particulièrement au courant de la difficile dernière année. Merci infiniment d'avoir reporté tes projets professionnels, deux fois plutôt qu'une, pour me permettre de conclure mes études avec un voyage de 6 mois et de m'y accompagner. L'année qui vient de passer aurait sans aucun doute été encore plus souffrante sans ta présence rassurante à mes cotes. Merci pour tout.

Merci à mes collègues de chez Tel-jeunes de m'avoir encouragée, soutenue et d'avoir écouté mes histoires de thèse sans fin ces quatre dernières années. Les filles de soir, merci pour tout ce qu'on a partagé, autant sur le travail que sur nos péripéties de vies, à

Montréal ou à l'étranger! Élizabeth, merci d'avoir été compréhensive et flexible avec moi. Cela m'a grandement aidé à me consacrer à ma thèse dans les moments critiques.

Merci à Michel de m'avoir accueillie, accompagnée et aidée à trouver la force en moi pour terminer ma thèse au courant de la dernière année. Merci pour tout.

Merci à l'OPQ d'avoir diffusé mon message à ses membres et de m'avoir permis de recruter mes participants facilement et rapidement. Merci à tous les participants qui ont généreusement répondu en grand nombre à mes questionnaires.

Finalement, merci à ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse : Louis Picard, Andrée-Anne Dupuis, Letitia Alexe, Laurence Brunet et Benjamin Lussier.

Introduction

La société actuelle et son contexte d'austérité budgétaire obligent l'ensemble des pourvoyeurs de soins à revoir l'adéquation des interventions dans une visée d'efficacité. Toutefois, porter notre attention sur les composantes du processus thérapeutique plutôt que sur ses gains est nécessaire pour mieux comprendre le changement thérapeutique et l'influence des différents facteurs qui y mènent (Clarkin & Levy, 2003; Lambert & Barley, 2001; Levy & Ablon, 2009; Siefert, Jared, & Baity, 2009). Le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes font partie de ces facteurs. Le contre-transfert siège haut dans la liste puisqu'il englobe une multitude de réactions vécues par les thérapeutes: positives, négatives, affectives, cognitives et comportementales (Betan et al., 2005). Ces réactions contre-transférentielles sont susceptibles d'entraver le processus thérapeutique. Il convient de s'y intéresser d'autant plus que le contre-transfert constitue une importante source d'information quant aux relations d'objet activées chez les clients, dont la nature influence directement le choix des stratégies d'intervention (Gabbard, 2001; Hayes, 2004; Kernberg, 1990, 2004, 2010; Racker, 1957; Tansey & Burke, 1989).

Une revue de la littérature portant sur les résultats en psychothérapie a démontré que l'empathie spécifique des thérapeutes est corrélée de façon plus élevée avec les résultats thérapeutiques positifs que les interventions spécifiques, les approches thérapeutiques et l'effet placebo (Lambert & Barley, 2001). Peu de littérature concerne l'empathie générale

(Bonuso, 2014; Gilet, Mella, Studer, Grünh, & Labouvie-Vief, 2013), la littérature empirique et clinique misant plutôt sur l'empathie spécifique des thérapeutes (Barrett-Lennard, 1962, 1981; Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2001; Kohut, 2010). Dans un même esprit, peu d'études s'intéressent aux liens entre le contre-transfert et l'empathie générale des thérapeutes, ce qui permettrait de vérifier si l'empathie générale des thérapeutes est associée à des contre-transferts, qu'ils soient positifs ou négatifs, plus élevés.

Certains auteurs (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004) mettent en évidence que les composantes du processus thérapeutique, telles que le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes, peuvent être influencées par des facteurs appartenant aux clients, comme leur mode de fonctionnement psychologique. Les troubles de la personnalité, qui touchent environ une personne sur 10 (American Psychiatric Association, 2003; Lenzenweger, 2008), sont à même d'influencer plusieurs composantes du processus thérapeutique. D'ailleurs, différentes études empiriques ont été menées sur l'influence de la clientèle ayant un trouble de la personnalité sur le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes (Betan et al., 2005; Betan & Westen, 2009; Brody & Faber 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friss, 2007).

Parmi les différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV (American Psychiatric Association, 2003), les troubles de la personnalité limite et

narcissique ont particulièrement suscité l'intérêt des chercheurs et des cliniciens en raison de leur "difficulté" de traitement et de leur prévalence élevée dans la population clinique (Clarkin, Lensenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007; Diamond et al., 2013; Kernberg & Michels, 2009; Levy, Clarkin, Yeomans, Scott, Wasserman, & Kernberg, 2006; Stone, 1993, 2003). De plus, cette clientèle utilise davantage les services de santé comparativement à d'autres clientèles (Bender et al., 2001; Lenzenweger, 2008). Bien qu'un traitement à long terme s'avère nécessaire pour observer des gains thérapeutiques durables auprès de cette clientèle (Levy, Wasserman, Scott, Yeomans, 2009), une discontinuation précoce de la psychothérapie est fréquemment observée (Horner & Diamond, 1996; Webb & McMurrin, 2009)

Les troubles de la personnalité limite et narcissique forment deux catégories diagnostiques distinctes, mais ils ont en commun certaines caractéristiques intrapsychiques sous-jacentes. Un modèle s'y intéresse: il s'agit du modèle des troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005), qui comporte une classification dimensionnelle tenant compte de ces recoupements. Dans ce modèle, les troubles de la personnalité limite et narcissique sont tous deux des manifestations de l'organisation de la personnalité borderline. Les classifications catégorielle (DSM IV-TR) et dimensionnelle (modèle de Kernberg) apparaissent complémentaires et essentielles dans l'étude des troubles de la personnalité et constituent ici les modèles de référence.

La clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline suscite des réactions contre-transférentielles négatives nombreuses qui semblent varier rapidement au fil du temps (Betan et al., 2005; Gabbard, 2009; Kernberg, 2010; Kernberg & Michels, 2009; Searles, 1979; Volkan, 1993). Toutefois, la plupart des études empiriques sur le sujet semblent s'intéresser aux groupes de trouble de personnalité du DSM IV-TR (A [bizarre - excentrique], B [théâtral - émotif] et C [anxieux - craintif]; American Psychiatric Association, 2003) plutôt qu'aux troubles spécifiques de la personnalité ou à l'organisation de la personnalité sous-jacente (Brody & Faber, 1996; Betan et al., 2005; Rossberg et al., 2007). De plus, plusieurs études présentent des lacunes au niveau méthodologique, notamment en lien avec l'outil utilisé pour mesurer les réactions contre-transférentielles (Brody et Faber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg et al., 2007).

L'étude de Betan et ses collaborateurs (2005) est une des seules qui jettent un regard plus précis sur le sujet. Cette étude indique que le contre-transfert vécu par les thérapeutes traitant une clientèle ayant un trouble de la personnalité appartenant au groupe B (théâtral - émotif) de l'axe II du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003), qui inclut les troubles de la personnalité limite et narcissique, est associé aux facteurs contre-transférentiels envahi/désorganisé, impuissant/inadéquat, sexualisé et désengagé et se retrouve corrélé négativement avec un contre-transfert positif. De plus, un prototype spécifique de réponse contre-transférentielle avec une population ayant un trouble de la personnalité narcissique a été dégagé: les thérapeutes rapportent vivre de la

colère, du ressentiment, de l'appréhension, se sentir dévalués et critiqués par les clients ayant un trouble de la personnalité narcissique et se retrouvent distraits, évitants et souhaitent mettre fin à la thérapie. Cette étude rejoint les conclusions de la littérature clinique qui indique que les thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant une organisation de la personnalité borderline (ce qui inclut les troubles de la personnalité limite et narcissique), ont des réactions contre-transférentielles négatives variées (p. ex., culpabilité, anxiété, rage, ennui, etc.) et intenses. Ces réactions sont en lien avec l'agressivité pathologique présente chez cette clientèle et leur utilisation de mécanismes de défense primitifs tels que l'identification projective et le clivage (Gabbard & Wilkinson, 2000).

De son côté, l'empathie spécifique tend à être plus faible chez les thérapeutes de clients présentant une organisation de la personnalité borderline (Brody & Farber, 1996; Ivey, 1995; Mordecai, 1991; Orlinsky et al., 2004). Curieusement, aucune étude empirique n'a été recensé sur les liens entre l'empathie spécifique des thérapeutes et la présence du trouble de la personnalité limite ou narcissique chez leurs clients. Une seule étude empirique a été recensé sur les liens entre l'organisation de la personnalité borderline et cette clientèle. Globalement, peu de littérature clinique a été recensée au sujet de l'empathie spécifique des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique et une organisation de la personnalité borderline.

Malgré les liens conceptuels que permettent les études nommées ci-dessus, aucune étude empirique rassemblant le contre-transfert, l'empathie, le trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité narcissique et l'organisation de la personnalité borderline n'a été recensée. L'étude de Betan et al. (2005) ne permet d'ailleurs pas de mesurer l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique de façon spécifique sur le contre-transfert. De plus, le profil de réactions contre-transférentielles établi pour le trouble de la personnalité narcissique n'a pas été répliqué et aucun profil de ce type n'a été réalisé pour le trouble de la personnalité limite. Quant à l'empathie spécifique, aucune étude empirique ne permet de mesurer les effets des troubles de la personnalité limite et narcissique sur elle. De plus, comme les troubles de la personnalité limite et narcissique reposent sur une organisation commune de la personnalité borderline, il serait pertinent d'examiner si l'ajout de cette variable augmente la prédiction du contre-transfert et de l'empathie spécifique des thérapeutes travaillant avec cette clientèle. Finalement, il apparaît également pertinent de s'intéresser aux liens entre le contre-transfert et l'empathie générale des thérapeutes, ce qui pourrait mener à l'identification de l'empathie générale comme possible médiateur dans la relation entre le contre-transfert des thérapeutes et la gravité des troubles de la personnalité de la clientèle traitée.

Le premier volet de la présente étude vise à évaluer la possibilité de prédire le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes sur la base de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique, mesuré selon leur niveau de correspondance avec les descriptions du mode de fonctionnement du DSM IV-TR (American Psychiatric

Association, 2003). Un second volet, plus exploratoire, cherche à vérifier si la sévérité de l'organisation de la personnalité permet d'expliquer une partie supplémentaire du contre-transfert et de l'empathie spécifique. Un troisième volet évalue la possibilité de prédire le contre-transfert à partir de l'empathie générale des thérapeutes. Les objectifs de ces trois volets sont atteints en effectuant des régressions multiples, et des régressions hiérarchiques (pour vérifier l'apport de l'organisation de la personnalité borderline). Enfin, le dernier volet de cette étude cherche à contraster la nature des réactions contre-transférentielles rapportées par les thérapeutes selon qu'ils travaillent avec des clients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Pour ce faire, des profils de réponses contre-transférentielles sont dégagés, permettant de comparer le profil obtenu pour le trouble de la personnalité narcissique avec celui obtenu par Betan, et al. (2005), et de comparer entre eux les deux profils associés aux troubles de la personnalité limite et narcissique.

De façon globale, cette étude s'inscrit dans une visée d'amélioration de l'efficacité des services offerts à une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique par la réflexion et l'apport de données empiriques sur les réactions contre-transférentielles et l'empathie spécifique des thérapeutes. Le souci d'apporter un éclairage sur ces composantes du processus thérapeutique est d'autant plus important que les services offerts à cette clientèle pourraient être affectés négativement par les réactions contre-transférentielles et un bas niveau d'empathie des thérapeutes. De plus, il est souhaité que cette étude puisse alimenter les chercheurs en mettant en lumière les

rôles et interactions complexes de concepts qui sont grandement liés les uns aux autres, mais qui pourtant font conjointement l'objet de très peu de recherches empiriques.

Cette thèse débute par une présentation critique des différentes variables à l'étude et des liens entre elles: le contre-transfert, l'empathie, les troubles de la personnalité limite et narcissique et l'organisation de la personnalité borderline. Les objectifs et hypothèses qui en découlent sont précisés. La méthodologie mise en place pour y répondre est ensuite explicitée. Une description des participants, des différents instruments de mesure utilisés et du déroulement de l'étude est présentée. Les résultats des analyses statistiques sont présentés: des régressions multiples, des régressions hiérarchiques et des analyses de profils détaillent les liens entre les variables. Une discussion sur les résultats suit et permet la formulation de recommandations cliniques et de pistes de recherches futures. Cette section se termine avec l'examen des forces et des limites de l'étude. Enfin, une brève conclusion permet de mettre en lumière certaines des contributions particulières de l'étude au niveau empirique et clinique.

Contexte théorique

Une recension de la littérature est effectuée en rapport aux concepts principaux de la présente étude: le contre-transfert, l'empathie, les liens entre le contre-transfert et l'empathie, les troubles de la personnalité limite et narcissique, l'organisation de la personnalité borderline et leurs impacts sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes.

Le contre-transfert

Le contre-transfert, issu de la théorie psychanalytique, est un concept aujourd'hui largement reconnu et étudié, dont la définition varie selon les conceptions et les auteurs sur l'apport des clients et des thérapeutes (Gabbard, 2001). Plusieurs soulignent l'importance d'y prêter attention, étant donné que les réactions contre-transférentielles représentent une importante source d'informations sur le processus thérapeutique et le transfert des clients. Ces réactions doivent être explorées par les thérapeutes pour être utilisées adéquatement, notamment pour prévenir l'agissement de comportements découlant d'un contre-transfert non mentalisé et non thérapeutique pour les clients (Gabbard, 2001; Kernberg, 1990, 2004, 2010; Hayes, 2004; Tansey & Burke, 1989; Racker, 1957), comme mettre un terme prématurément à un processus thérapeutique.

À l'origine, Freud (1910) définissait le contre-transfert comme l'influence du patient sur les affects inconscients de l'analyste. Il conseillait aux analystes de reconnaître leurs

réactions contre-transférentielles afin de les surmonter. Un échec à cette tâche était perçu comme trop de résistances de la part de l'analyste. Cette définition est à l'origine de la vision *classique* du contre-transfert, selon laquelle les expériences contre-transférentielles intenses sont pathologiques, proviennent de conflits non résolus du thérapeute, activés par le transfert du client et créent une interférence à la compréhension qu'a le thérapeute du client en lui faisant adopter des comportements dont le but est de répondre à ses propres besoins au lieu de ceux du client (Gabbard, 2001; Hayes, 2004; Kernberg, 1990; Reich, 1951). Mis à part Deutsch (1926) et Reik (1937), peu d'auteurs ont contribué à une élaboration du concept du contre-transfert divergeant de la vision *classique* dans la première moitié du vingtième siècle.

Racker est identifié comme l'auteur ayant le plus développé la vision *totaliste* du contre-transfert (Hayes, 2004; Tansey & Burke, 1989), selon laquelle le contre-transfert réfère aux réactions tant conscientes qu'inconscientes d'un thérapeute face à un client, liées à un conflit psychique ou simplement à la réalité, en réponse, entre autre chose, mais pas nécessairement, au transfert du client (Hayes, 2004; Kernberg, 1990; Racker, 1957).

Racker (1957) a distingué deux types de contre-transferts. D'une part, il a identifié le contre-transfert concordant, où le thérapeute s'identifie à la représentation internalisée à laquelle le client s'identifie (Kernberg, 1987a, 2004; Tansey & Burke, 1989). Par exemple, si un client s'identifie à une représentation internalisée qu'il a de lui-même

(incapable, impuissant), le thérapeute s'identifiera à cette même représentation (incapable, impuissant). Le contre-transfert concordant implique donc aussi le risque de s'identifier aux défenses qu'utilise le client (Kernberg, 1987a). Pour illustrer cela, Kernberg (1987a) définit ses premières rencontres avec une cliente comme une "lune de miel thérapeutique" [traduction libre] (p. 261), où il s'était en fait identifié à la grandiosité pathologique qui était dominante chez sa cliente, c'est-à-dire à la représentation internalisée défensive que sa cliente avait d'elle-même.

D'autre part, Racker (1987) a conceptualisé le contre-transfert complémentaire comme une identification du thérapeute à la représentation internalisée qui est complémentaire à celle à laquelle le client s'identifie. Par exemple, un thérapeute s'identifie aux objets internalisés par le client (une mère aimante) lorsque ce dernier s'identifie aux représentations qu'il a de lui-même (une personne aimable).

Le contre-transfert concordant peut être traditionnellement vu comme la base de l'empathie (Fliess, 1942; Kernberg, 1990, 2004; Tansey & Burke, 1989; Racker, 1957; Reich, 1951). Toutefois, les points de vue sont mitigés quant aux types de contre-transfert associés à une plus grande empathie chez les thérapeutes. Certains auteurs considèrent le contre-transfert complémentaire comme étant autant susceptible que le contre-transfert concordant de mener à l'empathie (Beres & Arlow, 2004; Deutsch, 1926). Au cours d'une même rencontre, ou d'une même psychothérapie, le contre-transfert concordant du thérapeute peut se transformer en contre-transfert

complémentaire (Kernberg, 1987a) et le contre-transfert complémentaire peut être facilité par l'identification projective (Hayes, 2004; Kernberg, 1987a, 1990, 2004; Tansey & Burke, 1989).

Mélanie Klein (1946) a été la première à conceptualiser l'identification projective, concept ensuite repris par plusieurs auteurs et qui est aujourd'hui largement accepté dans la théorie psychanalytique (Ogden, 2005; Tansey & Burke, 1989). Pour Ogden (1979, p. 361): "L'identification projective est à la fois un mécanisme de défense, un moyen de communication, une forme primitive de relations d'objet, et une voie vers le changement psychique." [traduction libre].

Plus concrètement, l'identification projective se relie au fantasme inconscient d'un client d'induire chez son thérapeute un matériel psychique qu'il ne peut lui-même contenir vu les dangers qu'il représente pour lui. Le thérapeute est alors assujéti à créer un espace psychique pour accueillir ce matériel. Ses réactions contre-transférentielles sont alors teintées de la pression qu'exerce chez lui son client à travers leurs interactions, pour qu'il accueille, introjecte et s'identifie à ce matériel psychique (Gabbard, 2001; Kernberg, 2010; Klein, 1946; Ogden, 1979; Ogden, 2005; Waska, 1999). Le processus complémentaire de l'identification projective du client est l'identification introjective du thérapeute. Cette identification dépend de la tendance du thérapeute à s'identifier ou non avec le type de matériel psychique projeté par son client (Gabbard & Wilkinson, 2000). Selon Ogden (1979, 2005 ;Gabbard, 2001; Gabbard & Wilkinson, 2000), le fantasme du

client consiste au fait de pouvoir éventuellement récupérer ce qui a été projeté et modifié par le thérapeute qui aurait rendu ce matériel psychique moins dangereux pour le client. Dans le processus thérapeutique, le rôle du thérapeute est donc de permettre au client, via ses interventions, de réintrojecter ce matériel psychique angoissant devenu plus tolérable.

Par exemple, un client pourrait s'imaginer que son thérapeute est en colère contre lui et mettre en place des défenses contre ce qu'il perçoit comme des attaques de son thérapeute. Ce même thérapeute pourrait finir par assumer ce rôle et ressentir de la colère envers son client (Gabbard, 2009). Dans cet exemple, le client projette sur son thérapeute (identification projective) une représentation internalisée d'un objet en colère, qu'il ne peut conserver en lui. Il perçoit ensuite cette colère chez son thérapeute et, au travers de leurs interactions, il s'en défend. Cela exerce une pression sur le thérapeute, qui s'identifie à cet objet internalisé par le client (identification introjective) et qui devient en colère. Le contre-transfert complémentaire du thérapeute constitue alors une importante source d'informations sur ce que communique le client sur ses relations d'objet. Les interventions du thérapeute peuvent alors s'appuyer sur son contre-transfert pour permettre au client de réintrojecter ce matériel projeté sur le thérapeute (Gabbard & Wilkinson, 2000), par exemple en lui permettant d'élaborer sur l'image de colère projetée sur le thérapeute.

Ces trois concepts clés, le contre-transfert, l'identification projective et l'identification introjective ont fait l'objet d'études théoriques et conceptuelles cohérentes et signifiantes. Toutefois, aucun outil permettant de mesurer directement l'identification projective et l'identification introjective n'a été recensé dans la littérature. Puisque l'identification projective est intimement liée au contre-transfert complémentaire, ces liens théoriques forment un cadre conceptuel essentiel à la présente étude. De plus, la clientèle sur laquelle porte cette étude est plus susceptible d'utiliser l'identification projective (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1987a, 1987b, 2004, 2010). L'utilisation de l'identification projective par cette clientèle sera abordée sous peu, dans la sous-section traitant des liens entre le contre-transfert et la clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique et une organisation de la personnalité borderline. En résumé, l'empathie, liée au contre-transfert concordant et complémentaire, et l'identification projective, liée au contre-transfert complémentaire, sont conceptualisées comme des éléments intimement associés au contre-transfert (Tansey & Burke, 1989).

Outre les conceptions précédemment élaborées du contre-transfert, *classique* et *totaliste*, Hayes (2004) parle de la conception *intégrative* du contre-transfert, qui se situe à mi-chemin entre les deux précédentes et qui a été élaborée en réaction aux insatisfactions liées à ces conceptions. Dans la conception *intégrative* du contre-transfert, les réactions contre-transférentielles des thérapeutes sont comprises comme étant conscientes ou inconscientes et naissant toujours de facteurs appartenant aux thérapeutes en réponse au transfert ou à d'autres matériels provenant du client. Le contre-transfert

est conçu comme une source d'informations importante, utile à la compréhension du client et du processus thérapeutique.

Cette conception diffère de la conception *classique*, où le contre-transfert naît aussi de conflits appartenant aux thérapeutes, mais est perçu comme un obstacle au processus thérapeutique. La conception *intégrative* diffère aussi de la conception *totaliste* qui accorde beaucoup d'attention à ce que les réactions contre-transférentielles des thérapeutes révèlent des clients et qui ne considère pas toujours la contribution des thérapeutes dans le contre-transfert (Hayes, 2004). Dans la conception *intégrative* du contre-transfert, il est central que l'origine du contre-transfert se situe dans les conflits irrésolus des thérapeutes. Cela implique que peu importe le contre-transfert et l'apport des clients, les thérapeutes ont toujours la tâche de relever lesquels de leurs conflits irrésolus ont été stimulés. Par exemple, plus un client est narcissique, plus les réactions contre-transférentielles des thérapeutes sont teintées de leurs propres vulnérabilités et défenses narcissiques (Ivey, 1995).

Contrairement à la conception *totaliste* du contre-transfert, la conception *intégrative* exclut les réactions contre-transférentielles dites "objectives" (Hayes, 2004). Ces réactions sont définies comme naturelles, communes à plusieurs thérapeutes mis dans la même situation et basées sur des observations objectives de caractéristiques précises des clients (Gabbard, 2001; Gabbard & Wilkinson, 2000; Hayes, 2004; Winnicott, 1949). Par exemple, en face d'un client arrogant qui suscite comme réaction de la haine chez

son entourage, une réaction contre-transférentielle de haine de la part de son thérapeute est qualifiée « d'objective », et davantage en lien avec le comportement du client qu'avec les conflits irrésolus du thérapeute (Gabbard, 2001; Gabbard et Wilkinson, 2000).

Kernberg (2004, 2010), qui conçoit le contre-transfert d'un point de vue *totaliste*, décrit trois canaux de communications en psychothérapie: les communications verbales du client, son comportement non verbal, et le contre-transfert du thérapeute. Dans ce modèle, les informations provenant de ces trois canaux devraient être évaluées par le thérapeute afin d'analyser le transfert du client et la relation d'objet dominante qui y est activée (Kernberg, 2010).

De façon générale, davantage d'informations utiles à la compréhension du thérapeute passent par les communications verbales du client. Les deux autres canaux demeurent d'importantes sources d'informations, mais accessibles de façon moins intense et rapide dans le processus thérapeutique. Toutefois, ces canaux sont particulièrement sollicités et utiles avec la clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline. En effet, les communications verbales de cette clientèle peuvent laisser une impression d'incohérence et de confusion chez le thérapeute (Kernberg, 1990, 2004, 2010). En contrepartie, le contre-transfert peut se présenter rapidement et intensément et peut aider à comprendre le sens des communications verbales parfois décousues en permettant la mise en lumière des relations d'objet dominantes dans le transfert (Kernberg, 1990, 2004, 2010). Des

approfondissements sur les liens entre cette clientèle et le contre-transfert qu'elle suscite chez les thérapeutes seront développés dans la sous-section à ce propos.

Tel que mentionné précédemment, différentes conceptions et différents types de contre-transfert ont été élaborés au fil du temps: *classique*, *totaliste*, *intégrative*, etc. Compte tenu du fait qu'elle considère l'apport des clients et des thérapeutes dans les réactions contre-transférentielles des thérapeutes et qu'elle inclut les réactions dites « objectives » (Gabbard & Wilkinson, 2000; Hayes, 2004; Tansey & Burke, 1989), qui sont précisément d'intérêt dans cette étude en lien avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique et une organisation de la personnalité borderline, la conception *totaliste* du contre-transfert est celle qui est adoptée dans cette étude. Tel qu'il a déjà été mentionné, le contre-transfert n'est pas indépendant d'autres concepts, tels que l'empathie. La prochaine section s'intéresse d'ailleurs à mieux définir l'empathie.

L'empathie

Rogers (1957) parlait de l'empathie comme d'une expérience de compréhension du monde du client et de la capacité de lui communiquer cette compréhension. Pour lui, l'empathie fait partie des trois conditions thérapeutiques suffisantes et nécessaires au changement thérapeutique, les deux autres consistant en un regard positif inconditionnel et la congruence. Dans les années 1950, l'empathie et les techniques d'écoute active sont les ingrédients principaux des types de thérapies centrées sur le client (Bohart & Greenberg, 1997).

Trente ans plus tard, Davis (1980) a mis l'accent sur l'aspect multidimensionnel de l'empathie comme permettant une définition plus complète du concept. L'empathie est alors conceptualisée comme composée de deux principales dimensions qui s'influencent mutuellement: les dimensions cognitive et affective. L'empathie cognitive réfère à l'appréhension intellectuelle de l'état mental d'une autre personne. L'empathie affective réfère à la réponse émotionnelle face à une expérience émotionnelle chez une autre personne. L'empathie affective ne dépend pas d'une compréhension cognitive, doit être orientée vers l'autre et correspondre à ce qui est observé (Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, & David, 2004; Spreng, McKinnon, Mar, & Levine, 2009). Par exemple, ressentir de la compassion face à l'expérience émotionnelle d'une autre personne correspond à de l'empathie affective. Mais ressentir de la joie ou une détresse personnelle face à la malchance d'une autre personne ne sont pas des réponses qui correspondent à de l'empathie affective, car la première réponse (joie) ne correspond pas à ce qui est observé et la seconde (détresse personnelle) n'est pas orientée vers l'autre personne (Lawrence et al., 2004).

Avec la psychologie du Soi, les relations d'objet et le changement de focus des pulsions agressives et sexuelles aux relations, l'empathie est aussi devenue centrale dans la psychanalyse et les théories psychodynamiques modernes. Kohut est l'auteur ayant le plus contribué à l'élaboration du concept d'empathie dans ce courant théorique (Salvat, 2010). Pour lui, il s'agit d'un moyen d'exploration psychanalytique qui, en fonction de son degré de profondeur, permet de graduellement passer de la compréhension à

l'explication de ce que l'analyste comprend de ce que l'analysé ressent, pense et imagine, pour ensuite aller à l'interprétation (Kohut, 2010).

Dans les autres grandes orientations théoriques, comme les thérapies cognitives et cognitivo comportementales, l'empathie est conçue comme un moyen d'entrer dans le monde du client en expérimentant ce qu'il ressent. De plus, il est reconnu que l'empathie facilite les interventions thérapeutiques (Bohart & Greenberg, 1997; Clark, 2007; Salvat, 2010), aide à comprendre les comportements improductifs des clients, aide à porter moins de jugement à leur égard (Clark, 2007) et contribue au progrès thérapeutique et au changement chez le client (Salvat, 2010).

Dans l'ensemble, bien que des différences soient observées dans le sens, les buts et les fonctions de l'empathie, son importance est reconnue par les différentes orientations théoriques (Salvat, 2010), notamment à l'égard du développement d'une alliance thérapeutique positive (Clark, 2007). La littérature indique que la compréhension empathique, ou l'empathie spécifique, joue un rôle d'avant-plan dans les grandes orientations théoriques, dont les psychothérapies d'orientation existentielle, psychanalytique et cognitive comportementale (Clark, 2007). De plus, elle est communiquée de façon similaire par les thérapeutes de ces différentes orientations théoriques (Brunink & Schroeder, 1979).

L'empathie spécifique a d'ailleurs fait l'objet d'une conceptualisation menant à une opérationnalisation psychométrique. Lors de la parution de la première version du *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 1962), une échelle "compréhension empathique" a été formulée par l'auteur. Cette échelle évalue le processus par lequel une personne en vient à comprendre l'expérience immédiate d'une autre personne dans tous ses aspects, son intensité affective, sa qualité, son contexte ainsi que les changements qu'il y occurrent. Cette échelle se rapporte au désir d'une personne d'aller à la rencontre de l'expérience vécue et exprimée par une autre personne dans le but de traduire cette expérience d'une façon qui correspond au moins aux aspects les plus importants de l'expérience de l'autre personne. Deux aspects complémentaires sont identifiés comme faisant partie de ce processus de compréhension empathique: la reconnaissance empathique et l'inférence empathique, référant respectivement à la capacité de reconnaître les perceptions et sentiments qu'une autre personne exprime directement et à la capacité de sentir ou inférer un contenu indirectement exprimé par une autre personne (Barrett-Lennard, 1962).

À la suite de l'élaboration de cette conceptualisation, où la personne étant empathique pouvait l'être face à une autre personne sans que cette dernière soit nécessairement présente et en interaction avec elle, Barrett-Lennard (1981) a apporté des ajustements à sa définition de la compréhension empathique. Par exemple, les situations dans lesquelles une personne peut ressentir de l'empathie face à un personnage rencontré dans un livre ou un film ont été exclues, puisque les interactions entre les personnes

empathiques et suscitant l'empathie, comme en témoignent les étapes décrites ci-dessous, sont essentielles pour que le processus de compréhension empathique existe. L'empathie est donc spécifique à une personne. Barrett-Lennard (1981) définit les différentes étapes du processus de la façon suivante: 1) La personne A est attentive à ce que la personne B exprime (*empathic set*), 2) Il y a résonance de l'expérience de la personne B chez la personne A (*empathic resonation*), 3) Il y a communication de l'expérience de la personne B par la personne A (*expressed empathy*), 4) La personne B est attentive à ce que la personne A a compris de son expérience (*received empathy*) et 5) La personne B offre une rétroaction à la personne A, qui confirme, corrige ou donne de l'information (*feedback, fresh expression and resonation*)¹

L'empathie spécifique est conçue et mesurée dans cette étude comme un processus qui se crée de façon mutuelle, qui permet au thérapeute de comprendre et d'expliquer tous les aspects de ce qu'un client ressent, pense et imagine dans l'immédiat, d'en saisir l'intensité ainsi que de l'interpréter dans son contexte spécifique (Barrett-Lennard, 1962, 1981; Bohart et al., 2001; Kohut, 2010).

Dans le contexte psychothérapeutique, les études démontrent que les corrélations sont faibles entre la perception d'un thérapeute de son empathie spécifique et la perception

¹ Ce cycle peut se répéter un nombre de fois illimité et les rôles des personnes concernées peuvent s'interchanger

qu'en a son client (Gurman, 1977) et entre celles d'un observateur externe et d'un client (Caskey, Barker, & Elliott, 1984). Il est aussi démontré que le niveau d'empathie spécifique d'un même thérapeute varie d'un client à l'autre (Gladstein, 1987; Ham, 1987; Henry, Schacht, & Strupp, 1986) et qu'elle peut être influencée par le type de clientèle rencontré par le thérapeute (Brody & Farber, 1996; Ivey, 1995; Kiesler, Klein, Mathieu, & Schoeninger, 1967; Orlinsky et al., 2004). L'empathie du thérapeute est aussi corrélée positivement avec un haut niveau de fonctionnement personnel et de flexibilité cognitive ainsi que l'investissement dans une thérapie personnelle (Goldstein & Michaels, 1985). Enfin, plus un thérapeute est expérimenté, moins son niveau d'empathie semble élevé (Bohart et al., 2001). Cela pourrait notamment être expliqué par le fait que les thérapeutes d'expérience auraient développé d'autres habiletés, telles que la résolution de problème. Ainsi leurs clients n'auraient pas besoin que leurs thérapeutes expriment un niveau d'empathie aussi élevé (Bohart, et al., 2001).

Une revue de la littérature indique que 54 % des 115 études réalisées sur plusieurs années démontrent que l'empathie spécifique est positivement et significativement liée aux gains thérapeutiques, et ce avec différentes populations et orientations théoriques (Orlinsky et al., 2004; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). De plus, les clients et les thérapeutes décrivent que le fait de se sentir compris est la variable la plus significative en thérapie (Elliott, Clark, & Kemeny, 1991). Toutefois, il est difficile d'établir des liens clairs de causalité puisque les résultats de ces études sont corrélationnels.

Une autre métaanalyse (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011) sur la relation entre l'empathie spécifique (telle que défini par Barrett-Lennard, 1981), et les résultats thérapeutiques démontre que l'empathie spécifique compte pour 9 % de la variance des gains thérapeutiques, c'est-à-dire un peu plus que ce qui est attribuable à l'alliance thérapeutique. Selon cette métaanalyse, réalisée à l'aide de 57 études regroupant 3 599 clients, l'empathie spécifique d'un thérapeute telle que perçue par le client est un meilleur prédicteur des gains thérapeutiques que celle perçue par le thérapeute ou un observateur externe. Il apparaît aussi que l'empathie est un bon prédicteur des gains thérapeutiques dans les thérapies de groupe avec des clients vivant une détresse plus sévère. Cette métaanalyse ne permet toutefois pas de conclure aux liens de causalité entre l'empathie et les résultats thérapeutiques, mais elle relève des liens forts et présente une méthodologie rigoureuse.

Nonobstant le fait que de nombreuses études s'intéressent au concept d'empathie spécifique et permettent l'élaboration de liens avec le processus thérapeutique, il s'avère que l'empathie spécifique est un concept difficile à opérationnaliser, notamment en vertu des différences observées en fonction des points de vue : du thérapeute lui-même, du client ou d'un observateur. Ainsi les différentes analyses de ses impacts sur le processus thérapeutique varient selon l'outil et la perspective utilisés.

La présente recension de la littérature amène à constater que dans les écrits et les recherches dans le domaine de la psychothérapie, le concept d'empathie spécifique des

thérapeutes est souvent mis de l'avant, laissant de côté celui de l'empathie générale. Tout comme l'empathie spécifique, l'empathie générale comprend les dimensions cognitive et affective décrites précédemment (Davis, 1980; Gilet et al., 2013), mais elle se distingue de l'empathie spécifique dans le sens où elle ne réfère pas à une personne spécifique, mais à un trait de caractère stable chez une personne (Bonuso, 2014), qui lui permet d'imaginer, d'expérimenter et de comprendre ce qu'une autre personne ressent (Gilet et al., 2013). C'est dans cet esprit que la définition de l'empathie générale retenue dans cette étude réfère à l'empathie dont les thérapeutes ont tendance à faire preuve indépendamment du contexte particulier de psychothérapie dans lequel ils se trouvent.

L'empathie spécifique des thérapeutes peut varier en fonction du client, et l'empathie générale réfère plutôt à un trait de personnalité stable des thérapeutes. Tel qu'évoqué précédemment, le contre-transfert et l'empathie ne sont pas des concepts indépendants l'un de l'autre, le contre-transfert pouvant notamment mener à l'empathie (Tansey & Burke, 1989). La prochaine sous-section s'intéresse à ces liens entre le contre-transfert et l'empathie.

Contre-transfert et empathie

Les chercheurs et les cliniciens s'entendent généralement sur le fait que porter attention au contre-transfert peut être bénéfique, notamment pour maintenir une position empathique utile au processus thérapeutique (Clark, 2007). Toutefois, les points de vue divergent quant aux types d'identifications contre-transférentielles associées à une plus

grande empathie spécifique chez les thérapeutes. Par le passé, on proposait que seul un contre-transfert concordant pouvait susciter l'empathie spécifique des thérapeutes (Fliess, 1942; Kernberg, 1990; Racker, 1957; Reich, 1951). D'autres auteurs considèrent toutefois le contre-transfert complémentaire comme autant susceptible d'y mener (Beres & Arlow, 2004; Deutsch, 1926; Tansey & Burke, 1989).

Tansey et Burke (1989) proposent d'ailleurs que peu importe le type de contre-transfert, concordant ou complémentaire, c'est le processus qui s'en suit qui mènera ou non à l'empathie spécifique des thérapeutes. Le processus empathique qu'ils conçoivent se déroule en trois étapes: 1) la phase de réception, où le thérapeute reçoit ce que lui communique le client, 2) le traitement interne par le thérapeute de ce que le client lui a communiqué, et 3) la phase de communication, où le thérapeute reformule au client les communications du client qu'il a précédemment traité.

Suivant ce processus, les contre-transferts concordant et complémentaire sont aussi susceptibles l'un que l'autre de mener ou non à l'empathie spécifique. Par exemple, un client qui a perdu tout espoir que sa situation s'améliore pourrait mener un thérapeute à vivre un contre-transfert concordant où il se sentirait comme le client, sans espoir et n'arriverait pas nécessairement à être empathique avec lui (Tansey & Burke, 1989). En contrepartie, un thérapeute qui vivrait un contre-transfert complémentaire et qui se sentirait inadéquat face à un client pourrait arriver à être empathique avec ce client, en traitant ses réactions contre-transférentielles qui pourraient notamment lui fournir des

informations sur le mode relationnel de son client, lui aussi probablement familier avec le sentiment d'être inadéquat (Tansey & Burke, 1989).

Adoptant un point de vue différent, Bolognini (2004) avance qu'une expérience empathique n'est pas possible si le contre-transfert est exclusivement concordant ou complémentaire, car elle nécessite, selon lui, une réintégration des éléments clivés au travers de l'expérience contre-transférentielle. Ces élaborations théoriques sur les liens entre les types de contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes n'ont pas fait l'objet d'investigations empiriques en ce sens. C'est donc les mécanismes explicités par Tansey et Burke (1989) qui sont retenus comme principe sous-jacent à la présente étude.

Une seule étude empirique s'intéressant aux liens entre le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes a été relevée. Peabody et Gelso (1982) ont établi des liens entre les habiletés empathiques des thérapeutes, l'agissement de leur contre-transfert et leurs réactions contre-transférentielles affectives. Leur hypothèse principale était que les thérapeutes présentant à la base de bonnes habiletés empathiques seraient plus en mesure que ceux ayant de moins bonnes habiletés empathiques de reconnaître et comprendre leurs expériences contre-transférentielles affectives et aussi de moins les traduire en agissements contre-transférentiels. Pour mener cette étude, 20 thérapeutes masculins ont été jumelés avec 20 clientes pour une session d'une heure où celles-ci racontaient un problème de leur choix. Par la suite, les clientes ont complété la forme client de l'échelle "compréhension empathique" du BLRI (Barrett-Lennard, 1962). Cela a servi de mesure

pour les habiletés empathiques des thérapeutes participants, et réfère à ce que nous avons précédemment défini comme l'empathie spécifique des thérapeutes.

Ensuite, en utilisant la méthode développée par Yulis et Kiesler (1968), les thérapeutes ont écouté sur vidéocassette des clientes-actrices jouant trois types de clientes: une séductrice, une hostile, et une neutre. Chaque visionnement était interrompu à 10 reprises, afin que les thérapeutes puissent choisir une intervention entre deux énoncés qui leur étaient proposés, représentant différents degrés d'investissement personnel et de manifestations comportementales de leur contre-transfert. Cette méthode a servi de mesure pour l'agissement de leur contre-transfert. Finalement, afin de mesurer leurs expériences contre-transférentielles affectives, les thérapeutes ont aussi rempli un questionnaire sur leur ouverture à leurs expériences contre-transférentielles et la fréquence de celles-ci.

Les résultats de cette étude ont démontré que les habiletés empathiques des thérapeutes sont significativement et négativement liées aux manifestations comportementales de leurs contre-transferts avec la clientèle séductrice (Peabody & Gelso, 1982). Il apparaît aussi que l'ouverture des thérapeutes à leurs expériences contre-transférentielles affectives et conflictuelles est significativement et positivement en lien avec leurs habiletés empathiques.

Cette étude permet d'établir des liens empiriques pertinents entre l'empathie et le contre-transfert. Toutefois, l'utilisation du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) ne permet d'évaluer que l'empathie spécifique des thérapeutes alors qu'une mesure de l'empathie générale des thérapeutes, qui réfère à un trait de caractère stable, aurait pu être plus appropriée pour vérifier l'hypothèse principale de cette étude. De plus, une limite semble se dégager de la méthodologie utilisée: la mesure de l'empathie a été réalisée avec une cliente rencontrée en personne par les thérapeutes et mise en lien avec des dimensions de leurs réactions contre-transférentielles mesurées avec d'autres clients. Considérant que l'empathie spécifique démontrée par un même thérapeute varie d'un client à un autre (Gladstein, 1987; Ham, 1987; Henry et al., 1986), et qu'elle peut être influencée par le type de clientèle rencontré par le thérapeute (Brody & Farber, 1996; Ivey, 1995; Kiesler et al., 1967; Orlinsky et al., 2004), les conclusions tirées de ces analyses semblent poser un problème de validité de construit.

Le contre-transfert et l'empathie sont des concepts intimement liés, dans le sens où ils impliquent tous deux une expérience d'identification (Peabody & Gelso, 1982; Tansey & Burke, 1989). Mais très peu d'études empiriques sur les liens qui les unissent ont été réalisées. De plus, la recherche semble ne s'intéresser qu'au concept d'empathie spécifique, ce qui met à l'avant-plan la pertinence d'études qui permettent d'évaluer l'impact de l'empathie générale sur le contre-transfert des thérapeutes. La littérature met aussi en évidence une variabilité de l'empathie et du contre-transfert selon le type de clientèle.

Tel que mentionné précédemment, la clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline est une clientèle associée à des réactions contre-transférentielles intenses (Betan et al., 2005) et une empathie plus faible (Brody & Faber, 1996). La prochaine sous-section s'intéresse à mieux définir la clientèle d'intérêt dans la présente étude, présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline.

Troubles de la personnalité limite, narcissique et organisation de la personnalité borderline

La classification des troubles de la personnalité du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) est largement utilisée par les professionnels de la santé mentale. De façon générale, le DSM IV-TR définit un trouble de la personnalité comme:

un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement (American Psychiatric Association, 2003, p. 789).

Le DSM IV-TR classe les troubles de la personnalité en trois groupes (*clusters*) où sont réparties 10 catégories de troubles de la personnalité spécifiques. Le groupe A (bizarre - excentrique) comprend les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Le groupe B (théâtral - émotif) inclut les troubles de la personnalité antisociale, limite, histrionique et narcissique. Le dernier, le groupe C (anxieux - craintif) répertorie les troubles de la personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle

compulsive. S'ajoute à ces 10 troubles de la personnalité, le trouble de la personnalité non spécifié qui fait référence aux troubles de la personnalité qui rencontrent les critères diagnostiques généraux d'un trouble de la personnalité, ont des traits de personnalité spécifiques à différents troubles de la personnalité, mais sans rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité spécifique (American Psychiatric Association, 2003).

Selon différentes études épidémiologiques, les troubles de la personnalité touchent environ une personne sur 10 (Lenzenweger, 2008; Lezenweger & Clarkin, 2005). De façon plus spécifique, la prévalence du trouble de la personnalité limite va jusqu'à 4 % dans la population générale, 20 % dans plusieurs cliniques psychiatriques (Kernberg & Michels, 2009; Lenzenweger, 2008) et de 30 % à 60 % dans les services spécialisés pour les troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2003). Le trouble de la personnalité limite est le trouble de la personnalité spécifique le plus présent dans les services psychiatriques pour troubles de la personnalité.

La présence du trouble de la personnalité narcissique est aussi importante, elle s'élève jusqu'à 6,2 % dans la population générale (Diamond et al., 2013) et jusqu'à 16 % dans la population clinique psychiatrique (American Psychiatric Association, 2003; Lenzenweger, 2008). Mis à part les troubles de la personnalité limite et narcissique, les troubles de la personnalité antisociale et dépendante semblent être les troubles de la

personnalité spécifique les plus présents dans la population clinique psychiatrique (American Psychiatric Association, 2003).

Des études ont démontré que les personnes ayant un trouble de la personnalité, particulièrement un trouble de la personnalité limite, utilisent davantage les services de santé, comme l'urgence, l'hôpital de jour, l'hospitalisation et les services de cliniques externes et internes en psychiatrie (Clarkin et al., 2007; Bender et al., 2001; Lenzenweger, 2008). Toutefois, des études sur la discontinuation précoce de la psychothérapie, c'est-à-dire lorsqu'un client met fin à une intervention avant d'avoir résolu les problèmes pour lesquels il consultait, indiquent que le traitement de cette clientèle est souvent compromis. Une méta analyse sur la discontinuation précoce de la psychothérapie chez les adultes indique que les taux les plus élevés sont de 25 % et en lien avec un diagnostic de trouble de la personnalité (Swift & Greenberg, 2012). Une autre recension des écrits indique que le taux médian de discontinuation de la psychothérapie chez les troubles de la personnalité est de 37 % (McMurran et al. 2010).

La discontinuation de la psychothérapie est associée plus étroitement aux personnes ayant un trouble de la personnalité limite (Webb & McMurran, 2009) ou narcissique sévère (Horner & Diamond, 1996). Ce plus haut taux de discontinuation chez les troubles de la personnalité limite et narcissique est cohérent avec leur mode de fonctionnement et les critères diagnostiques répertoriés dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), qui seront énumérés exhaustivement sous peu. En effet,

le mode de fonctionnement des personnes ayant un trouble de la personnalité limite est caractérisé par une instabilité relationnelle à même de nuire à la continuité du lien thérapeutique. Quant au mode de fonctionnement des personnes ayant un trouble de la personnalité narcissique, il est caractérisé par un grand besoin d'être admiré (American Psychiatric Association, 2003), ce qui peut compromettre le processus thérapeutique compte tenu qu'il peut être particulièrement embarrassant pour les clients qui présentent ce trouble de parler de leurs difficultés et de leurs vulnérabilités comme le requiert habituellement une psychothérapie.

Pour observer des changements durables, un traitement à long terme s'avère nécessaire pour une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite (Levy et al., 2009). Parallèlement, plus le trouble de la personnalité narcissique est sévère, plus il pose de grands défis aux thérapeutes. Le trouble de la personnalité narcissique constitue le trouble de la personnalité ayant le moins bon pronostic (Diamond et al., 2013; Gabbard, 2009). D'ailleurs, parmi les différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR, plusieurs recherches ont porté sur les troubles de la personnalité limite et narcissique en raison de leur difficulté de traitement et de leur prévalence dans la population clinique (Clarkin et al., 2007; Diamond et al., 2013; Kernberg & Michels, 2009; Levy et al., 2006; Stone, 1993, 2003).

La nature et l'intensité des réactions contre-transférentielles et le niveau d'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite

ou narcissique ne sont pas étrangers à cette "difficulté de traitement". En effet, cette clientèle est souvent caractérisée de difficile, puisqu'elle suscite des réactions contre-transférentielles négatives nombreuses (Betan et al., 2005; Gabbard, 2009; Kernberg, 2010; Kernberg & Michels, 2009; Searles, 1979; Volkan, 1993). Il en est de même pour l'empathie spécifique des thérapeutes, qui semble être plus faible avec ces troubles de la personnalité (Brody & Farber, 1996; Ivey, 1995; Orlinsky et al., 2004). En raison des fortes réactions que cette clientèle suscite chez les thérapeutes et de leur influence dans la continuité de traitement et sur les gains thérapeutiques (Lambert & Barley, 2001; Siefert et al., 2009), ces variables trouvent une importance particulière auprès de cette clientèle. Les réactions contre-transférentielles et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique seront détaillées dans les deux sous-sections suivantes.

A contrario, aucune étude n'a été recensée concernant des liens entre la difficulté de traitement, les réactions contre-transférentielles négatives et un faible niveau d'empathie auprès d'une clientèle ayant un trouble de la personnalité dépendante, bien que sa prévalence soit élevée dans la population clinique. C'est donc en raison de leur prévalence élevée dans la population clinique, du besoin de thérapie à long terme, du taux de discontinuation précoce élevé de la psychothérapie, de la difficulté qu'ils représentent pour les thérapeutes, qui vivent des réactions contre-transférentielles négatives et un faible niveau d'empathie, que les troubles de la personnalité limite et narcissique sont au cœur de cette étude clinique.

Plus précisément, le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) définit le trouble de la personnalité limite comme:

Un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- (3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- (7) sentiments de vide chronique
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. (p. 817-818).

En plus des critères diagnostiques répertoriés dans le DSM IV-TR, les traits suivants sont fréquemment observés chez les personnes ayant un trouble de la personnalité limite: enfantin, demandant, collant, fragile, manipulateur, possessif, jaloux, séducteur, imprévisible, imprudent, chaotique, hostile et irritable (Stone, 1993). De plus, la comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité et avec certains troubles répertoriés à l'Axe I du DSM IV-TR est importante: dépression, anxiété, abus de substances, cleptomanie, boulimie, trichotillomanie et choc post-traumatique, puisque plusieurs personnes ayant un trouble de la personnalité limite

ont subi des abus physiques et/ou sexuels (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 2004; Levy et al., 2006; Stone, 1993). Contrairement aux personnes ayant un trouble de la personnalité narcissique, les personnes ayant un trouble de la personnalité limite n'ont généralement pas de difficulté à se retrouver dans une relation de dépendance et à être prises en charge (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013).

Quant au trouble de la personnalité narcissique, il est défini dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) comme:

Un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

- (1) le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p.ex., surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport)
- (2) est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté et d'amour idéal
- (3) pense être "spécial" et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau
- (4) besoin excessif d'être admiré
- (5) pense que tout lui est dû: s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits
- (6) exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins
- (7) manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui
- (8) envie souvent les autres, et croient que les autres l'envient
- (9) fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains (p.825-826).

"Kernberg a élaboré un profil des gradations des pathologies du narcissisme tenant compte du niveau d'infiltration du soi pathologique grandiose par l'agressivité"

(Diamond & Yeomans, 2008, p. 121). Dans cette classification, les pathologies du narcissisme sont conceptualisées sur un continuum allant d'une sévérité légère à extrême: le narcissisme sain, le narcissisme de niveau névrotique, le narcissisme pathologique, le narcissisme malin, et la personnalité antisociale (Diamond & Yeomans, 2008; Diamond et al., 2013; Kernberg, 2009). Le narcissisme pathologique, qui correspond au trouble de la personnalité narcissique répertorié dans le DSM IV-TR, est caractérisé par un soi grandiose pathologique fait en bonne partie de représentations idéalisées du soi et des autres ainsi que de représentations positives réalistes du soi. L'intégration fragile de ces représentations repose sur l'admiration des autres et l'identification transitoire à des images positives. Ce soi grandiose pathologique permet d'éloigner du soi les expériences négatives d'infériorité, d'incompétence, de vulnérabilité et d'envie, qui sont généralement allouées aux autres (Diamond & Yeomans, 2008; Stern, Yeomans, Diamond, & Kernberg, 2013).

Pour Kernberg (2009, 2010), les personnes présentant ce trouble de la personnalité ont généralement des capacités de tolérance à l'anxiété, de contrôle des impulsions et des fonctions sublimatoires très réduites. Ces personnes vivent généralement des échecs importants au travail et dans leurs efforts pour établir des relations intimes. Certaines personnes ayant un trouble de la personnalité narcissique peuvent aussi présenter des traits antisociaux importants, notamment des comportements agressifs et méprisants envers les autres. Ces traits peuvent aussi se manifester dans la psychothérapie et prendre la forme d'insultes envers le thérapeute, envers des objets qui sont dans le

bureau du thérapeute ou encore mener à des poursuites judiciaires contre le thérapeute. Ces comportements agressifs peuvent aussi être tournés contre les clients eux-mêmes et se manifester en comportements suicidaires et parasuicidaires importants. Ces tendances suicidaires peuvent être calculées et sadiques, contrairement au caractère plus impulsif des tendances suicidaires chez les personnes ayant un trouble de la personnalité limite.

Il est établi que la comorbidité est élevée entre les différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al., 2013; Kernberg & Caligor 2005; PDM Task Force, 2006). Il semble que l'approche catégorielle du DSM IV-TR, dont les critères diagnostiques font davantage référence à des aspects comportementaux qu'intrapsychiques, est en lien avec cette comorbidité élevée et la fluctuation observée dans les diagnostics de troubles de la personnalité (Clarkin, 2008; Diamond et al., 2013; Kernberg & Caligor, 2005; PDM Task Force, 2006). Ainsi, une comorbidité est souvent présente entre les troubles de la personnalité limite et narcissique (Diamond et al., 2013), ce qui suggère une organisation de la personnalité sous-jacente commune qui sera abordée sous peu. Toutefois, ces deux troubles de la personnalité spécifique ne semblent pas faire partie du même continuum de trouble de la personnalité (voir *Figure 1*), comme c'est le cas pour les troubles de la personnalité narcissique et antisociale (Diamond & Yeomans, 2008; Kernberg & Caligor, 2005).

"Dans la classification de Kernberg, la personnalité antisociale constitue la forme la plus grave des pathologies du narcissisme." (Diamond & Yeomans, 2008, p. 124). La personnalité antisociale est conceptualisée comme faisant partie du même continuum que le trouble de la personnalité narcissique répertorié dans le DSM IV-TR. Des traits antisociaux et un trouble de la personnalité antisociale peuvent être diagnostiqués chez des personnes ayant une pathologie du narcissisme correspondant au trouble de la personnalité narcissique répertorié dans le DSM IV-TR et encore plus fréquemment chez des personnes ayant une pathologie du narcissisme malin (Kernberg, 2004, 2009; Kernberg & Caligor, 2005).

Le narcissisme malin est d'ailleurs la pathologie du narcissisme la plus sévère qui peut être traitée selon Kernberg (2009). Il est entendu que ce n'est pas avec toutes les personnes ayant un trouble de la personnalité antisociale que la psychothérapie est indiquée. Dans certains cas, où le client est très dangereux et déterminé à détruire les objectifs thérapeutiques, la psychothérapie s'avère généralement inutile (Kernberg, 2009; McWilliams, 1994; Stone, 2003). Considérant la comorbidité avec le trouble de la personnalité narcissique et la contre-indication de psychothérapie dans certains cas, cette étude clinique ne s'attarde pas au trouble de la personnalité antisociale, malgré sa prévalence élevée.

Selon la théorie psychanalytique, les comportements observables et les perturbations subjectives qui caractérisent un trouble de la personnalité spécifique reflètent les

conditions pathologiques particulières d'une organisation psychologique sous-jacente (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005). De façon complémentaire à la classification catégorielle des troubles de la personnalité du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), le modèle des troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg, 2004; Kernberg & Caligor, 2005) s'appuie sur la théorie des relations d'objet. Ce modèle comporte une classification catégorielle, c'est-à-dire que les différents troubles de la personnalité sont aussi classifiés en termes descriptifs (fonctions mentales, comportements, expériences subjectives), mais il comporte de plus une classification dimensionnelle qui fait référence à la sévérité des différents éléments structuraux caractérisant l'organisation de la personnalité sous-jacente.

Il apparaît indispensable de s'intéresser à l'organisation de la personnalité sous-jacente aux différents troubles de la personnalité. En effet, la comorbidité entre les différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR est élevée (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al., 2013; Kernberg & Caligor, 2005; PDM Task Force, 2006), la présence des critères diagnostiques chez une même personne fluctue très rapidement dans le temps (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003), le risque de sous-diagnostiquer les personnes chez qui les manifestations comportementales sont moins sévères, mais ayant tout de même des enjeux de personnalité est important (Westen & Arkowitz-Westen, 1998) et un même comportement pathologique peut avoir différentes fonctions selon l'organisation de la personnalité sous-jacente (Kernberg & Caligor, 2005). D'ailleurs, l'organisation de

la personnalité sous-jacente est plus stable dans le temps que les critères diagnostiques du DSM IV-TR et c'est un traitement à ce niveau qui peut entraîner des changements dans les comportements et expériences subjectives qui caractérisent les différents troubles de la personnalité spécifiques (Kernberg & Caligor, 2005).

La *Figure 1* (Kernberg & Caligor, 2005) indique l'étendue de la sévérité des différents troubles de la personnalité et de l'organisation de la personnalité sous-jacente, allant en ordre croissant de sévérité de l'organisation de la personnalité névrotique, à l'organisation de la personnalité borderline, puis finalement à l'organisation de la personnalité psychotique, qui est la plus sévère. Les éléments structuraux déterminants le niveau de sévérité sont les mécanismes de défense, la consolidation de l'identité et le contact avec la réalité. Les flèches liant les troubles de la personnalité indiquent aussi les relations entre ces différents troubles de la personnalité. Ainsi, cette conceptualisation permet d'observer que les troubles de la personnalité limite et narcissique ne se retrouvent pas sur le même continuum, bien qu'ils partagent une organisation commune de la personnalité borderline. Les différents troubles de la personnalité sont aussi classifiés selon leur disposition à être extraverti ou introverti.

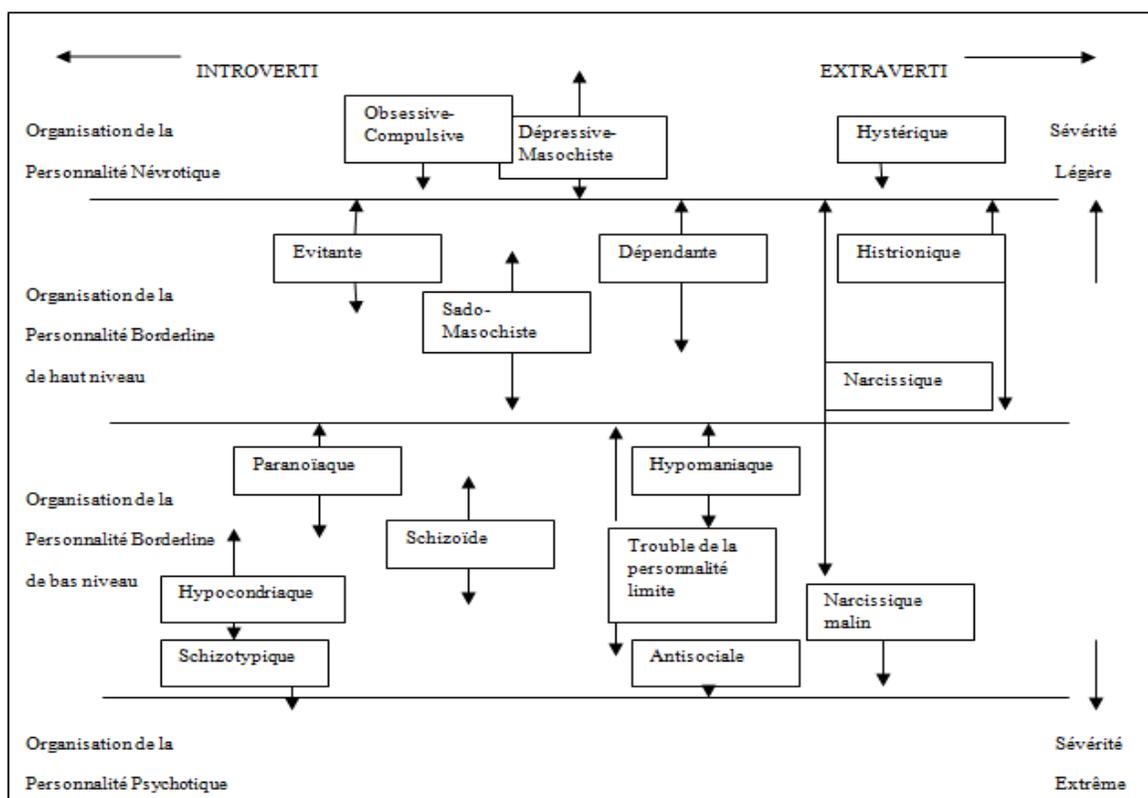


Figure 1. Relations entre les troubles de la personnalité prototypiques, familiaux et l'organisation de la personnalité sous-jacente. La sévérité s'étend de légère, dans le haut de la figure, à une sévérité extrême, au bas de la figure. Les flèches indiquent l'étendue de la sévérité. [traduction libre] (Kernberg & Clarkin, 2005, p. 134)

Le terme borderline a une signification différente lorsqu'il est utilisé pour décrire l'organisation de la personnalité borderline et le trouble de la personnalité limite (*borderline personality disorder*). Le trouble de la personnalité limite est une des manifestations possibles de l'organisation de la personnalité borderline, mais cette organisation est conceptualisée comme étant plus large et comprend d'autres troubles de la personnalité, comme le trouble de la personnalité narcissique. Tel que mentionné ci-dessus, une organisation de la personnalité se définit selon des éléments structuraux qui

se recoupent jusqu'à un certain point chez les différents troubles de la personnalité spécifique partageant une même organisation de la personnalité (Clarkin et al., 2007; Diamond et al., 2013; Kernberg & Clarkin, 2005; Kernberg & Michels, 2009; Kernberg, 2004; Stern et al., 2013; Vanaerschot, 2004). Comme le modèle de Kernberg s'appuie sur la théorie des relations d'objet, elles sont ci-dessous définies, et ce qui caractérise l'organisation de la personnalité borderline sur laquelle reposent les troubles de la personnalité limite et narcissique est ensuite spécifié.

Selon les tenants de l'approche objectale, l'être humain est fondamentalement relationnel, c'est-à-dire qu'il est motivé à interagir avec les autres et qu'en retour, ces interactions façonnent son développement. Il tend à percevoir ses interactions significatives de façon tripartite : l'affect qu'il ressent lie en quelque sorte les représentations de lui-même et des autres qu'il se crée dans ce contexte. Lorsque ces éléments sont expérimentés de façon récurrente, les représentations de soi et des autres en interaction sont mémorisées affectivement et deviennent internalisées en tant que relations d'objet. Ainsi, l'origine des relations d'objet remonte aux affects et aux interactions présentes au début de la vie avec les personnes les plus significatives (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 2004). Les relations d'objet évoluent selon les affects et les interactions entretenues avec les autres, et sont un reflet des relations actuelles, passées et des fantasmes (Kernberg & Caligor, 2005). Ce dernier élément signifie que les relations d'objet ne découlent pas simplement d'un processus d'internalisation d'une réalité objective, mais sont forgées à partir de la réalité telle que

perçue par la personne, subjectivement si l'on peut dire, en fonction de ses biais, inclinations, besoins, désirs, etc. Par exemple, une personne ayant eu de façon répétée des interactions significatives où elle a ressenti, à tort ou à raison, de la honte et s'est sentie humiliée par une personne qu'elle a perçue comme étant dénigrante dans les premières années de sa vie peut avoir intériorisé cette relation d'objet et interpréter ses relations avec les autres en ce sens, ou encore avoir tendance à entretenir ce type d'interactions.

Les relations d'objet sont la base de l'organisation de la personnalité et donc des motivations et comportements, pathologiques ou non, qui y sont associés. Les relations d'objet de base sont dyadiques et, tel que mentionné précédemment, sont composées d'une représentation de soi et d'une de l'autre, ainsi que d'un affect qui les lie (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 2004; Stern et al., 2013). L'activation d'une relation d'objet dyadique détermine la perception qu'une personne a d'elle-même (représentation de soi) et de l'autre (représentation complémentaire de l'autre). Toutefois, la représentation à laquelle une personne s'identifie dans une même relation d'objet peut varier rapidement. Ainsi, une personne peut s'identifier à la représentation d'elle-même, par exemple humiliée, puis quelques minutes plus tard s'identifier à la représentation de l'autre, par exemple dénigrante et attribuer à l'autre, notamment par identification projective, la représentation de soi (humiliée).

Dans le contexte d'une psychothérapie, le recours à l'identification projective par le client implique que des représentations opposées sont projetées en alternance parfois rapide sur le thérapeute. Ce dernier peut s'identifier à ces représentations projetées sur lui, un mécanisme décrit précédemment en tant qu'identification introjective, et vivre un contre-transfert complémentaire (Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008). La clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline, est particulièrement aux prises avec ces représentations opposées qui, en fonction de l'ampleur de leur contraste, sont difficilement intégrables et organisables, perpétuant ainsi leur aspect tranché et scellant le fonctionnement psychique dans une boucle sans fin née de ce clivage (Kernberg & Caligor, 2005).

Plus les relations d'objet internalisées d'une personne sont intégrées, stables, nuancées et organisées les unes avec les autres, plus elles peuvent comprendre plus de deux représentations. Une prépondérance d'interactions positives avec les autres permet de tolérer celles qui sont négatives et de les intégrer aux positives. Les personnes ayant une organisation de la personnalité de plus "haut niveau", c'est-à-dire qui sont capables d'interdépendance mature, d'autonomie, d'engagement émotionnel avec autrui, d'une bonne régulation émotionnelle, qui ont une identité plus consolidée et stable, et des représentations d'eux-mêmes et des autres plus réalistes (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 1976) ont notamment ce type de relations d'objet

internalisées. Par exemple, une représentation de soi en interaction avec deux représentations réalistes et nuancées d'autres personnes (Kernberg & Caligor, 2005).

Pour en revenir à l'organisation de la personnalité borderline, nous pouvons observer sur la *Figure 1* que les différents troubles de la personnalité qui en font partie sont répartis selon une organisation de plus haut ou de plus bas niveau, respectivement plus ou moins fonctionnelle ou dysfonctionnelle sur le plan des différents éléments structuraux qui caractérisent l'organisation de la personnalité (mécanismes de défense, consolidation de l'identité, contact avec la réalité). Le trouble de la personnalité limite fait partie des troubles de la personnalité les plus graves de cette organisation, donc de bas niveau. Le trouble de la personnalité narcissique, quant à lui, peut être soit grave et de bas niveau, ou plus léger, c'est-à-dire de haut niveau (Kernberg & Caligor, 2005).

L'organisation de la personnalité borderline se définit notamment par des relations d'objet qui sont dyadiques, partielles et clivées, c'est-à-dire qu'elles impliquent des représentations de soi et de l'autre qui sont incomplètes et qui s'opposent l'une à l'autre (Kernberg & Caligor, 2005; Stern et al., 2013). Par exemple, dans un conflit une personne peut se sentir la fragile victime d'un persécuteur, en omettant sa part de responsabilité dans le conflit et les intentions positives de l'autre personne. Typiquement, le trouble de la personnalité limite est caractérisé par des changements rapides et fréquents dans les représentations qui sont activées dans les relations d'objet internalisées. Quant au trouble de la personnalité narcissique, la représentation de soi

activée conformément aux relations d'objet internalisées est plus stable et grandiose, mais tout de même partielle et clivée (Diamond & Yeomans, 2008; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013; Stern et al., 2013).

Le clivage est le mécanisme de défense principalement utilisé par les personnes ayant une organisation de la personnalité borderline. Ce mécanisme de défense permet de prévenir la destruction des affects positifs, des représentations internalisées de soi et de l'autre qui sont positives, par les affects négatifs et représentations internalisées de soi et de l'autre qui sont négatives, en les séparant (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 2004; Stern et al., 2013). Les mécanismes de défense primitifs entraînent d'importantes perturbations au sein des relations des personnes qui y ont recours, la relation thérapeutique n'y faisant pas exception (Kernberg & Caligor, 2005; Stern et al., 2013). Par exemple, les personnes ayant un trouble de la personnalité narcissique ont une propension à se sentir et agir comme si elles sont omnipotentes, ce qui a tendance à créer chez le thérapeute un sentiment de "marcher sur des oeufs", en ce sens où il se sent interpellé à être prudent dans ses interventions. (Diamond et al., 2013; Stern et al., 2013). Ou encore, le changement rapide de représentations internalisées activées chez les personnes ayant un trouble de la personnalité limite fait en sorte qu'un thérapeute peut passer de "bon" à "mauvais" très rapidement, et son contre-transfert peut s'intensifier en conséquence.

Chez les personnes présentant une organisation de la personnalité borderline, la présence importante de relations d'objet internalisées négatives et d'affects négatifs reflète la présence importante d'agressivité pathologique, dont l'affect central est la rage (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 2004). Cette prédominance d'agressivité pathologique maintient les mécanismes de défense primitifs, comme le clivage, et ne permet pas aux représentations et aux affects positifs et négatifs d'être intégrés, contrairement aux personnes ayant une organisation de la personnalité de plus "haut niveau" et des mécanismes de défense plus matures, telle que la répression, chez qui les relations d'objet partielles et clivées et les affects peu intégrés et très chargés affectivement sont refoulés (Kernberg & Caligor, 2005; Levy et al., 2006).

En raison de cette agressivité pathologique, la formation normale de l'identité n'est pas possible et une identité diffuse en résulte (Kernberg & Caligor, 2005). L'identité diffuse semble être la caractéristique principale des personnes partageant une organisation de la personnalité borderline. Elle est associée au manque d'intégration des représentations internalisées de soi et des autres, qui sont plutôt superficielles et instables, au manque de régulation émotionnelle, au manque d'internalisation d'un système de valeurs et à des affects intenses, superficiels et négatifs comme la rage, la haine et l'envie. Cette identité diffuse et ses caractéristiques associées interfèrent avec la capacité d'engagement dans différentes sphères, comme le travail ou la vie amoureuse (Clarkin et al., 2007; Diamond et al., 2013; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Michels, 2009; Kernberg, 2004; Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2006). Plus un

trouble de la personnalité est grave, plus les différentes caractéristiques associées à une identité diffuse sont marquées. Par exemple, les lacunes au niveau du système de valeurs internalisées et l'agressivité pathologique s'observent davantage chez les personnes ayant un trouble de la personnalité narcissique très grave (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 2004; Stern et al., 2013).

Enfin, l'organisation de la personnalité borderline est aussi caractérisée par un moins bon contact avec réalité sociale, dans le sens où les capacités pour évaluer les processus interpersonnels subtils et le comportement des autres sont réduites, particulièrement dans les relations plus intimes et dans les moments de stress important (Clarkin et al., 2007; Diamond et al., 2013; Kernberg & Caligor, 2005; Levy et al., 2006).

En résumé, la classification catégorielle des troubles de la personnalité du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) ne permet pas de cerner les caractéristiques intrapsychiques sous-jacentes aux différents troubles de la personnalité. La classification dimensionnelle du modèle des troubles de la personnalité de Kernberg est donc complémentaire à cette classification. Les caractéristiques descriptives et structurales ci-dessus détaillées de la clientèle à l'étude ne sont pas étrangères à la nature du contre-transfert et au niveau d'empathie que les personnes ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique peuvent susciter chez leur thérapeute. Les deux sous-sections suivantes s'intéressent à décrire les liens entre les troubles de la personnalité

limite et narcissique et l'organisation de la personnalité borderline avec le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes avec cette clientèle.

Contre-transfert, troubles de la personnalité limite et narcissique, et organisation de la personnalité borderline

Le contre-transfert du thérapeute et la gestion qu'il en fait sont les éléments les plus fondamentaux du traitement de la clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique et une organisation de la personnalité borderline: c'est ce qui détermine ce qui advient des efforts thérapeutiques (Gabbard, 2009; Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010). Différentes études empiriques ont été menées sur les liens entre le contre-transfert des thérapeutes travaillant avec des personnes ayant un trouble de la personnalité, plus spécifiquement limite ou narcissique et une organisation de la personnalité borderline. Dans un premier temps, les études empiriques recensées seront présentées, et ensuite des descriptions de réactions contre-transférentielles seront rapportées de façon plus détaillée.

Rossberg et ses collaborateurs (2007) se sont penchés sur les réactions contre-transférentielles des thérapeutes et les différents troubles de la personnalité. Onze thérapeutes ont dû indiquer par un chiffre de zéro à quatre à quel point les sentiments proposés sur une liste de 58 (p. ex., anxieux, triste, content, aidant, etc) correspondaient à comment ils se sentaient à l'égard de 71 clients ayant reçu un diagnostic à l'axe II du DSM IV. Les 58 sentiments, issus du *Feeling Word Checklist* (FWC-58; Rossberg,

Hoffart, & Friss, 2003), se répartissent en sept dimensions, dont deux positives (important, confiant), et cinq négatives (rejeté, sur ses gardes, ennuyé, accablé, inadéquat). Le programme thérapeutique proposé aux clients était de 18 semaines, à raison de quatre jours par semaine. Les thérapeutes participants à l'étude ont rempli cette liste à deux reprises; deux semaines après l'admission des clients dans le programme, et deux semaines avant la fin de leur thérapie.

Les résultats globaux indiquent que les clients faisant partie du groupe A (bizarre - excentrique) et B (théâtral - émotif) des troubles de la personnalité, dont la plupart remplissaient les critères pour le trouble de la personnalité limite, évoquent chez les thérapeutes des réactions contre-transférentielles significativement plus négatives, et moins positives que les clients faisant partie du groupe C (anxieux - craintif) des troubles de la personnalité. De façon plus spécifique, deux semaines après le début du traitement, une seule différence a été observée, c'est-à-dire que les thérapeutes ont rapporté se sentir plus confiants avec les clients faisant partie du groupe C qu'avec ceux faisant partie du groupe A et B. Toutefois, deux semaines avant la fin, plusieurs différences significatives ont été observées. Les thérapeutes ont rapporté se sentir moins confiants et plus sur leurs gardes, plus envahis et plus inadéquats envers les clients faisant partie des groupes A et B, comparativement à ceux du groupe C.

Une étude a été réalisée par McIntyre et Schwartz (1998) afin de dégager un prototype de réponses contre-transférentielles avec une clientèle ayant un trouble de la

personnalité limite. Les thérapeutes participant à l'étude devaient répondre à des questionnaires suite à l'écoute d'une vidéocassette présentant une séance d'évaluation diagnostique de clients répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité limite ou d'un épisode dépressif majeur. Les questionnaires utilisés pour mesurer le contre-transfert n'étaient toutefois pas des mesures construites pour évaluer spécifiquement le contre-transfert, mais plutôt des échelles sur le stress et les réactions au contact d'un autre individu. Les résultats de cette étude indiquent que l'expérience contre-transférentielle vécue avec une population ayant un trouble de la personnalité limite est marquée par de la dominance, de l'hostilité, de la compétition, un manque de confiance et du détachement.

Betan et Westen (2009; Betan et al., 2005) ont mené une étude dont les objectifs étaient: 1) d'aborder l'absence de mesure spécifique pour le contre-transfert en décrivant des facteurs contre-transférentiels significatifs dans le but de bâtir un outil psychométrique valide, 2) d'étudier ce phénomène empiriquement en lien avec le groupe B (émotif - théâtral) de l'axe II du DSM IV, en mettant en relation les différents facteurs contre-transférentiels identifiés avec une échelle continue faisant référence au nombre de critères diagnostiques des troubles de la personnalité du groupe B (théâtral - émotif) du DSM IV et 3) de créer un profil de réponses contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique, en mettant en lien les différents items constituant les facteurs contre-transférentiels identifiés avec les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique.

Les résultats démontrent que le contre-transfert vécu par les thérapeutes traitant une clientèle appartenant au groupe B (théâtral - émotif) de l'axe II du DSM-IV est associé aux facteurs contre-transférentiels envahi/désorganisé, impuissant/inadéquat, sexualisé et désengagé et est corrélé négativement avec le facteur contre-transférentiel positif/satisfait. Un profil de réponse contre-transférentielle avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique a aussi pu être dégagé. Les thérapeutes rapportent vivre de la colère, du ressentiment, de l'appréhension, se sentir dévalués et critiqués par les clients ayant un trouble de la personnalité narcissique et se retrouver distraits, évitants et souhaiter mettre fin à la thérapie. Des analyses supplémentaires ont aussi démontré que le trouble de la personnalité limite est associé au facteur contre-transférentiel spécial/surimpliqué.

Tel que mentionné précédemment, les troubles de la personnalité limite et narcissique reposent tous deux sur une organisation de la personnalité borderline, il n'est donc pas surprenant qu'ils suscitent chez les thérapeutes des réactions contre-transférentielles qui se recoupent jusqu'à un certain point. L'étude de Brody et Farber (1996) s'est intéressée aux réactions des thérapeutes travaillant avec des clients ayant différents diagnostics. Cette étude a démontré que les thérapeutes vivaient davantage de réactions contre-transférentielles négatives avec une clientèle ayant une organisation de la personnalité borderline qu'avec une clientèle dépressive ou schizophrène. Dans cette étude, les 336 thérapeutes participants ont lu des vignettes faisant la description de clients représentant les trois diagnostics à l'étude et ils ont répondu à un questionnaire de 20 items sur leurs

réactions affectives (positives et négatives) et comportementales contre-transférentielles. Les thérapeutes ont rapporté vivre plus d'irritation, de frustration, de colère, et moins de sentiment d'aimer le client et d'avoir envie de s'engager ou de s'intéresser à lui lorsqu'il était dépeint selon les caractéristiques d'une organisation de la personnalité borderline que dans les deux autres conditions.

Les études empiriques convergent donc dans le sens que la clientèle présentant un trouble de la personnalité, plus spécifiquement limite ou narcissique, et reposant sur une organisation de la personnalité borderline, est susceptible de générer des réactions contre-transférentielles négatives, variées et intenses chez les thérapeutes. Ces réactions contre-transférentielles semblent apparaître rapidement dans le processus de psychothérapie (Kernberg, 2010, 1990). Les résultats des études empiriques ci-dessus présentées ne permettent toutefois pas d'identifier ce qui distingue les réactions contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec des clients présentant un trouble de la personnalité limite et un trouble de la personnalité narcissique.

Kernberg (2004, 2010) précise aussi que contrairement à la psychothérapie plus standard, où la majorité de l'information est communiquée aux thérapeutes via le contenu verbal des clients, dans la psychothérapie des personnes ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique et une organisation de la personnalité borderline, la majorité de l'information est transmise aux thérapeutes via les deux autres canaux de communications, soit le comportement non verbal et le contre-transfert des thérapeutes.

Le contre-transfert du thérapeute reflète par moment la représentation internalisée à laquelle le client s'identifie (contre-transfert concordant) et à d'autres moments la représentation internalisée qui est complémentaire à celle à laquelle le client s'identifie (contre-transfert complémentaire) (Kernberg, 2004, 2010). En raison des mécanismes de défense utilisés par cette clientèle, comme le clivage et l'identification projective, le contenu communiqué verbalement par le client au thérapeute est fragmenté. C'est-à-dire que le contenu verbal ne fait pas état de l'ensemble de l'expérience du client, comme ce dernier se dissocie d'une partie de son expérience à l'aide des mécanismes de défense qu'il utilise. L'analyse du contenu verbal échoue donc à dresser un portrait complet des représentations de soi et de l'autre activées chez le client et déployées dans le cadre de la relation thérapeutique (Kernberg, 2010). De plus, cette clientèle est plus souvent sous l'influence d'expériences affectives très intenses, où les capacités pour utiliser le mode de communication verbal sont réduites (Kernberg, 2010). Les thérapeutes peuvent parfois dépendre presque uniquement du contre-transfert pour comprendre quel type de relation d'objet a été activé chez leur client (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010).

De façon générale, il semble que plus l'organisation de la personnalité est sévère, donc plus la gravité du trouble de la personnalité limite ou narcissique qui lui est associée est importante, plus le contre-transfert vécu par le thérapeute est intense, plus des contre-transferts "objectifs" sont présents et plus le client utilise l'identification projective (Gabbard & Wilkinson, 2000). Par le biais de l'identification projective, les

relations d'objet non intégrées des clients ayant une organisation de la personnalité borderline sont réactivées dans la relation thérapeutique et induisent un contre-transfert souvent intense chez le thérapeute, qui peut changer rapidement d'une aisance relative à un degré élevé d'inconfort, à l'image du transfert du client. Parmi les différentes réactions contre-transférentielles que cela entraîne, certaines plus "objectives" ont été recensées dans la littérature clinique (Gabbard, 2009; Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010; Searles, 1979; Volkan, 1993).

En cohérence avec ce que les études empiriques précédemment recensées rapportent, la littérature clinique rapporte que le contre-transfert des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant une organisation de la personnalité borderline est généralement négatif. Ces réactions sont principalement liées à l'agressivité pathologique qui est présente chez les clients ayant une organisation de la personnalité borderline. Ces derniers tentent typiquement de détruire les capacités des thérapeutes à leur apporter de l'aide. Les réactions contre-transférentielles des thérapeutes peuvent alors être teintées d'agressivité, qui peut être tournée vers les clients ou les thérapeutes eux-mêmes (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010, 1990).

Via l'identification projective, qui permet au client de projeter sur le thérapeute ses représentations et affects négatifs internalisés et de les exclure de lui-même, le thérapeute est amené à se sentir utilisé par le client et à ressentir des affects négatifs intenses comme de la haine et de la rage, sans avoir la capacité de les tempérer avec des

affects plus positifs. Cela peut même induire l'impression chez le thérapeute d'avoir été pris par une force externe (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1990).

L'anxiété fait presque toujours partie des réactions contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant une organisation de la personnalité borderline. À un niveau plus primitif, elle est en lien avec un sentiment troublant de fusion forcée qui amène le thérapeute à avoir peur d'être "anéanti" par son client. Les réactions contre-transférentielles d'anxiété du thérapeute peuvent aussi être liées aux menaces suicidaires du client, à l'importante agressivité pathologique qui fait craindre au thérapeute que son client explose à tout moment, ou encore au sentiment du thérapeute de ne pas être à la hauteur cliniquement. (Gabbard, & Wilkinson, 2000)

Effectivement, le thérapeute peut en venir à avoir d'importants doutes sur ses capacités, à avoir peur d'être critiqué, à sentir qu'il n'a pas beaucoup de marge d'erreur, à devenir très sensible à son choix de mots et à son comportement non verbal et à avoir l'impression de "marcher sur des oeufs" avec son client. Enfin, l'impression du thérapeute que la psychothérapie est inefficace compte pour beaucoup dans la nature négative du contre-transfert (Gabbard, 2009; Kernberg, 1990, 2010; McWilliams, 1994).

De cette impression que la psychothérapie ne fonctionne pas peuvent découler des réactions contre-transférentielles de culpabilité. Le sentiment de culpabilité du thérapeute peut aussi avoir comme origine une détérioration de l'état du client en cours

de psychothérapie (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1990, 2010). Ou encore, le thérapeute peut se sentir exaspéré par son client et ce dernier peut le lui reprocher, ce qui peut faire naître un sentiment d'avoir été découvert, de culpabilité et même un dévouement exagéré envers le client pour se rattraper (Gabbard, & Wilkinson, 2000). La soumission du thérapeute ne tenant plus compte de la réalité peut se traduire par un désir du thérapeute de sauver le client ou de vouloir faire les choses à sa place. Habituellement, ce dévouement prend fin abruptement. Cela reflète la façon dont le client se présente et la perception du thérapeute à l'effet que le client est impuissant et sans défense (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1990).

Une transgression du cadre thérapeutique établi peut aussi faire partie des réactions contre-transférentielles "objectives" typiques avec les clients ayant une organisation de la personnalité borderline (Gabbard, & Wilkinson, 2000). Ces derniers ont tendance à se présenter avec des demandes spéciales qu'ils perçoivent comme des droits et, compte tenu de la présence importante d'agressivité pathologique chez le client, le thérapeute peut se sentir intimidé et accéder aux demandes du client pour repousser l'expression possible de cette agressivité. Par exemple, le thérapeute peut différer le paiement, prolonger le temps prévu pour les rencontres de psychothérapie, avoir des contacts téléphoniques le soir avec le client ou même dans les cas les plus graves avoir des conduites sexuelles avec lui. Ces transgressions peuvent être rationalisées par le thérapeute de différentes façons. Par exemple, le client est perçu comme une victime et une compensation est méritée, le client a des idées suicidaires et aurait pu passer à l'acte

sans des mesures exceptionnelles qui transgressent le cadre établi, ou encore, le client a tellement été abandonné que le thérapeute s'engage dans une réassurance exagérée (Gabbard & Wilkinson, 2000).

La clientèle ayant une organisation de la personnalité borderline tend à passer rapidement de l'idéalisation à la dévaluation du thérapeute (Kernberg, 2010). Le client peut dévaluer son thérapeute en pointant ses lacunes et ses vulnérabilités et ainsi amener le thérapeute à se sentir impuissant, inutile et incompetent. Le thérapeute peut réagir à ses sentiments en se retirant, en prenant une distance ou en se détachant du client. Cela peut se manifester par une indifférence passive ou un abandon du thérapeute, qui peut mener à une fin prématurée de la thérapie (Gabbard, & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010).

L'impression d'être déshumanisé, effacé et ignoré par le client et des sentiments d'ennui sont aussi souvent présents dans la psychothérapie des personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique (Gabbard, 2009; Kernberg, 2010; McWilliams, 1994; Stern et al., 2013). Tel que mentionné précédemment, les représentations activées dans les relations d'objet ont tendance à changer moins rapidement chez les personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique que chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Chez les clients ayant un trouble de la personnalité narcissique, une représentation grandiose de soi est activée et la représentation de l'autre qui est à l'opposée du soi et sans valeur, est projetée via l'identification projective sur le

thérapeute qui peut s'y identifier (identification introjective). De plus, le client a tendance à percevoir le thérapeute comme un prolongement de lui-même et le thérapeute devient très impliqué dans le maintien de l'estime de soi du client. Remplir cette fonction est susceptible d'empêcher le thérapeute de se sentir comme une personne à part entière. Cette impression d'être déshumanisé contribue à la nature négative du contre-transfert (Gabbard, 2009; McWilliams, 1994).

Il apparaît qu'auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline, les thérapeutes sont davantage portés à vivre des réactions contre-transférentielles négatives. Notamment, les thérapeutes peuvent s'identifier à la représentation complémentaire à laquelle leur client s'identifie, via l'identification projective. Ainsi, les thérapeutes sont susceptibles de se retrouver comme des victimes passives des comportements de leurs clients, parce que leurs efforts sont mobilisés pour gérer la pression exercée sur eux par leurs clients pour qu'ils s'identifient (identification introjective) à la représentation projetée sur eux (identification projective). Kernberg (1990) explique d'ailleurs que ce n'est souvent qu'après une rencontre qu'il est à nouveau possible pour le thérapeute de regagner son équilibre psychique et de réfléchir. Lorsque ce n'est pas possible, ce qui est d'autant plus probable avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique, il y a un risque que les relations d'objet dyadiques, peu intégrées et nuancées du client soient reproduites (Bessette, 2007; Kernberg, 1990). Toutefois, plus le thérapeute travaillant avec une clientèle ayant une organisation de la personnalité

borderline a lui-même des relations d'objet intégrées, c'est-à-dire que les représentations internalisées du soi et de l'autre qui y sont associées forment un tout, plus il sera facile pour le thérapeute de voir ce que le client projette sur lui et ne pas agir son contre-transfert (Epstein, 1979; Kernberg, 1990).

Être attentif à ses réactions contre-transférentielles permet au thérapeute de comprendre la nature des relations d'objet du client, d'imaginer comment l'entourage du client se sent avec ce dernier et de faire des liens avec les figures significatives du client durant son développement. Par exemple, lorsqu'un thérapeute se sent rejeté, non désiré et blessé il peut s'avérer que le client incarne l'objet, son parent rejetant, et fait sentir le thérapeute comme lui se sentait, l'enfant mal-aimé (Epstein, 1979; Gabbard, 2009; Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1990, 2004; Searles, 1979).

Tout compte fait, les études empiriques et les descriptions théoriques expliquent que la clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique suscite des réactions négatives diverses et intenses qui se recoupent jusqu'à un certain point. Les études empiriques sur les réactions contre-transférentielles en lien avec un trouble de la personnalité spécifique ne sont toutefois pas très nombreuses et bien que la littérature contienne plusieurs descriptions des réactions contre-transférentielles communes aux troubles de la personnalité limite et narcissique, aucune étude empirique qui compare les réactions contre-transférentielles suscitées spécifiquement par ces deux troubles de la personnalité n'a été recensée.

Compte tenu des liens étroits entre le contre-transfert et l'empathie spécifique, il est plausible que l'empathie spécifique des thérapeutes travaillant avec cette clientèle soit influencée par son contact. La prochaine sous-section fait état de ces liens.

Empathie, troubles de personnalité limite et narcissique, et organisation de la personnalité borderline

Il a été démontré que l'empathie, telle que perçue par un client, joue un rôle important pour le succès de l'effort thérapeutique (Barrett-Lennard, 1981; Bohart et al., 2001). Pourtant, des failles dans l'empathie spécifique des thérapeutes sont fréquentes et peuvent mener à des impasses thérapeutiques importantes. Comme le contre-transfert, l'empathie spécifique des thérapeutes peut être influencée par le type de clientèle rencontrée. Des thérapeutes ayant une bonne empathie générale peuvent avoir un niveau d'empathie spécifique très faible face à un client dont la pathologie est plus grave, et chez qui les capacités de communiquer verbalement le contenu à aborder en psychothérapie sont moins grandes. Via l'identification projective, le thérapeute peut-être est amené à s'identifier à une représentation internalisée par le client, et cela peut laisser peu de place à son empathie spécifique. Par exemple, un client peut projeter sur son thérapeute la représentation internalisée d'un objet sadique (identification projective), le thérapeute peut s'y identifier (identification introjective) et bien que ce puisse être un thérapeute habituellement très empathique, son niveau d'empathie avec ce client pourrait être très faible dû au fait qu'il s'identifie à un objet sadique (Mordecai, 1991).

Les clients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline représentent à juste titre une clientèle dont la pathologie est grave et qui est susceptible de communiquer beaucoup d'informations via d'autres canaux que les communications verbales (Kernberg, 2010) en plus d'utiliser des mécanismes de défense primitifs, tels que l'identification projective (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1987a, 1987b, 2004, 2010). Les thérapeutes travaillant avec cette clientèle seraient donc particulièrement à risque d'éprouver une empathie spécifique faible, voire déficiente.

Une seule étude empirique faisant des liens entre la clientèle présentant une organisation de la personnalité borderline, le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes a été recensée. Il s'agit de celle de Brody et Faber (1996). Cette étude a démontré que les thérapeutes éprouvent un niveau d'empathie spécifique qui est significativement plus faible avec une clientèle présentant une organisation de la personnalité borderline, en comparaison avec une clientèle dépressive ou schizophrène. Considérant que l'organisation de la personnalité borderline comprend les troubles de la personnalité limite et narcissique (Kernberg & Caligor, 2005), il est possible de poser l'hypothèse que ces deux troubles de la personnalité spécifiques sont liés à un niveau d'empathie spécifique plus faible chez les thérapeutes. Aucune étude empirique comparant l'impact d'une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite et narcissique sur l'empathie spécifique des thérapeutes n'a été recensée. De plus, aucune

étude s'intéressant à l'impact de cette clientèle sur les dimensions affective et cognitive de l'empathie spécifique des thérapeutes n'a été recensée.

Quant à l'agressivité pathologique présente chez les personnes ayant une organisation de la personnalité borderline, il apparaît qu'elle peut aussi entraîner une baisse d'empathie spécifique chez les thérapeutes et mener à une fin prématurée de la thérapie (Kernberg, 1990). Plus précisément, plusieurs interventions du thérapeute proposant un point de vue différent au client sont susceptibles d'être difficiles à recevoir pour un client qui a de la difficulté à concevoir un point de vue différent du sien, tout en restant en contact avec sa propre expérience. Cela peut conduire à l'utilisation de mécanismes de défense primitifs chez le client (p. ex. le clivage ou l'identification projective), et créer chez ce dernier une perte de contact avec une partie de son expérience. Ces réactions du client peuvent facilement sembler disproportionnées aux yeux du thérapeute et l'adoption d'une attitude empathique peut être alors plus difficile (Ivey, 1995; Vanaerschot, 2004).

Concernant plus précisément le trouble de la personnalité narcissique, il semble que leur grandiosité a pour fonction de les préserver d'une anxiété de fragmentation. En contrepartie, cela a comme impact de faire perdre au thérapeute le contact avec le monde interne du client et même avec le sien, ce qui rend l'empathie spécifique du thérapeute plus difficile (Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2004).

La littérature empirique et clinique recensée suggère que la clientèle ayant un trouble de la personnalité limite et narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline puisse être en lien avec une empathie spécifique faible chez les thérapeutes. Toutefois, la littérature à ce sujet se fait très rare, particulièrement en ce qui concerne le trouble de la personnalité limite.

Conclusion sur la recension des écrits

Le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes sont des composantes essentielles du processus thérapeutique. Le contre-transfert est une importante source d'informations sur les clients et le processus de psychothérapie (Gabbard, 2001; Hayes, 2004; Kernberg, 1990, 2004, 2010; Racker, 1957; Tansey & Burke, 1989) et l'empathie spécifique des thérapeutes est corrélée avec les gains thérapeutiques (Lambert & Barley, 2001). Ces composantes revêtent un aspect fondamental, particulièrement pour les thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline (Brody & Farber, 1996; Gabbard & Wilkinson, 2000; Ivey, 1995; Kernberg, 2004, 2010; Mordecai, 1991; Orlinsky et al., 2004; Tansey & Burke, 1989).

Avec cette clientèle, le contre-transfert des thérapeutes est intense, négatif et fluctue rapidement dans le temps (Betan et al., 2005; Gabbard, 1994, 2009; Kernberg, 2010; Kernberg & Michels, 2009; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg et al., 2007; Searles, 1979; Volkan, 1993). Toutefois, la faible quantité de littérature empirique sur le sujet ne

permet pas de distinguer l'effet spécifique des troubles de la personnalité limite et narcissique sur le contre-transfert des thérapeutes. La plupart des études recensées se sont plutôt penchées sur les groupes de troubles de la personnalité (Brody & Faber, 1996; Betan et al., 2005; Rossberg et al., 2007) ou encore n'ont pas utilisé un instrument de mesure précis pour évaluer les réactions contre-transférentielles (Brody & Faber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg et al., 2007).

Concernant l'empathie spécifique, elle est susceptible d'être influencée négativement par les troubles de la personnalité limite et narcissique (Brody & Faber, 1996), mais la littérature est plutôt rare sur le sujet. Par ailleurs, comme c'est le cas pour le contre-transfert, aucune donnée permettant de cibler l'effet spécifique des troubles de la personnalité limite et narcissique sur l'empathie spécifique des thérapeutes n'a été recensée. Par ailleurs, la littérature sur l'empathie concerne presque exclusivement l'empathie spécifique, qui est conceptualisée comme un élément du contre-transfert (Tansey & Burke, 1989). Pourtant, l'empathie générale, qui réfère à un trait de caractère stable chez un thérapeute (Bonuso, 2014), mériterait un examen plus approfondi, d'autant plus que rien n'a été recensé sur son effet possible, par exemple sur le contre-transfert des thérapeutes.

Un vide scientifique semble aussi présent en ce qui a trait à l'effet des troubles de la personnalité sur des composantes du processus thérapeutique qui combine les classifications catégorielle et dimensionnelle des troubles de la personnalité. Ceci

s'avérerait pertinent afin d'obtenir une représentation plus complète des troubles de la personnalité, permettant à la fois de distinguer les effets spécifiques des différents troubles de la personnalité et à la fois d'identifier les effets attribuables aux recouvrements entre les différents troubles de la personnalité.

D'autre part, le seul profil de réponses contre-transférentielles recensé est celui établi par Betan et ses collaborateurs (2005) pour le trouble de la personnalité narcissique. Cependant, ce profil n'a pas été reproduit et aucun profil n'a été créé pour le trouble de la personnalité limite. Extraire de tels profils pour le trouble de la personnalité limite et narcissique permettrait de reproduire ce qui a été établi par Betan et ses collaborateurs (2005) pour le trouble de la personnalité narcissique, de produire un profil novateur pour le trouble de la personnalité limite et de comparer ces deux profils entre eux afin de vérifier s'ils sont significativement différents et d'évaluer les points communs et distincts.

Enfin aucune étude empirique ne rassemble dans une même compréhension le contre-transfert, l'empathie, les troubles de la personnalité limite et narcissique et l'organisation de la personnalité borderline. La paucité de la littérature sur le sujet appuie la pertinence de la présente étude.

Objectifs de l'étude

Le premier volet de la présente étude vise à évaluer la possibilité de prédire le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes sur la base de la gravité des troubles de

la personnalité limite et narcissique. Un second volet, plus exploratoire, cherche à vérifier si la sévérité de l'organisation de la personnalité des clients permet d'expliquer une partie supplémentaire du contre-transfert et de l'empathie spécifique des thérapeutes. Un troisième volet évalue la possibilité de prédire le contre-transfert à partir de l'empathie générale des thérapeutes. Enfin, le dernier volet cherche à contraster la nature des réactions contre-transférentielles rapportées par les thérapeutes selon qu'ils travaillent avec des clients présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Des profils de réponses contre-transférentielles seront dégagés, permettant de comparer le profil obtenu pour le trouble de la personnalité narcissique avec celui obtenu par Betan et al. (2005), et de comparer entre eux les profils associés respectivement aux troubles de la personnalité limite et narcissique.

Hypothèses de l'étude

Le premier volet comprend les deux premières hypothèses de l'étude. L'hypothèse 1) postule que plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique sera importante, plus des contre-transferts négatifs intenses seront observés chez les thérapeutes. L'hypothèse 2) postule que plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique sera importante, plus un niveau d'empathie spécifique faible sera observée. En lien avec le second volet, l'hypothèse 3) postule que l'ajout de la variable de l'organisation de la personnalité borderline permettra d'expliquer une partie supplémentaire des résultats obtenus dans la vérification de la première hypothèse, au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique et l'hypothèse

4) postule que l'ajout de la variable de l'organisation de la personnalité borderline permettra d'expliquer une partie supplémentaire des résultats obtenus dans la vérification de la deuxième hypothèse, au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique. Conformément au troisième volet, l'hypothèse 5) postule qu'un contre-transfert négatif intense sera associé à une empathie générale faible. Enfin, en lien avec le quatrième volet, l'hypothèse 6) postule qu'il sera possible de dégager un profil de réponses contre-transférentielles chez les thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite et de reproduire celui déjà établi par Betan et al. (2005) pour les thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité narcissique. Ces deux profils devraient montrer des différences significatives sur certains facteurs contre-transférentiels, même s'il est attendu que les facteurs contre-transférentiels négatifs soient plus élevés que les positifs pour les deux troubles de personnalité.

Méthode

Participants

En janvier 2012, plusieurs thérapeutes ont été recrutés pour participer à cette étude grâce à: 1) un courriel de sollicitation diffusé aux membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), 2) la sollicitation de collègues de la chercheuse principale, ainsi que 3) la rediffusion qui a été faite par certains participants. Cent-vingt-et-un thérapeutes ont participé à l'étude. De ce nombre, 88 ont rempli la première série de questionnaire, 70 ont rempli la deuxième (la plupart de ces derniers avaient aussi rempli la première série), et 32 ont débuté les questionnaires et ont abandonné avant d'avoir complété au moins une série (l'objet des deux séries de questionnaires est précisé un peu plus loin).

Sur un nombre total de 158 séries de questionnaires complétées par 89 participants, six séries comportaient un nombre important de données manquantes ne permettant pas de faire les analyses planifiées (plus de 50 % de données manquantes aux instruments de mesure sur le contre-transfert et les troubles de la personnalité). Ces six séries ont donc été exclues des analyses. Tout compte fait ont été obtenues des données de 85 thérapeutes concernant leur travail auprès de 152 clients.

Les thérapeutes participants ont une pratique clinique active et travaillent avec au minimum un client ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Le Tableau 1 présente les caractéristiques démographiques des participants et ne réfère qu'aux séries

complètes. La majorité de l'échantillon est féminin (74,1 %) et constitué de psychologues (90,6 %). Pour ce qui est de l'âge, de l'orientation théorique, du nombre d'années d'expérience, et du nombre de rencontres de psychothérapie par semaine, les participants se répartissent dans l'ensemble des choix de réponse offerts. Une proportion importante de l'échantillon rapporte travailler en pratique privée, exclusivement ou en plus d'autres milieux de travail (plus de 47 %). Il est intéressant de noter que la majorité de l'échantillon mentionne avoir reçu une formation spécifique en lien avec le traitement des troubles de la personnalité (69,4 %), mais que seulement une minorité travaille principalement auprès de cette clientèle (24,7 %). Enfin, l'échantillon de participants semble représentatif de la diversité des caractéristiques des psychothérapeutes, principalement des psychologues (Service Canada, 2012).

Tableau 1
Données démographiques des participants

Variable	<i>n</i> = 85	%
Sexe ^a		
Homme	16	18,8
Femme	63	74,1
Titre		
Psychologue	77	90,6
Stagiaire au doctorat en psychologie	5	5,9
Autre	3	3,5
Expérience		
Moins de 5 ans	17	20,0
Entre 5 et 10 ans	16	18,8
Entre 10 et 15 ans	15	17,6
Entre 15 et 20 ans	13	15,3
Entre 20 et 25 ans	16	18,8
Entre 25 et 30 ans	5	5,9
Plus de 30 ans	3	3,5
Approche de psychothérapie		
Cognitive/Comportementale	32	37,6
Existentielle	14	16,5
Psychodynamique/Analytique	27	31,8
Intégrative	9	10,6
Autre	3	3,5
Clientèle trouble de la personnalité ^a		
Oui	21	24,7
Non	62	72,9
Formation spécifique trouble de la personnalité ^a		
Oui	59	69,4
Non	25	29,4
Nombre de rencontres par semaine		
Moins de 5	4	4,7
Entre 5 et 10	11	12,9
Entre 10 et 15	19	22,4
Entre 15 et 20	34	40,0
Entre 20 et 25	10	11,8
Plus de 25	7	8,2

Tableau 1
Données démographiques des participants (suite)

Variable	<i>n</i> = 85	%
Âge ^a		
Entre 25 et 35 ans	28	32,9
Entre 35 et 45 ans	19	22,4
Entre 45 et 60 ans	31	36,5
Plus de 60 ans	5	5,9
Milieu(x) de travail ^a		
Centre hospitalier	15	17,6
Pratique privée	15	17,6
CSSS(CLSC)	17	20,0
Centre hospitalier et pratique privée	8	9,4
Pratique privée et PAE	10	11,8
Pratique privée et 1 autre milieu	7	8,2
3 milieux et plus	3	3,5
Autres	9	10,6

^aTotal < *n* en raison des données manquantes.

Les caractéristiques des thérapies et clients auxquels font référence les thérapeutes participants sont répertoriées au Tableau 2, et comme pour le Tableau 1 ne se réfèrent qu'aux séries complètes. Le nombre de participants offre une puissance satisfaisante pour les analyses de régression, dépassant le critère minimal de 10 participants par variable indépendante (Howell, 2008).

Tableau 2
Données démographiques des clients et thérapies spécifiques

Variable	<i>n</i> = 152	%
Sexe ^a		
Homme	60	39,5
Femme	81	53,3
Début des rencontres ^a		
Moins de 3 mois	15	9,9
Entre 3 et 6 mois	30	19,7
Entre 6 mois et 1 an	33	21,7
Entre 1 et 2 ans	31	20,4
Entre 2 et 3 ans	20	13,2
Entre 3 et 5 ans	7	4,6
Plus de 5 ans	6	3,9
Fréquence des rencontres ^a		
2 fois/semaine et plus	5	3,3
1 fois/semaine	70	46,1
1 fois/ 2 semaines	49	32,2
Pas de rencontres	9	5,9
Autres	9	5,9
Trouble de la personnalité		
Limite	93	61,2
Narcissique	55	36,2

^aTotal < *n* en raison des données manquantes.

Il est possible d'observer que le sexe du client et le moment du début des rencontres sont répartis parmi les choix de réponse offerts. La fréquence des rencontres est majoritairement de 1 fois par semaine (46,1 %). Et davantage de séries ont été remplies concernant des clients ayant un trouble de la personnalité limite (61,2%) qu'un trouble de la personnalité narcissique (36,2%).

Instruments de mesure

Caractéristiques sociodémographiques

Un *questionnaire démographique* a été conçu afin de recueillir des informations générales sur les thérapeutes participants (expérience clinique, approche thérapeutique, etc.). Pour chaque série de questionnaires, les thérapeutes devaient aussi remplir un court questionnaire portant sur des caractéristiques spécifiques de la thérapie utilisée avec le client (sexe du client, fréquence des rencontres, durée du suivi; voir Appendices pour l'ensemble des questionnaires).

Contre-transfert

Une traduction francophone du *Countertransference Questionnaire* (CQ) (Betan et al., 2005) a été réalisée à l'aide de la méthode de traduction inversée “back translation” (Vallerand, 1989). Selon ce qui a été recensé, le CQ est l'instrument de mesure le plus approprié pour mesurer le contre-transfert des thérapeutes, car il répertorie les réactions cognitives, affectives et comportementales des thérapeutes. En ce sens, il apparaît supérieur à d'autres instruments, comme le FWC-58 (Rossberg et al., 2003) utilisé dans l'étude de Rossberg et al. (2007), dont les items ne portent que sur les réactions affectives des thérapeutes. De plus, les items du CQ ont été construits en se basant sur la littérature sur le contre-transfert, font référence au contexte de psychothérapie et ont été validés auprès de thérapeutes de différentes orientations théoriques (Betan & Westen, 2009; Betan et al., 2005).

Le CQ est un instrument autorévéélé de 79 items comprenant 8 échelles. L'échelle "critiqué/maltraité" (*critiziced/mistreated*) réfère aux sentiments de ne pas être apprécié, être rejeté et dévalué par le client (p. ex., "J'ai le sentiment de "marcher sur des oeufs" en sa présence. Je crains que si je dis un mot de travers, il/elle explosera, s'effondrera ou prendra la porte"). L'échelle "impuissant/inadéquat" (*helpless/inadequate*) comprend des items sur les sentiments d'être inadéquat, incompetent, désespéré, et anxieux (p. ex., "Je pense qu'il/elle pourrait faire mieux avec un/e autre thérapeute ou dans un autre type de thérapie"). L'échelle "positif/satisfait" (*positive*) réfère à une alliance de travail positive et une relation complice avec le client (p. ex., "Il/elle est un/e de mes patient/e préféré/e"). L'échelle "parental/protecteur" (*parental/protective*) renvoie au désir de protéger et mater le client d'une façon parentale (p. ex., "J'aimerais lui apporter ce que les autres n'ont jamais pu lui donner"). L'échelle "envahi/désorganisé" (*overwhelmed/disorganized*) implique un désir d'éviter ou de fuir le client et des sentiments négatifs intenses (p. ex., "Il/elle me fait peur"). L'échelle "spécial/surimpliqué" (*special/overinvolved*) renvoie au sentiment que le client est spécial comparé à d'autres, et aux difficultés du thérapeute à maintenir le cadre établi (p. ex., "Je me sens coupable lorsqu'il/elle est en détresse ou que son état se détériore, comme si j'étais en quelque sorte responsable"). L'échelle "sexualisé" (*sexualized*) inclut des items décrivant une attirance ou une tension sexuelle envers le client (p. ex., "Je me surprends à flirter avec lui/elle"). Finalement, l'échelle "désengagé" (*disengaged*) renvoie aux sentiments d'être inattentif, retiré, agacé, ou ennuyé pendant les rencontres (p. ex., "Mon esprit s'égare souvent vers des choses autres que ce dont il/elle parle").

Les items des 8 échelles se répondent sur une échelle Likert en cinq points (1 = Aucunement vrai, 3 = Relativement vrai, 5 = Tout à fait vrai). L'équipe qui a créé le CQ (Betan et al., 2005) a réalisé une analyse par composantes principales générant huit facteurs dont les coefficients alpha originaux varient entre 0,75 à 0,90. Les intercorrélations entre les différents facteurs ont montré qu'ils sont relativement indépendants (-0,16 à 0,58) (Betan et al., 2005; Betan & Westen, 2009).

Empathie spécifique 1

Le *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 1962) est un instrument de mesure doté de 5 échelles, dont celle de "compréhension empathique" (*empathic understanding*) qui permet de mesurer l'empathie spécifique. L'échelle "niveau de considération" (*level of regard*) fait référence à la réaction affective, positive ou négative, d'une personne face à une autre en relation thérapeutique. L'échelle "inconditionnalité de la considération" (*unconditionality of regard*) mesure la variabilité de la réponse affective d'une personne face à une autre en relation thérapeutique. L'échelle "congruence dans la relation" (*congruence*) fait référence à l'absence d'inconsistance entre l'expérience d'une personne en relation, la connaissance qu'elle en a, et ce qu'elle en communique. L'échelle "volonté d'être connu" (*willingness to be known*) mesure le degré selon lequel une personne souhaite être connu d'une autre en relation thérapeutique. Finalement, l'échelle "compréhension empathique" (*empathic understanding*), celle qui est utilisée dans la présente étude, sera décrite plus en détail ultérieurement. Les 92 items du BLRI se répondent sur une échelle Likert en six points

(1 = Tout à fait faux, à 3 = Plutôt faux, 4 = Plutôt vrai, 6 = Tout à fait vrai). Il existe deux versions du BLRI, une forme pour le thérapeute et une pour le client.

Dans le cadre de cette étude, il a été choisi d'exclure les échelles "niveau de considération", "inconditionnalité de la considération", "volonté d'être connu" (exclu du BLRI dans les formes ultérieures à l'originale), et "congruence dans la relation" puisque plusieurs des items de ces échelles étaient similaires aux items se retrouvant dans le CQ, déjà utilisé dans cette étude. De plus, les intercorrélations entre les différentes échelles du BLRI dans la forme s'adressant aux thérapeutes étaient de 0,65 et 0,93, suggérant un facteur commun aux différentes échelles (Barrett-Lennard, 1962). Pour ces motifs, la seule échelle du BLRI utilisée dans la présente étude est celle de "compréhension empathique". Cette échelle est définie comme « *l'expérience du processus et du contenu de la conscience d'une autre personne dans tous ses aspects. En particulier, cela inclut sentir la qualité affective immédiate et l'intensité de l'expérience de l'autre, aussi bien que de reconnaître son contexte particulier* » [Traduction libre] (Barrett-Lennard, 1962, p. 3).

Les items de l'échelle "compréhension empathique" ont été traduits à l'aide de la méthode de traduction inversée "back translation" (Vallerand, 1989). Les 16 items (p. ex., "Je peux être profondément et complètement conscient de ses sentiments les plus souffrants sans être moi-même bouleversé ou accablé par ceux-ci") ont été conçus pour mesurer l'empathie spécifique d'un thérapeute à partir des perceptions du client (forme

client) ou à partir des perceptions du thérapeute (forme thérapeute). Dans leurs versions originales, les différents items sont formulés pour être répondus par des clients (forme client). Lors de la traduction, la forme a donc aussi été modifiée, en inversant les positions des pronoms de la première à la troisième personne, pour que les items puissent être complétés par les thérapeutes (« He understands me. » devient « Je le comprends. »). L'échelle de compréhension empathique du BLRI possède de bonnes propriétés psychométriques, la cohérence interne est de .81 (Barrett-Lennard, 1962; Gurman, 1977; Layton & Wykle, 1990).

Empathie spécifique 2

Une *échelle analogue d'empathie spécifique* du thérapeute à l'égard du client a par ailleurs été créée pour tenter de reproduire les résultats obtenus avec l'échelle "compréhension empathique" du BLRI (Barrett-Lennard, 1962). Bien que la validité de cette dernière échelle soit établie, il a été choisi de créer une échelle analogue d'empathie spécifique considérant la difficulté à opérationnaliser et à mesurer le concept de l'empathie spécifique. Des résultats allant dans le même sens aux deux mesures d'empathie spécifique utilisées apporteraient plus de validité aux résultats. L'échelle analogue d'empathie spécifique est conçue sur une échelle de Likert comprenant sept points où les thérapeutes peuvent identifier leur niveau d'empathie spécifique (1 = Très peu empathique, 4 = Empathique et 7 = Très empathique). Dans sa présentation, l'échelle est précédée de la définition suivante : « L'empathie permet au thérapeute de

comprendre et d'expliquer ce que le client ressent, pense et imagine, ainsi que de l'interpréter » (Kohut, 2010).

L'échelle de réponse en sept points a été choisie pour trois raisons : 1) puisqu'elle présente un point milieu ou « moyen », représenté par le chiffre quatre, une échelle en sept points ne force pas les répondants à se positionner d'un côté ou de l'autre, comme le fait par exemple une échelle en quatre points; 2) l'utilisation d'un nombre substantiel de points sur l'échelle favorise habituellement la variance des réponses, en évitant qu'elles soient toutes concentrées sur le point milieu, comme le ferait par exemple une échelle en trois points (Matell & Jacoby, 1972); et 3) il est conseillé d'utiliser une échelle à six ou sept points si les résultats servent à reproduire ou appuyer d'autres résultats obtenus avec différents instruments (Matell & Jacoby, 1972). Bien que cette échelle n'ait pas été validée avant d'être utilisée auprès de notre échantillon, les choix de réponses offerts sont espacés également, ce qui minimise les difficultés liées à une mauvaise identification des catégories par les participants (Dobson & Mothersill, 1979).

Empathie générale

La version francophone (Lussier, 1996) du *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980) a été utilisée pour mesurer l'empathie générale des thérapeutes, c'est-à-dire celle dont ils ont tendance à faire preuve indépendamment du contexte particulier dans lequel ils se trouvent. L'IRI a été développé en réaction à un manque d'instrument mesurant et permettant d'interpréter séparément l'aspect cognitif et émotif du concept d'empathie.

Les 28 items de cet instrument autorévéélé se répartissent en quatre échelles regroupant chacune sept items.

L'échelle "fantaisies" (*fantasy*) mesure la tendance à se transposer dans une situation fictive (p. ex., "Avec une certaine régularité, je rêve à des choses qui pourraient m'arriver et je me les imagine"). L'échelle "adaptation contextuelle" (*perspective-taking*) reflète l'habileté à changer de perspective en interaction avec d'autres personnes (p. ex., "Je crois qu'il existe deux côtes pour toute question et j'essaie de les envisager tous les deux"). L'échelle "souci empathique" (*empathic concern*) rassemble des items mesurant les sentiments de compassion et les préoccupations pour d'autres personnes (p. ex., "Lorsque je vois quelqu'un dont on a profité, je me sens du genre protecteur à l'égard de cette personne"). Finalement, l'échelle "détresse personnelle" (*personal distress*) mesure les sentiments de peur, d'appréhension et d'inconfort face aux expériences négatives d'autrui (p. ex., "J'ai tendance à perdre le contrôle lors de situations critiques").

Les items se répondent sur une échelle de Likert en cinq points (1 = Ne me décrit pas bien, 3 = Me décrit moyennement, 5 = Me décrit très bien). L'analyse de facteurs s'est révélée presque identique pour les hommes et les femmes, et ce sur deux échantillons indépendants. Les coefficients alphas varient entre 0,72 et 0,78 pour les hommes, et entre 0,70 et 0,78 pour les femmes. La fiabilité test-retest varie entre 0,61 et 0,79 pour les hommes, et entre 0,62 et 0,81 pour les femmes, sur 60 à 75 jours. Finalement, les

intercorrélations entre les différentes échelles montrent qu'elles sont indépendantes (Davis, 1980).

Troubles de la personnalité

Un *questionnaire sur les troubles de la personnalité* répertoriés dans le DSM IV-TR a été développé (American Psychiatric Association, 2003; paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, limite, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive). Des instruments de mesure ayant de bonnes propriétés psychométriques existent déjà (p. ex., le SCID-II; Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011), mais ce genre de questionnaire comprend habituellement plusieurs items référant aux critères diagnostiques des différents troubles de la personnalité spécifiques. Dans la présente étude, l'utilisation d'un instrument de mesure qui n'inclut pas de critères diagnostiques était préférée, car le temps de passation déjà important des séries de questionnaires aurait été prolongé. Comme aucun instrument n'a été recensé, un questionnaire composé des descriptions des modes de fonctionnement des différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR a été développé (American Psychiatric Association, 2003).

Les réponses se donnent sur une échelle Likert en sept points (1 = Pas du tout, 4 = Traits, 5 = Trouble de la personnalité, 7 = Le client illustre le trouble de manière prototypique). L'échelle en 7 points a été choisie pour favoriser la diversité des réponses, et éviter qu'elles soient toutes concentrées sur le point milieu, comme le ferait par

exemple une échelle en trois points (Matell & Jacoby, 1972). Le point de coupure à 5 pour le trouble de la personnalité s'inspire du fonctionnement du DSM IV-TR, où le nombre total de critères diagnostiques pour un trouble de la personnalité se situe entre sept et neuf et le nombre de critères requis pour poser un diagnostic varie de trois à cinq.

Organisation de la personnalité borderline

Un *questionnaire sur l'organisation de la personnalité borderline* a été conçu pour mener des analyses exploratoires permettant de vérifier si l'ajout de l'organisation de la personnalité borderline augmente la prédiction des variables dépendantes au-delà des troubles de la personnalité limite et narcissique, étant donné que ces troubles de la personnalité reposent tous deux sur une organisation de la personnalité borderline (Kernberg & Caligor, 2005). Des instruments de mesure très intéressants existent déjà pour mesurer l'organisation de la personnalité borderline (p. ex., le STIPO, Stern et al., 2010; l'IPO, Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001; Normandin et al., 2002). Toutefois, il n'était pas possible d'utiliser ces outils, soit parce que les ressources nécessaires pour mener des entrevues semi-structurées (STIPO) n'étaient pas disponibles, ou encore parce que le nombre d'items du questionnaire était trop élevé (IPO), ce qui aurait augmenté le temps de passation des questionnaires au-delà du seuil d'acceptabilité fixé pour la présente étude.

En fonction de ces considérations, un court questionnaire de 4 items se référant à des éléments importants de l'organisation de la personnalité borderline a été conçu (Clarkin,

et al., 2007; Clarkin, Kernberg, & Somavia, 1998; Kernberg & Caligor, 2005; Stern et al., 2013). Une description brève et la plus athéorique possible de ces éléments a été rédigée afin que les thérapeutes participants de différentes orientations théoriques puissent indiquer à quel point leurs clients correspondent aux descriptions des différents éléments. Un item porte sur la diffusion de l'identité:

Le(la) client(e) a une perception de lui-même (elle-même) et de ses comportements qui sont contradictoires, et qui ne peuvent être intégrés d'une façon significative émotionnellement. Il(elle) a une perception superficielle et peu nuancée d'autrui, et un sentiment de vide chronique.

Un second sur la qualité des mécanismes de défense:

Le(la) client(e) présente une incapacité à expérimenter un large éventail de pensées, d'émotions, de relations, et à y faire face sous le stress avec un minimum d'utilisation de défenses primitives. De façon prédominante, le(la) client(e) utilise des défenses primitives telles que le clivage, l'acting out, l'identification projective, l'idéalisation, la dévaluation, l'omnipotence, etc. (versus des défenses plus matures telles que la sublimation, l'altruisme, l'humour, l'intellectualisation, la répression, etc).

Un troisième sur le contact avec la réalité:

Le(la) client(e) présente une incapacité à cerner les frontières entre ce qui lui appartient et ce qui appartient au monde extérieur, et une incapacité à évaluer réalistement l'affect, le comportement, le contenu de la pensée d'une autre personne compte tenu des normes sociales. Le(la) client(e) a des hallucinations, des pensées et comportements bizarres ou inappropriés.

Et un dernier sur la qualité des relations d'objet:

Le(la) cliente présente une incapacité d'intimité et d'investissement, une instabilité et une superficialité dans ses relations significatives qui peut se manifester par de l'indifférence, de l'égoïsme, de la malhonnêteté, et un manque d'empathie et de compréhension. Le(la) client(e) a de la difficulté à maintenir une relation lorsqu'elle est envahie de conflits et de frustrations.

Une échelle de Likert en sept points a été choisie (1 = Pas du tout, 4 = Moyennement,

7 = Complètement). Comme pour l'échelle analogue d'empathie spécifique et le questionnaire sur les troubles de la personnalité décrits précédemment, c'est ce qui a semblé approprié pour permettre aux participants de choisir une position intermédiaire, et ne pas les forcer à faire un choix s'ils sont indécis, ce qui pourrait produire de fausses réponses (Matell & Jacoby, 1972).

Déroulement

Les thérapeutes sollicités étaient invités à remplir en ligne le formulaire de consentement et d'information, ainsi que les deux séries de questionnaires (tous hébergés sur le site de surveymonkey). Les deux séries de questionnaires étaient identiques et comprenaient les instruments de mesure présentés précédemment. Seuls le *questionnaire démographique* pour recueillir des informations sur les participants et l'*IRI* n'étaient présentés qu'une seule fois.

Le temps de passation était d'environ 40 minutes pour les thérapeutes répondant aux deux séries de questionnaires, c'est-à-dire pour leur travail avec deux clients, et de 25 minutes pour ceux qui ne remplissaient qu'une seule série. La consigne donnée dans le formulaire d'information et de consentement était qu'ils devaient réfléchir tour à tour à deux de leurs clients, un premier qui présentait selon eux un trouble de la personnalité limite, et un second un trouble de la personnalité narcissique. Ils devaient choisir des clients actuellement impliqués dans un processus de psychothérapie, mais il n'était pas spécifié s'ils devaient prendre les derniers clients rencontrés correspondant aux critères

d'inclusion. Advenant le cas où les thérapeutes participants n'avaient pas de client ayant un trouble de la personnalité narcissique, ils pouvaient réfléchir à un deuxième client ayant un trouble de la personnalité limite pour remplir la deuxième série de questionnaires. Et advenant le cas où ils avaient seulement un client présentant l'un ou l'autre de ces deux troubles de la personnalité, ils pouvaient tout de même participer au projet de recherche s'ils le souhaitaient. Dans ce cas, ils n'avaient qu'à se rendre à la fin des questionnaires sans compléter la deuxième série.

Les participants étaient informés qu'ils pouvaient cesser de participer à tout moment sans avoir à se justifier, mais que dès qu'une ou deux séries étaient complétées et envoyées il était impossible de détruire les données, car rien ne permettait d'identifier de qui elles provenaient. Les participants avaient toutes les coordonnées de la chercheuse principale, du directeur de recherche, ainsi que de la Présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et Sciences humaines s'ils souhaitaient entrer en communication avec l'une de ces personnes.

Résultats

Tout d'abord, des corrélations bivariées ont été effectuées entre les différentes variables impliquées dans la vérification des hypothèses à l'étude. Ces corrélations ne serviront pas à vérifier les hypothèses, mais à faire un examen préliminaire des corrélations entre les variables. Il sera question de ces corrélations dans la présentation des résultats des analyses servant à vérifier nos hypothèses.

Afin de vérifier les deux hypothèses postulées dans le premier volet, selon lesquelles plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique est importante, plus des contre-transferts négatifs et intenses (première hypothèse), et un niveau d'empathie spécifique faible (deuxième hypothèse) seront observés chez les thérapeutes, deux ensembles de régressions multiples ont été effectués, une par variable dépendante (contre-transfert et empathie spécifique). En lien avec le second volet, plus exploratoire, il est postulé que l'ajout de la variable de l'organisation de la personnalité borderline permettra d'expliquer une partie supplémentaire du contre-transfert (troisième hypothèse) et de l'empathie spécifique des thérapeutes (quatrième hypothèse). Pour tester cela, des régressions hiérarchiques ont été effectuées sur les variables dépendantes (contre-transfert et empathie spécifique). Afin d'assurer une présentation des résultats plus harmonieuse relativement aux deux premiers volets, les résultats liés à la première et à la troisième hypothèse seront tout d'abord présentés et ensuite les résultats liés à la deuxième et à la quatrième hypothèse seront présentés.

Une régression multiple a aussi été effectuée pour vérifier la cinquième hypothèse, postulée dans le troisième volet, selon laquelle un contre-transfert négatif intense sera associé à une empathie générale faible. Enfin, pour vérifier la sixième hypothèse, postulée dans le quatrième volet, une analyse de profil a été réalisée pour contraster les profils de réponses contre-transférentielles relatifs aux troubles de la personnalité limite et narcissique, et ainsi vérifier s'il est possible d'extraire un profil de réponses contre-transférentielles associé au trouble de la personnalité limite, et reproduire celui déjà obtenu pour le trouble de la personnalité narcissique (Betan et al., 2005). Ces deux profils devraient montrer des différences sur le plan des facteurs du contre-transfert significatifs, mais présenter comme point commun une trame de fond constituée de facteurs contre-transférentiels négatifs relativement intenses.

Création de nouvelles variables

Après avoir inversé un certain nombre d'items des questionnaires conformément à leur procédure d'utilisation, des facteurs pour les quatre différentes échelles du IRI ont été créés (Davis, 1980). La moyenne des items 26, 5, 7 inversé, 16, 1, 12 inversé et 23 constitue le score du facteur fantaisies. Celle des items 28, 15 inversé, 11, 21, 3 inversé, 18 et 25 donne le score du facteur adaptation contextuelle. Celle des items 19, 18 inversé, 2, 22, 14 inversé, 4 inversé et 20 donne le score du facteur souci empathique. Et finalement, la moyenne des items 27, 10, 16, 19 inversé, 17, 13 inversé et 24 crée le score du facteur détresse personnelle. Un facteur pour l'échelle de compréhension empathique du BLRI a aussi été créé à partir de la moyenne des items 1, 2 inversé, 3, 4,

5 inversé, 6 inversé, 7, 8 inversé, 9 inversé, 10, 11 inversé, 12 inversé, 13, 14, 15 inversé et 16 (Barrett-Lennard, 1962).

Dans l'étude originale (Betan et al., 2005), les auteurs ont extrait huit facteurs indépendants du *Countertransference Questionnaire* (CQ) à l'aide d'une analyse en composantes principales. Dans le but de maximiser la puissance de l'étude compte tenu du nombre de séries disponibles, les huit facteurs ont d'abord été réunis en deux facteurs globaux regroupant respectivement les facteurs négatifs et positifs. La moyenne des facteurs critiqué/maltraité (items 12, 63, 6, 33, 46, 2, 15, 8, 57, 13, 41, 27, 34, 44, 55, 29, 62, 5), impuissant/inadéquat (items 31, 36, 52, 30, 54, 68, 10, 59, 22), envahi/désorganisé (items 60, 51, 72, 35, 73, 66, 70, 77, 26), et désengagé (items 16, 25, 9, 75) correspond au score du facteur négatif global. La moyenne des facteurs positif/satisfait (items 74, 19, 1, 3, 65, 53, 7, 23), parental/protecteur (items 42, 64, 47, 21, 49, 14), spécial/surimpliqué (items 71, 76, 69, 79, 67), et sexualisé (items 56, 17, 61, 50, 32) correspond au score du facteur positif global. Le choix des facteurs devant constituer chacun des facteurs globaux a d'abord été réalisé sur une base théorique, puis vérifié à l'aide d'une analyse en composantes principales. Celle-ci a généré deux facteurs globaux stables, extrayant ensemble 65,6 % de la variance des données, dont la constitution correspondait aux regroupements théoriques. Les huit facteurs identifiés à l'origine (Betan et al., 2005) ont aussi été créés et conservés pour détailler dans un second temps les différentes analyses. Une autre variable a par ailleurs été créée pour

regrouper les quatre items du questionnaire portant sur l'organisation de la personnalité borderline.

Enfin, l'information nécessaire aux analyses de profil a été extraite des scores aux variables de troubles de la personnalité limite et narcissique. Plus précisément, une variable nominale à cinq niveaux représentant les diagnostics d'intérêt a été créée à partir de ces échelles : 1 = trouble de la personnalité limite, 2 = trouble de la personnalité narcissique, 3 = troubles de la personnalité limite et narcissique, 4 = incomplet, 5 = sous-clinique.

Corrélations bivariées

Des corrélations bivariées ont été effectuées entre les différentes variables impliquées dans la vérification des hypothèses (voir Tableau 3), et cela uniquement sur les séries de questionnaires identifiées comme complètes ($n = 152$). Un examen préliminaire permet d'observer que plusieurs des variables à l'étude sont significativement corrélées ensemble, mais que les relations entre les variables indépendantes (trouble de la personnalité limite, trouble de la personnalité narcissique, facteurs 1 à 4 du IRI) ne sont pas trop fortes pour créer d'éventuels problèmes de multicollinéarité pour les analyses de régression. La corrélation la plus élevée entre les variables indépendantes est entre les facteurs 2 et 3 du IRI ($r = 0,60$). Des références seront faites au Tableau 3 lors de la description détaillée des différentes analyses de régression.

Note. tplim = Trouble de la personnalité limite. tpnar = Trouble de la personnalité narcissique. ctneg = Facteur négatif. ctpos = Facteur positif. ct1 = Facteur critiqué/maltraité. ct2 = Facteur impuissant/inadéquat. ct3 = Facteur positif/satisfait. ct4 = Facteur parental/protecteur. ct5 = Facteur envahi/désorganisé. ct6 = Facteur spécial/surimpliqué. ct7 = Facteur sexualisé. ct8 = Facteur désengagé. echemp = Échelle analogue d'empathie spécifique. blri = Facteur compréhension empathique. iri1 = Facteur fantaisies. iri2 = Facteur adaptation contextuelle. iri3 = Facteur souci empathique. iri4 = Facteur détresse personnelle. fstruc = Facteur structure de personnalité.

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

Analyses de régressions multiples

Toutes les analyses ont été faites avec le logiciel SPSS 16.0, 151 des 152 séries complètes ont été incluses dans les analyses. En effet, une série n'a pu être incluse, car le participant n'avait pas répondu à la question concernant le trouble de personnalité narcissique.

Première hypothèse (premier volet)

Pour vérifier la première hypothèse (premier volet), selon laquelle plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique est importante, plus des contre-transferts négatifs et intenses seront observés chez les thérapeutes, deux analyses de régressions multiples ont été effectuées, une pour le facteur négatif global du contre-transfert et l'autre pour le facteur positif global.

Troisième hypothèse. Conformément à la troisième hypothèse (deuxième volet), plus exploratoire, il était postulé que l'ajout de la variable sur l'organisation de la

personnalité borderline permettrait d'expliquer une partie supplémentaire de ces résultats. Pour tester cela, des régressions hiérarchiques ont été effectuées.

Pour les deux analyses de régressions multiples, la condition d'application concernant la taille de l'échantillon selon laquelle $N > 104 + p$ ($151 > 104 + 2$) est largement rencontrée (Tabachnick & Fidell, 2007). De plus, l'absence de singularité et de multicollinéarité a été vérifiée entre les variables indépendantes (trouble de la personnalité limite et narcissique). Les conditions de linéarité, de normalité multivariée et d'homogénéité des variances sont aussi respectées.

Pour l'analyse de régression multiple portant sur le facteur négatif global du contre-transfert, les résidus studentisés de six séries étaient supérieurs au t critique de 1,96. Pour l'analyse de régression multiple portant sur le facteur positif global du contre-transfert, les résidus studentisés de quatre séries étaient aussi supérieurs au t critique de 1,96. Pour ces deux analyses de régressions multiples, deux autres séries montraient des scores extrêmes selon le bras de levier, elles étaient supérieures à 0,06. Or, parmi les séries extrêmes selon les résidus studentisés ou le bras de levier, aucune n'a montré une distance de Cook significative. Considérant qu'aucune donnée ne s'est avérée extrême sur plus d'un indice, elles ont été considérées non extrêmes et conservées sans modification.

Les résultats des analyses de régressions multiples (voir Tableau 4) démontrent que la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique explique significativement les deux facteurs globaux du contre-transfert: le contre-transfert négatif ($R^2 = 0,08$) et le contre-transfert positif ($R^2 = 0,10$). Mais les variables indépendantes agissent différemment selon les facteurs. Dans le modèle expliquant le facteur négatif du contre-transfert, la contribution du trouble de la personnalité limite n'est pas significative ($\beta = 0,07$), tandis que la contribution du trouble de la personnalité narcissique l'est ($\beta = 0,31$). À partir des corrélations semi-partielles au carré, il a été calculé que dans le modèle expliquant le facteur négatif du contre-transfert, 0,24 % de la variance est attribuable à la variance partagée par les deux variables indépendantes. Par conséquent, la quasi-totalité (8,07 %) de la variance de la variable dépendante expliquée par le modèle (8,31 %) est attribuable aux contributions uniques des deux variables indépendantes. Seul le trouble narcissique joue un rôle significatif et compte à lui seul pour la plus grande part de l'effet (7,73 %).

Dans le modèle expliquant le facteur positif du contre-transfert, la contribution du trouble de la personnalité limite est significative ($\beta = 0,27$), tandis que la contribution du trouble de la personnalité narcissique ne l'est pas ($\beta = -0,09$). Et dans ce modèle, il a été calculé, à partir des corrélations semi-partielles au carré, que les variables indépendantes expliquent de façon commune 3,70 % de la variance de la variable dépendante. Plus de la moitié (6,30 %) de la variance expliquée (10 %) est donc attribuable aux contributions uniques des variables indépendantes. Seul le trouble limite joue un rôle significatif et

compte à lui seul pour la plus grande part de l'effet (5,66 %). Il vaut tout de même la peine de noter que, selon les corrélations bivariées, le trouble narcissique est significativement lié, de façon négative, au contre-transfert global positif. Toutefois, en raison du recoupement entre les troubles limite et narcissique, la contribution unique que le trouble narcissique apporte au modèle de régression devient non significative.

Tableau 4

Analyses de régression multiple des troubles de la personnalité limite et narcissique sur les facteurs négatif et positif du contre-transfert

Variable	Facteur négatif		Facteur positif	
	β	t	β	t
Trouble de la personnalité limite	0,07	0,73	0,27**	3,86
Trouble de la personnalité narcissique	0,31**	3,53	-0,09	-1,03
R^2	0,08**		0,10**	
$F(2, 148)$	6,69		8,26	

** $p < 0,01$.

C'est donc dire que plus la gravité du trouble de la personnalité limite est importante, plus le contre-transfert positif global est intense. En retour, les analyses démontrent que plus la gravité trouble de la personnalité narcissique est importante, plus le contre-transfert négatif global est intense.

Afin d'approfondir la compréhension de ces résultats, l'effet de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique sur chacun des huit facteurs contre-transférentiels identifiés par Betan, et al. (2005) a été exploré à l'aide d'une série de régressions multiples. Ces analyses supplémentaires ont permis de répondre au premier objectif principal de la présente étude avec plus de précision. C'est-à-dire prédire le contre-transfert des thérapeutes sur la base de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique en précisant quelles composantes du contre-transfert négatif global et positif global sont particulièrement liées à la gravité de ces troubles.

Avant de procéder aux analyses, les postulats de base ont encore une fois été vérifiés. La taille de l'échantillon, l'absence de singularité et de multicollinéarité, les conditions de linéarité, de normalité multivariée et d'homogénéité des variances ont été vérifiées et sont respectées. Seule la normalité multivariée du facteur sexualisé (ct7) n'est pas respectée. Cette variable présente une asymétrie positive très prononcée, de sorte qu'il a été nécessaire de la dichotomiser. Les premiers 62 percentiles ont reçu un score de 1, et correspondent aux participants ayant rapporté un score de 1 (aucunement vrai) à tous les items du facteur sexualisé (ct7). Les 38 percentiles restants ont reçu un score de 2, et correspondent aux autres participants, ayant inscrit des scores supérieurs à 1 (2 et plus) aux items du facteur sexualisé (ct7). Enfin, aucune donnée extrême telle que vérifiée selon la procédure décrite précédemment n'a été identifiée.

Le Tableau 5 rapporte les résultats des régressions multiples effectuées sur les huit facteurs du contre-transfert. L'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique est significatif sur les facteurs critiqué/maltraité (ct1; $R^2 = 0,10$), impuissant/inadéquat (ct2; $R^2 = 0,07$), positif/satisfait (ct3; $R^2 = 0,07$), parental/protecteur (ct4; $R^2 = 0,16$) et désengagé (ct8; $R^2 = 0,06$). Les modèles de régressions portant sur les facteurs envahi/désorganisé (ct5; $R^2 = 0,03$), spécial/surimpliqué (ct6; $R^2 = 0,01$) et sexualisé (ct7; $R^2 = 0,01$) ne sont pas significatifs.

Tableau 5

Analyse de régression multiple des troubles de la personnalité limite et narcissique sur les huit facteurs du contre-transfert

Variable	ct1		ct2		ct3		ct4	
	β	t	β	t	β	t	β	t
tplim	0,07	0,80	0,07	0,74	0,16†	1,80	0,27**	3,14
tpnarc	0,35**	3,97	0,29**	3,29	-0,16†	-1,82	-0,20*	-2,31
R^2	0,10**		0,07**		0,07**		0,16**	
$F(2, 148)$	8,46		5,76		5,92		13,53	
Variable	ct5		ct6		ct7		ct8	
	β	t	β	t	β	t	β	t
tplim	0,17†	1,92	0,10	1,13	0,12	1,26	-0,07	-0,79
tpnarc	0,15†	1,67	0,03	0,36	0,11	1,23	0,19*	2,18
R^2	0,03		0,01		0,01		0,06*	
$F(2, 148)$	2,26		0,65		1,07		4,32	

Note. tplim = Trouble de la personnalité limite. tpnar = Trouble de la personnalité narcissique. ct1 = Facteur critiqué/maltraité. ct2 = Facteur impuissant/inadéquat. ct3 = Facteur positif/satisfait. ct4 = Facteur parental/protecteur. ct5 = Facteur envahi/désorganisé. ct6 = Facteur spécial/surimpliqué. ct7 = Facteur sexualisé. ct8 = Facteur désengagé.

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$. † $p < 0,10$.

Notons que pour les modèles de régressions significatifs des facteurs critiqué/maltraité (ct1), impuissant/inadéquat (ct2) et désengagé (ct8), les contributions du trouble de la personnalité limite ne sont pas significatives (respectivement $\beta = 0,07$, $\beta = 0,07$, et $\beta = -0,07$), mais les contributions du trouble de la personnalité narcissique le sont (respectivement $\beta = 0,35$, $\beta = 0,29$, et $\beta = 0,19$). Il est aussi possible d'observer que pour le modèle de régression significatif du facteur positif/satisfait (ct3), les contributions des troubles de la personnalité limite et narcissique ne démontrent qu'une tendance statistique (respectivement $\beta = 0,16$, et $\beta = -0,16$). En consultant les corrélations semi-partielles au carré de ce modèle, il est possible de constater que la variance expliquée de façon unique par chaque variable indépendante est de 2,02 % pour le trouble de la personnalité limite, et de 2,07 % pour le trouble de la personnalité narcissique. La variance expliquée de façon partagée par les variables indépendantes dans ce modèle est de 3,31 %, ce qui représente une portion plus importante que chacune des contributions uniques et explique que les bêtas ne montrent qu'une tendance statistique (voir Tableau 6). Finalement, le modèle de régression du facteur parental/protecteur (ct4) est le seul dont les contributions des troubles de la personnalité limite et narcissique sont toutes deux significatives. Le trouble de la personnalité a une contribution positive significative ($\beta = 0,27$), et le trouble de la personnalité narcissique a une contribution négative significative ($\beta = -0,20$).

Tableau 6

Pourcentage de variance des huit facteurs du contre-transfert expliqués au total, de façon unique et partagée par l'ampleur des troubles de la personnalité limite et narcissique

	Variance unique	Variance partagée	Variance totale
Facteur critiqué/maltraité (ct1)			
tplim	0,38 %	0,37 %	10,30%
tpnarc	9,55 %		
Facteur impuissant/inadéquat (ct2)			
tplim	0,34 %	0,05 %	7,20%
tpnarc	6,81 %		
Facteur positif/satisfait (ct3)			
tplim	2,02 %	3,31 %	7,40%
tpnarc	2,07 %		
Facteur parental/protecteur (ct4)			
tplim	5,62 %	6,82 %	15,50%
tpnarc	3,06 %		
Facteur envahi/désorganisé (ct5)			
tplim	2,43 %	0 % ^a	3,00%
tpnarc	1,82 %		
Facteur spécial/surimpliqué (ct6)			
tplim	0,85 %	0 % ^a	0,90%
tpnarc	0,09 %		
Facteur sexualisé (ct7)			
tplim	1,06 %	0 % ^a	1,42 %
tpnarc	1,00 %		
Facteur désengagé (ct8)			
tplim	0,40 %	2,07 %	5,50 %
tpnarc	3,03 %		

Note. tplim = Trouble de la personnalité limite. tpnar = Trouble de la personnalité narcissique.

^a Le fait que la somme des variances uniques est supérieure à la variance totale expliquée témoigne de la présence d'au moins une variable éliminatrice. Puisque ces régressions ne sont pas significatives, leur identification n'a pas été effectuée.

* $p < 0,05$

En somme, le facteur contre-transférentiel négatif global, et plus particulièrement ses composantes critiqué/maltraité (ct1), impuissant/inadéquat (ct2), et désengagé (ct8),

semble varier positivement selon la gravité du trouble de la personnalité narcissique. En revanche, le facteur contre-transférentiel positif global, et plus particulièrement ses composantes positif/satisfait (ct3) et parental/protecteur (ct4), semble varier positivement selon la gravité du trouble de la personnalité limite et, jusqu'à un certain point, négativement selon la gravité du trouble de la personnalité narcissique. Ces résultats ne corroborent que partiellement la première hypothèse du premier volet: ils vont dans le sens prédit pour le contre-transfert négatif global, mais vont dans le sens inverse pour le contre-transfert positif global.

Pour répondre à l'objectif du deuxième volet de cette étude, des analyses exploratoires ont été effectuées afin de tester la capacité de l'organisation de la personnalité borderline à expliquer une partie supplémentaire des résultats des régressions multiples des troubles de la personnalité limite et narcissique précédemment faites sur les facteurs négatif et positif du contre-transfert. Tout d'abord, les corrélations entre le facteur sur l'organisation de la personnalité borderline et les troubles de la personnalité limite ($r = 0,41$) et narcissique ($r = 0,04$) ont été observées (voir Tableau 3). Une corrélation significative est présente avec le trouble de la personnalité limite, mais étonnamment pas avec le trouble de la personnalité narcissique.

Deux analyses de régression hiérarchique ont ensuite été effectuées, de façon respective sur les facteurs négatif et positif du contre-transfert, où l'effet de l'ajout du facteur sur l'organisation de la personnalité borderline au-delà de l'effet des variables sur

les troubles de la personnalité limite et narcissique a été testé. Les résultats sont à l'effet que l'organisation de la personnalité borderline influence positivement le contre-transfert négatif global ($\Delta R^2 = 0,07$; $R^2_{\text{tot}} = 0,15$; $\Delta F(1, 141) = 11,51$; $p = 0,001$) au-delà de l'impact des troubles de la personnalité limite et narcissique, mais n'influence pas le contre-transfert positif global ($\Delta R^2 = 0,002$; $R^2_{\text{tot}} = 0,114$; $\Delta F(1, 141) = 0,26$; $p = 0,611$). Le Tableau 7 présente les différents changements qu'apporte l'ajout du facteur sur l'organisation de la personnalité borderline au modèle de régression sur le facteur du contre-transfert négatif.

Tableau 7

Analyse de régression multiple hiérarchique des troubles de la personnalité limite, narcissique et de l'organisation de la personnalité borderline sur le facteur négatif global du contre-transfert

Variable	β	t
<u>Étape 1</u>		
Trouble de la personnalité limite	0,07	0,73
Trouble de la personnalité narcissique	0,31**	3,53
R^2		0,08**
$F(2, 148)$		6,69
<u>Étape 2</u>		
Trouble de la personnalité limite	- 0,11	- 1,16
Trouble de la personnalité narcissique	0,22*	2,48
Organisation de la personnalité borderline	0,30**	3,39
R^2		0,15**
$F(3, 141)$		8,39
ΔR^2		0,07 **
$\Delta F(1,141)$		11,51

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

L'ajout du facteur sur l'organisation de la personnalité borderline augmente donc significativement la prédiction du contre-transfert négatif global ($\Delta R^2 = 0,07$). Une bonne portion des 15,10 % de variance expliquée par le modèle hiérarchique est attribuable à la contribution unique de l'organisation de la personnalité borderline

(6,92 %). La variance expliquée de façon commune par les trois variables indépendantes s'élève quant à elle à 3,68 %.

Des analyses supplémentaires sur les portions de variance du contre-transfert négatif global expliquées de façon unique par chacun des quatre items constituant le facteur sur l'organisation de la personnalité borderline au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique ont mis en évidence les items les plus en lien avec le contre-transfert négatif global dans ce modèle. Il s'agit premièrement de l'item sur les relations d'objet ($sr^2 = 1,88$ %) et deuxièmement de l'item sur les mécanismes de défense ($sr^2 = 1,72$ %). Les deux autres items du questionnaire sur l'organisation de la personnalité borderline ne sont à peu près pas liés au contre-transfert négatif global. Il s'agit de l'item sur la diffusion de l'identité ($sr^2 = 0,02$ %) et de celui sur le contact avec la réalité ($sr^2 = 0,45$ %).

En somme, le facteur contre-transférentiel négatif global semble varier positivement selon la gravité du trouble de la personnalité narcissique et le facteur contre-transférentiel positif global semble varier positivement selon la gravité du trouble de la personnalité limite. De plus, l'organisation de la personnalité borderline influence positivement le contre-transfert négatif global au-delà de l'impact des troubles de la personnalité limite et narcissique.

Deuxième hypothèse (premier volet)

Pour vérifier la deuxième hypothèse (premier volet), selon laquelle plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique est importante, plus l'empathie spécifique des thérapeutes sera faible, deux analyses de régressions multiples ont été effectuées, une pour chaque mesure d'empathie spécifique. Parmi les 152 séries préalablement identifiées comme étant complètes, 151 ont été retenues pour l'analyse de la régression multiple faite à partir du score obtenu à l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) et 110 séries ont été retenues pour l'analyse de régression multiple faite à partir du score obtenu à l'échelle analogue d'empathie spécifique. Les séries exclues des analyses l'ont été en raison de données manquantes.

Quatrième hypothèse. Conformément à la quatrième hypothèse (deuxième volet), plus exploratoire, il était postulé que l'ajout de la variable sur l'organisation de la personnalité borderline permettrait d'expliquer une partie supplémentaire de la variance de l'empathie spécifique. Pour tester cela, deux régressions hiérarchiques ont été effectuées.

Pour les analyses de régressions multiples, la condition d'application concernant la taille de l'échantillon pour l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) et pour l'échelle analogue d'empathie spécifique a été respectée (Tabachnick & Fidell, 2007). De plus, l'absence de singularité et de multicollinéarité a

été vérifiée entre les variables indépendantes (trouble de la personnalité limite et narcissique). Les conditions de linéarité, de normalité multivariée et d'homogénéité des variances sont aussi respectées pour les deux analyses de régressions multiples. Conformément à la procédure déjà décrite, aucune donnée extrême n'a été identifiée.

Le Tableau 8 présente les résultats des analyses de régressions multiples effectuées. Les modèles réalisés à partir de l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) et l'échelle analogue d'empathie spécifique vont dans le même sens et sont tous deux significatifs (respectivement $R^2 = 0,08$ et $R^2 = 0,18$). La contribution du trouble de la personnalité limite n'est pas significative dans le modèle conçu à partir du BLRI ($\beta = - 0,07$) et elle ne démontre qu'une tendance statistique dans le modèle réalisé à partir de l'échelle analogue d'empathie spécifique ($\beta = 0,18$). En revanche, la contribution du trouble de la personnalité narcissique est significative dans les deux modèles (respectivement $\beta = - 0,31$ et $\beta = - 0,30$).

Tableau 8

Analyse de régression multiple des troubles de la personnalité limite et narcissique sur l'empathie spécifique des thérapeutes

Variable	blri		echemp	
	β	t	β	t
Trouble de la personnalité limite	-0,07	-0,84	0,18†	1,86
Trouble de la personnalité narcissique	-0,31**	-3,56	-0,30**	-3,05
R^2	0,08**		0,18**	
F (dl num, dl dénom)	(2, 148) 6,67		(2, 107) 11,40	

Note. blri = Facteur compréhension empathique. echemp = Échelle analogue d'empathie spécifique.

** $p < 0,01$. † $p < 0,10$.

À partir des corrélations semi-partielles au carré, les contributions partagée et unique ont été calculées pour les deux variables indépendantes dans ces deux modèles de régressions multiples. Il apparaît que dans le modèle réalisé à partir du BLRI, les variables indépendantes expliquent de façon commune 0,02 % de la variance de la variable dépendante, que 0,44 % de cette variance est attribuable à la contribution unique du trouble de la personnalité limite et que 7,84 % de la variance est attribuable à la contribution unique du trouble de la personnalité narcissique. Concernant le modèle réalisé à partir de l'échelle analogue d'empathie spécifique, les variables indépendantes

expliquent de façon commune 7,76 % de la variance de la variable dépendante, 2,66 % de cette variance est attribuable à la contribution unique du trouble de la personnalité limite et 7,18 % de la variance est attribuable à la contribution unique du trouble de la personnalité narcissique. Cela explique pourquoi dans ces modèles significatifs, la contribution du trouble de la personnalité limite n'est pas significative et celle du trouble de la personnalité narcissique l'est.

Dans un deuxième volet, des analyses exploratoires ont été effectuées afin de tester la capacité de l'organisation de la personnalité borderline à expliquer une partie supplémentaire des résultats des régressions multiples des troubles de la personnalité limite et narcissique réalisées sur l'empathie spécifique des thérapeutes. Deux analyses de régression hiérarchique ont été effectuées, une avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) et l'autre avec l'échelle analogue d'empathie spécifique.

Les résultats sont à l'effet que l'organisation de la personnalité borderline influence négativement l'empathie spécifique des thérapeutes au-delà de l'impact des troubles de la personnalité limite et narcissique lorsque mesuré avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI ($\Delta R^2 = 0,04$; $R^2_{\text{tot}} = 0,13$; $\Delta F(3, 141) = 6,55$; $p = 0,012$). Le modèle de régression hiérarchique réalisé à partir de l'échelle analogue d'empathie spécifique n'est cependant pas significatif ($\Delta R^2 = 0,01$; $R^2_{\text{tot}} = 0,21$; $\Delta F(3, 102) = 1,29$; $p = 0,259$).

Le Tableau 9 présente les différents changements qu'apporte l'ajout de la variable sur l'organisation de la personnalité borderline au modèle de régression réalisé avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962).

Tableau 9

Analyse de régression multiple hiérarchique des troubles de la personnalité limite, narcissique et de l'organisation de la personnalité borderline sur l'échelle de compréhension empathique du BLRI

Variable	β	t
<u>Étape 1</u>		
Trouble de la personnalité limite	- 0,07	- 0,84
Trouble de la personnalité narcissique	0,31**	3,56
R^2		0,08**
$F(2, 148)$		6,67
<u>Étape 2</u>		
Trouble de la personnalité limite	0,06	0,57
Trouble de la personnalité narcissique	- 0,27**	- 2,93
Organisation de la personnalité borderline	- 0,23*	- 2,56
R^2		0,13**
$F(1, 141)$		7,20
ΔR^2		0,04**
$\Delta F(3,141)$		6,55

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

L'ajout de la variable sur l'organisation de la personnalité borderline augmente donc significativement la prédiction de l'empathie spécifique lorsque mesurée avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI ($\Delta R^2 = 0,04$). Dans ce modèle de régression hiérarchique expliquant au total 13,29 % de la variance, les contributions uniques des variables sur le trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité narcissique et l'organisation de la personnalité borderline sont respectivement 0,20 %, 5,24 %, et 4,04 % de la variance de la variable dépendante. Les trois variables indépendantes expliquent de façon commune quant à elle 3,81 % de la variance de la variable dépendante.

Les résultats des analyses effectuées pour vérifier la deuxième hypothèse du premier volet de cette étude la confirment partiellement, puisque selon l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) et l'échelle analogue d'empathie spécifique, la contribution du trouble limite à la variance de l'échelle analogue d'empathie spécifique montre une tendance statistique positive, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse. Seul le trouble narcissique entretient, comme prévu, une relation inverse significative avec l'empathie spécifique. Il apparaît aussi que l'organisation de la personnalité borderline influence négativement l'empathie spécifique des thérapeutes au-delà de l'impact des troubles de la personnalité limite et narcissique, lorsque mesuré avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI.

Afin d'approfondir la compréhension des résultats obtenus dans la vérification des deux hypothèses principales du premier volet de cette étude, particulièrement en ce qui concerne le trouble de la personnalité limite qui est associé au contre-transfert positif et montre une tendance inverse à ce que nous prédisions concernant l'empathie spécifique des thérapeutes, nous avons réalisé une série d'analyses exploratoires. Ces analyses exploratoires s'intéressent à l'effet des troubles de la personnalité comorbide, la durée des thérapies, et l'orientation théorique de nos thérapeutes participants.

Analyses exploratoires

Troubles de la personnalité comorbide

Pour vérifier l'effet possible des troubles de la personnalité comorbide dans les résultats obtenus dans la vérification des deux hypothèses du premier volet de cette étude, des analyses exploratoires supplémentaires ont été effectuées. Vingt analyses de régressions hiérarchiques ont été effectuées afin de tester la capacité des troubles de la personnalité comorbides à expliquer une partie supplémentaire des résultats des régressions multiples des troubles de la personnalité limite et narcissique faites sur les facteurs positif et négatif globaux du contre-transfert et sur les deux mesures d'empathie spécifique des thérapeutes (l'échelle de compréhension empathique du BLRI, et l'échelle analogue d'empathie spécifique).

Tout d'abord, compte tenu des distributions originales anormales des variables sur les différents troubles de la personnalité comorbides, ces variables ont été transformées en

regroupant certaines catégories pour avoir des distributions normales compatibles avec les analyses de régressions hiérarchiques (voir Appendice K pour les histogrammes des distributions originales). Il a été choisi d'exclure les troubles de la personnalité schizoïde, schizotypique et obsessionnelle-compulsive puisque leur représentation était trop faible, le 2/3 des clients n'avaient aucun trait associé à ces troubles. Les troubles de la personnalité paranoïaque, histrionique, et dépendante ont été redistribués en quatre catégories (1 = 1 sur l'échelle originale; 2 = 2 et 3; 3 = 4; 4 = 5 et plus). Les troubles de la personnalité antisociale et évitante ont été dichotomisés en deux catégories (1 = 1; 2 = 2 et plus). Les 20 régressions hiérarchiques ont donc été effectuées en entrant les troubles de la personnalité limite et narcissique dans le modèle dans une première étape et les troubles de la personnalité comorbide (paranoïaque, antisociale, histrionique, évitante et dépendante) ont été ajoutés un à la fois aux différents modèles dans une deuxième étape. Les résultats sont présentés en quatre parties, renvoyant respectivement aux régressions hiérarchiques des différents troubles de la personnalité comorbides sur les facteurs positif et négatif globaux du contre-transfert et sur les deux mesures d'empathie spécifique des thérapeutes.

Parmi les cinq régressions hiérarchiques effectuées sur le facteur négatif global du contre-transfert, seule la régression hiérarchique effectuée avec le trouble de la personnalité paranoïaque est significative. Les résultats sont à l'effet que le trouble de la personnalité paranoïaque influence positivement le contre-transfert négatif global au-delà de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique ($\Delta R^2 = 0,08$; $R^2_{\text{tot}} =$

0,16; $\Delta F(1, 147) = 14,29$; $p = 0,000$). Il est à noter que la contribution du trouble de la personnalité paranoïaque ($\beta = 0,29$; $p = 0,000$) n'annule pas la contribution significative du trouble de la personnalité narcissique ($\beta = 0,27$; $p = 0,002$) dans ce modèle de régression hiérarchique.

Concernant les cinq régressions hiérarchiques effectuées sur le facteur positif global du contre-transfert, celles effectuées avec le trouble de la personnalité évitante et le trouble de la personnalité dépendante sont significatives. Les résultats sont à l'effet que les troubles de la personnalité évitante ($\Delta R^2 = 0,05$; $R^2_{\text{tot}} = 0,15$; $\Delta F(1, 146) = 8,60$; $p = 0,004$) et dépendante ($\Delta R^2 = 0,03$; $R^2_{\text{tot}} = 0,13$; $\Delta F(1, 147) = 4,51$; $p = 0,035$) influencent positivement le contre-transfert positif global au-delà de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique. La contribution du trouble de la personnalité évitante ($\beta = 0,23$; $p = 0,004$) n'annule pas la contribution significative du trouble de la personnalité limite ($\beta = 0,23$; $p = 0,010$) dans le modèle de régression hiérarchique. Cependant, la contribution du trouble de la personnalité dépendante ($\beta = 0,18$; $p = 0,035$) annule la contribution significative du trouble de la personnalité limite ($\beta = 0,17$; $p = 0,080$) dans le modèle de régression hiérarchique.

Quant aux cinq régressions hiérarchiques qui ont été effectuées avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI, trois des régressions hiérarchiques sont significatives. Les résultats sont à l'effet que les troubles de la personnalité antisociale ($\Delta R^2 = 0,02$; $R^2_{\text{tot}} = 0,10$; $\Delta F(1, 147) = 3,93$; $p = 0,049$), histrionique ($\Delta R^2 = 0,03$; R^2_{tot}

= 0,11; $\Delta F(1, 147) = 4,28$; $p = 0,040$) et dépendante ($\Delta R^2 = 0,43$; $R^2_{\text{tot}} = 0,13$; $\Delta F(1, 147) = 7,26$; $p = 0,008$) influencent l'empathie spécifique des thérapeutes au-delà de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique, lorsque mesurée avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI. Les contributions des troubles de la personnalité antisociale ($\beta = -0,16$; $p = 0,049$), histrionique ($\beta = 0,17$; $p = 0,040$) et dépendante ($\beta = 0,23$; $p = 0,008$) n'annulent pas les contributions significatives du trouble de la personnalité narcissique (respectivement $\beta = -0,26$; $p = 0,004$; $\beta = -0,34$; $p = 0,000$; $\beta = -0,35$; $p = 0,000$). Il est cependant intéressant d'observer que dans la régression hiérarchique qui a été effectuée avec le trouble de la personnalité dépendante, l'ajout de ce trouble à l'équation de régression rend la contribution du trouble de la personnalité limite significative et négative ($\beta = -0,20$; $p = 0,05$). Cela signifie que le trouble dépendant agit en tant que variable éliminatrice.

Parmi les cinq régressions hiérarchiques effectuées avec l'échelle analogue d'empathie spécifique, il n'y a que la régression hiérarchique qui a été effectuée avec le trouble de la personnalité dépendante qui est significative ($\Delta R^2 = 0,07$; $R^2_{\text{tot}} = 0,24$; $\Delta F(1, 106) = 9,37$; $p = 0,003$). La contribution du trouble de la personnalité dépendante ($\beta = 0,29$; $p = 0,003$) annule la tendance qu'il était possible d'observer avec le trouble de la personnalité limite ($\beta = 0,03$; $p = 0,752$), mais n'annule pas la contribution significative du trouble de la personnalité narcissique ($\beta = -0,39$; $p = 0,000$).

Les résultats obtenus suggèrent que quelque chose est partagé par les troubles de la personnalité limite et dépendante, puisque la contribution du trouble de la personnalité dépendante influence à la baisse, de façon importante, la contribution du trouble de la personnalité limite dans la majorité des régressions hiérarchiques qui ont été effectuées avec le trouble de la personnalité dépendante. Pour distinguer s'il s'agit simplement de variance partagée ou plutôt du fait que l'impact de la gravité du trouble de la personnalité limite dépend de la gravité du trouble de la personnalité dépendante concomitant, l'effet de l'interaction trouble de la personnalité limite x trouble de la personnalité dépendante sur le contre-transfert et l'empathie a ensuite été testé dans une série de quatre régressions hiérarchiques. Les résultats indiquent que l'effet d'interaction trouble de la personnalité limite x trouble de la personnalité dépendante n'est significatif pour aucune des régressions hiérarchiques effectuées sur les facteurs négatif et positif globaux du contre-transfert, sur l'échelle de compréhension empathique du BLRI et sur l'échelle analogue d'empathie spécifique (respectivement $\Delta F(2, 145) = 1,22; p = 0,299$, $\Delta F(2, 145) = 0,25; p = 0,778$, $\Delta F(2, 145) = 2,05; p = 0,133$, et $\Delta F(2, 104) = 1,47; p = 0,235$). Ces résultats suggèrent que les facettes du trouble de la personnalité limite qui se recoupent avec celles du trouble de la personnalité dépendante (variance partagée) sont impliquées dans l'effet positif exercé par la gravité du trouble de la personnalité limite sur le contre-transfert positif global et l'empathie spécifique dans les régressions multiples initiales.

Durée de la thérapie

Pour vérifier l'effet possible de la durée des thérapies dans les résultats obtenus dans la vérification des deux hypothèses du premier volet de la présente étude, des analyses exploratoires supplémentaires ont été effectuées. Quatre analyses de régressions hiérarchiques ont été effectuées afin de tester la capacité de la durée des thérapies (variant de: moins de 3 mois, entre 3 et 6 mois, entre 6 mois et 1 an, entre 1 et 2 ans, entre 2 et 3 ans, entre 3 et 5 ans, plus de 5 ans) à expliquer une partie supplémentaire des résultats des régressions multiples des troubles de la personnalité limite et narcissique faites sur les facteurs positif et négatif globaux du contre-transfert et sur les deux mesures d'empathie spécifique des thérapeutes (l'échelle de compréhension empathique du BLRI, et l'échelle analogue d'empathie spécifique). Notons qu'aucune modification n'a été apportée à la variable sur la durée des thérapies puisque les réponses sont distribuées normalement (voir appendice L).

Les résultats des régressions hiérarchiques sont à l'effet que la durée des thérapies n'influence pas le contre-transfert négatif global ($\Delta R^2 = 0,00$; $R^2_{\text{tot}} = 0,08$; $\Delta F(1, 137) = 0,05$; $p = 0,833$) au-delà des de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique. Les analyses faites avec le contre-transfert positif global ($\Delta R^2 = 0,02$; $R^2_{\text{tot}} = 0,13$; $\Delta F(1, 137) = 2,80$; $p = 0,097$) démontrent une tendance statistique positive. Concernant l'empathie spécifique, les résultats indiquent que la durée des thérapies influence positivement l'empathie spécifique des thérapeutes au-delà de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique, lorsque mesurée avec l'échelle de compréhension

empathique du BLRI ($\Delta R^2 = 0,06$; $R^2_{\text{tot}} = 0,15$; $\Delta F(1, 137) = 9,93$; $p = 0,002$). Dans ce modèle de régression hiérarchique, la contribution de la durée des thérapies ($\beta = 0,25$; $p = 0,002$) n'annule pas la contribution significative du trouble de la personnalité narcissique ($\beta = -0,35$; $p = 0,000$). L'effet d'interaction a aussi été testé entre les troubles de la personnalité limite et narcissique et la durée des thérapies dans ce modèle de régression hiérarchique, et les résultats démontrent que l'effet d'interaction n'est pas significatif ($\Delta F(2, 135) = 1,82$; $p = 0,167$). Finalement, la régression hiérarchique qui a été effectuée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique ne démontre qu'une tendance statistique ($\Delta R^2 = 0,03$; $R^2_{\text{tot}} = 0,20$; $\Delta F(1, 96) = 2,91$; $p = 0,088$).

Ces résultats d'analyses exploratoires sur la durée des thérapies nous indiquent que plus la durée des thérapies est importante, plus le contre-transfert positif tend statistiquement à être élevé, et plus l'empathie spécifique des thérapeutes est significativement élevée. Dans les deux cas, toutefois, l'ajout de la durée des thérapies n'influence pas le comportement des troubles de la personnalité limite et narcissique dans les régressions: l'effet positif du trouble limite sur le contre-transfert positif continue d'être significatif alors que celui du trouble narcissique ne l'est pas; l'effet négatif du trouble narcissique sur l'empathie spécifique continue d'être significatif alors que celui du trouble limite ne l'est pas. De plus, l'effet des troubles limite et narcissique n'est pas différent selon la durée de la thérapie puisque les interactions se sont révélées non significatives. Il s'agit donc simplement d'un effet additif qui suggère que plus la thérapie dure depuis longtemps, plus le contre-transfert et l'empathie spécifique sont

élevés.

Orientation théorique

Pour vérifier l'effet possible de l'orientation théorique des thérapeutes participants dans les résultats obtenus dans la vérification des deux hypothèses du premier volet, des analyses exploratoires supplémentaires ont été réalisées. Les analyses de régressions multiples sur les facteurs négatifs et positifs globaux du contre-transfert et sur les deux mesures d'empathie spécifique (l'échelle de compréhension empathique du BLRI, et l'échelle analogue d'empathie spécifique) ont été refaites en ne ciblant à tour de rôle que les thérapeutes d'orientation théorique psychodynamique et que les thérapeutes d'orientation théorique cognitivo comportementaux.

Les résultats démontrent que le lien entre la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique et le contre-transfert négatif global est significatif chez les psychodynamiciens ($R^2 = 0,22$; $n = 48$; $p = 0,003$) mais pas chez les cognitivo comportementaux ($R^2 = 0,01$; $n = 58$; $p = 0,751$). Dans la régression significative, seule la contribution (négative) du trouble narcissique est significative. À l'inverse, le lien entre la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique et le contre-transfert positif global est significatif chez les cognitivo comportementaux ($R^2 = 0,19$; $n = 58$; $p = 0,004$) mais pas chez les psychodynamiciens ($R^2 = 0,05$; $n = 48$; $p = 0,331$). Dans la régression significative, seule la contribution (positive) du trouble limite est significative. Les résultats des régressions multiples qui ont été effectuées sur les deux mesures

d'empathie spécifique montrent des patrons qui varient en partie selon les approches. Avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI, le lien observé est significatif chez les psychodynamiciens ($R^2 = 0,20$; $n = 48$; $p = 0,007$) mais pas chez les cognitivo comportementaux ($R^2 = 0,08$; $n = 58$; $p = 0,109$). Avec l'échelle analogue d'empathie spécifique, le lien observé apparaît plus fort chez les cognitivo comportementaux ($R^2 = 0,35$; $n = 41$; $p = 0,000$) que chez les psychodynamiciens ($R^2 = 0,19$; $n = 39$; $p = 0,021$). Dans toutes les régressions significatives sur l'empathie spécifique, seule la contribution (négative) du trouble narcissique est significative.

Les résultats de ces analyses exploratoires sur l'effet de l'orientation théorique des thérapeutes indiquent donc que le lien entre la gravité du trouble narcissique et l'intensité du contre-transfert négatif n'existe que chez les thérapeutes d'orientation théorique psychodynamique et que le lien entre la gravité du trouble limite et l'intensité du contre-transfert positif n'existe que chez les thérapeutes d'orientation théorique cognitivo comportementale. Par ailleurs, l'empathie spécifique des thérapeutes des deux orientations montre un lien négatif avec la gravité du trouble narcissique, bien qu'on observe des variations de taille d'effet selon la mesure utilisée. La section Résultats se poursuit maintenant avec la vérification de l'hypothèse relative au troisième volet de cette étude.

Cinquième hypothèse (troisième volet)

Pour vérifier la cinquième hypothèse (troisième volet) de la présente étude, selon laquelle il est possible de prédire le contre-transfert des thérapeutes sur la base de leur empathie générale, des analyses de régressions multiples ont aussi été effectuées. Les 152 séries préalablement identifiées comme étant complètes ont été incluses dans ces analyses de régressions multiples. Les conditions d'application concernant la taille de l'échantillon, et l'absence de singularité et de multicollinéarité entre les variables indépendantes ont été vérifiées et sont respectées. Les conditions de linéarité, de normalité multivariée et d'homogénéité des variances ont aussi été respectées pour les deux analyses de régressions multiples. Conformément à la procédure déjà décrite, aucune donnée extrême n'a été identifiée.

Le Tableau 10 présente les résultats de ces deux analyses de régression multiples. Il est possible d'observer que le modèle expliquant le facteur négatif global du contre-transfert ($R^2 = 0,05$) présente une tendance statistique et que le modèle expliquant le facteur positif global du contre-transfert est significatif ($R^2 = 0,10$). Pour ces deux modèles, seule la première échelle du IRI (Davis, 1980), l'échelle sur les fantaisies, a une contribution significative ($\beta = 0,25$ pour le facteur négatif global et $\beta = 0,26$ pour le facteur positif global).

Tableau 10

Analyse de régression multiple de l'empathie générale des thérapeutes sur les facteurs négatif et positif du contre-transfert

Variable	Facteur négatif		Facteur positif	
	β	t	β	t
iri1	0,25**	2,46	0,26*	2,62
iri2	0,04	0,35	0,07	0,56
iri3	-0,10	-0,87	0,05	0,44
iri4	0,09	0,98	0,13	1,38
R^2	0,05†		0,10**	
$F(4, 147)$	2,02		4,20	

Note. iri1 = Facteur fantaisies. iri2 = Facteur adaptation contextuelle. iri3 = Facteur souci empathique. iri4 = Facteur détresse personnelle.

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$. † $p < 0,10$.

Pour mieux comprendre ces résultats indiquant qu'une seule des quatre variables indépendantes a une contribution significative dans ce modèle qui explique 10,30 % de la variance de la variable dépendante (facteur positif global du contre-transfert), les variances uniques et partagées des variables indépendantes ont été calculées à partir des corrélations semi-partielles au carré (voir Tableau 11).

Tableau 11

Pourcentage de variance du facteur positif global expliqué par des échelles d'empathie générale au total, de façon unique et partagée

Variable	Variance unique	Variance partagée	Variance totale
iri1	4,20 %	4,62 %	10,30 %
iri2	0,19 %		
iri3	0,12 %		
iri4	1,17 %		

Note. iri1 = Facteur fantaisies. iri2 = Facteur adaptation contextuelle. iri3 = Facteur souci empathique. iri4 = Facteur détresse personnelle.

* $p < 0,05$

Le Tableau 11 indique que l'échelle de fantaisies du IRI (Davis, 1980) explique à elle seule 4,20 % du modèle, mais qu'un pourcentage important (4,62 %) est expliqué de façon partagée par les quatre échelles du IRI (Davis, 1980). Ceci ne laisse que 1,48 % du modèle expliqué par les variances uniques des 3 autres variables.

De façon exploratoire, des analyses supplémentaires de régressions hiérarchiques ont été effectuées afin de vérifier si l'empathie générale des thérapeutes explique l'intensité des contre-transferts négatif et positif au-delà de la contribution de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique. Les résultats obtenus démontrent une tendance statistique de l'empathie générale sur le contre-transfert négatif global des thérapeutes au-delà de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique ($\Delta R^2 = 0,06$; $R^2_{\text{tot}} = 0,14$; $\Delta F(4, 144) = 2,34$; $p = 0,058$) et démontrent que l'empathie générale

des thérapeutes influence significativement le contre-transfert positif global au-delà de l'effet des troubles de la personnalité limite et narcissique ($\Delta R^2 = 0,10$; $R^2_{\text{tot}} = 0,20$; $\Delta F(4, 144) = 4,38$; $p = 0,002$). Par ailleurs, l'échelle sur les fantaisies est toujours la seule de l'instrument dont la contribution unique, positive, est significative sur le contre-transfert négatif ($\beta = 0,25$) et positif ($\beta = 0,23$) des thérapeutes.

Analyse de profils

Sixième hypothèse (quatrième volet)

Pour vérifier la sixième hypothèse (quatrième volet) de l'étude, qui était de dégager un profil de réponses contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite et de reproduire celui déjà établi par Betan et Westen (2009) (Betan, et al., 2005) pour les thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité narcissique, pour ensuite contraster ces deux profils, une analyse de profils a été réalisée. Parmi les 152 séries préalablement identifiées comme étant complètes, 118 ont été incluses dans les analyses, dont 78 renvoient aux clients présentant exclusivement un trouble de la personnalité limite, c'est-à-dire ne démontrant pas en même temps un trouble de personnalité narcissique, et 40 aux clients présentant exclusivement un trouble de la personnalité narcissique, n'étant donc pas accompagné d'un trouble limite concomitant. De ce fait, les 15 séries qui font référence aux clients présentant à la fois un trouble de la personnalité limite et narcissique n'ont pas été incluses pour faciliter la mise en relief des deux profils. De plus, les séries qui réfèrent à des clients qui ne présentent qu'un trait limite ou narcissique ont

également été laissées de côté. Notons toutefois que leur inclusion donne des résultats en tous points similaires à ceux présentés ci-dessous et qui mènent aux mêmes conclusions. Enfin, puisque l'organisation de la personnalité borderline recoupe autant les clients qui montrent des troubles de la personnalité limite que narcissique et que le but de la présente étude est justement de contraster l'effet de ces deux troubles sur le contre-transfert, cette catégorie n'a pu être incluse dans les analyses puisque toutes les séries doivent être indépendantes (un même client ne peut être inclus, par exemple, dans le trouble de la personnalité narcissique et dans l'organisation de la personnalité borderline).

Sur la Figure 1, il est possible d'observer que les profils de réponses contre-transférentielles dégagés à partir des troubles de la personnalité limite et narcissique sont sensiblement différents. Effectivement, les clients ayant un trouble de la personnalité limite semblent principalement susciter un contre-transfert positif/satisfait (ct3), et parental/protecteur (ct4) plus élevé que ne le font les clients ayant un trouble narcissique. En retour, les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique semblent quant à eux susciter un contre-transfert critiqué/maltraité (ct1), impuissant/inadéquat (ct2), et désengagé (ct8) plus élevé que ne le font les clients présentant un trouble de la personnalité limite.

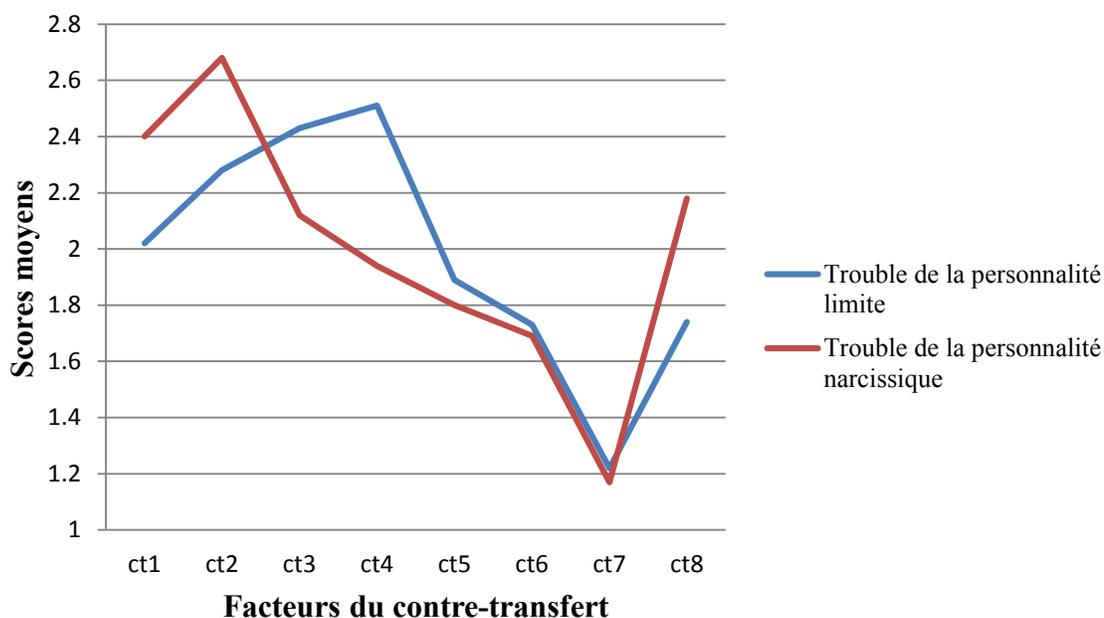


Figure 2. Profils de réponses contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique.

Note. ct1 = Facteur critiqué/maltraité. ct2 = Facteur impuissant/inadéquat. ct3 = Facteur positif/satisfait. ct4 = Facteur parental/protecteur. ct5 = Facteur envahi/désorganisé. ct6 = Facteur spécial/surimpliqué. ct7 = Facteur sexualisé. ct8 = Facteur désengagé.

Le test d'aplanissement (« flatness test ») révèle que la moyenne des scores pour les deux profils de réponses contre-transférentielles, associés aux troubles de la personnalité limite et narcissique, varie en amplitude d'un facteur à l'autre (Lambda de Wilks = 0,132; $F(7, 110) = 103,1$; $p < 0,001$). En d'autres termes, le résultat de ce test indique que le profil moyen constitué à partir de l'agglomération des clients des deux troubles montre des crêtes et des creux, qu'il n'est pas plat, que les réponses contre-transférentielles varient en intensité d'un facteur à l'autre. Ce résultat fait partie des tests

effectués par défaut lors du lancement d'une analyse de profil. Il n'est cependant pas pertinent dans le contexte spécifique de la vérification de l'hypothèse postulé dans le quatrième volet, ce pourquoi il ne sera pas exploré plus avant.

Le test de parallélisme révèle quant à lui que les profils des troubles de la personnalité limite et narcissique montrent des différences significatives (Lambda de Wilks = 0,716; $F(7, 110) = 6,228$; $p < 0,001$). En d'autres termes, les deux profils ne sont pas parallèles, c'est-à-dire que les crêtes et les creux ne sont pas observés sur les mêmes facteurs pour les deux profils.

Finalement, selon le test intersujet, le trouble de la personnalité limite n'entraîne pas plus de réactions contre-transférentielles chez les thérapeutes que le trouble de la personnalité narcissique, et vice-versa. Autrement dit, sur la moyenne de tous les facteurs, il n'y a pas un trouble de la personnalité qui entraîne un contre-transfert plus élevé que l'autre ($F(1, 116) = 0,082$; $p = 0,775$).

Afin d'identifier les facteurs particuliers sur lesquels les profils diffèrent, une série de huit ANOVAs supplémentaires a été effectuée (voir Tableau 12).

Tableau 12

Analyse de variance des facteurs contre-transférentiels selon le trouble de la personnalité limite ou narcissique

Source de variation	Moyenne limite	Moyenne narcissique	F(1, 116)
ct1: Facteur critiqué/maltraité	2,02	2,40	9,48**
ct2: Facteur impuissant/inadéquat	2,28	2,68	7,92**
ct3: Facteur positif/satisfait	2,43	2,12	5,16*
ct4: Facteur parental/protecteur	2,51	1,94	16,59**
ct5: Facteur envahi/désorganisé	1,89	1,80	0,62
ct6: Facteur spécial/surimpliqué	1,73	1,69	0,11
ct7: Facteur sexualisé	1,22	1,17	0,68
ct8: Facteur désengagé	1,74	2,18	8,73**

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

Les résultats démontrent que les facteurs 3 (positif/satisfait) et 4 (parental/protecteur) sont significativement plus élevés avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite. Les résultats démontrent que les facteurs 1 (critiqué/maltraité), 2 (impuissant/inadéquat), et 8 (désengagé) sont significativement plus élevés avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité narcissique. Il est aussi possible de constater que les moyennes du facteur 7 (sexualisé) sont faibles (tout près de 1 = aucunement vrai) sur les deux profils de réponses contre-transférentielles présentés.

Pour comparer le profil de réponses contre-transférentielles obtenu avec celui qu'avait mis en évidence Betan et al. (2005) pour le trouble de la personnalité narcissique, les 30 items identifiés par ces auteurs comme étant les plus descriptifs de ce trouble ont été associés avec leurs facteurs contre-transférentiels respectifs (voir Tableau 13).

Parmi les 30 items identifiés par Betan et al. (2005) comme étant les plus descriptifs du contre-transfert avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité narcissique, 14 items renvoient au facteur 1 (hostile/maltraité), trois items au facteur 2 (impuissant/inadéquat), trois items au facteur 5 (envahi/désorganisé), un item au facteur 6 (spécial/surimpliqué), un item au facteur 7 (sexualisé), trois items au facteur 8 (désengagé), et cinq items à aucun des 8 facteurs. Les 2/3 de ces items font donc référence aux facteurs 1 (hostile/maltraité), 2 (impuissant/inadéquat), et 8 (désengagé), ce qui correspond aux résultats d'analyse de profils de la présente étude concernant les facteurs significativement en lien avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique, comparativement au trouble limite. Par contre, aucune différence significative n'est observée sur le facteur 5, dont plusieurs items sont pourtant identifiés par Betan et al. (2005) comme étant descriptifs du trouble narcissique. En somme, un recoupement important est observé entre les résultats de Betan et al. (2005) concernant le profil contre-transférentiel des thérapeutes en lien avec des clients présentant un trouble narcissique et les résultats de la présente étude.

Conformément aux objectifs de l'étude, l'analyse de profil a aussi permis de dégager un profil de réponses contre-transférentielles en lien avec le trouble de la personnalité limite. Tel que détaillé ci-dessus, ce profil se distingue substantiellement de celui identifié en lien avec le trouble de la personnalité narcissique.

Tableau 13

Items du Questionnaire sur le contre-transfert les plus descriptifs (en ordre croissant d'importance) avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique et facteurs associés selon l'étude de Betan et al. (2005)

Items (numéro de l'item dans le questionnaire)	Facteurs
1. Je me sens agacé/e dans les séances avec lui/elle. (8)	1
2. Je me sens utilisé/e ou manipulé/e par lui/elle. (33)	1
3. Je perds patience avec lui/elle. (48)	9
4. Je me sens maltraité/e ou abusé/e par lui/elle. (46)	1
5. J'ai du ressentiment en travaillant avec lui/elle. (57)	1
6. Je parle de lui/elle avec mon conjoint/e ou quelqu'un de significatif davantage que de mes autres patients. (79)	6
7. J'ai le sentiment de « marcher sur des œufs » en sa présence. Je crains que si je dis un mot de travers, il/elle explosera, s'effondrera ou prendra la porte. (34)	1
8. Quand je vérifie mes messages téléphoniques, je ressens de l'anxiété ou une crainte qu'il y en ait un de lui/elle. (60)	5
9. Je ne me sens pas apprécié(e) par lui/elle. (63)	1
10. J'éprouve parfois de l'antipathie à son égard. (2)	1
11. Je dois m'arrêter de dire ou de faire quelque chose d'agressif ou de critique. (39)	9
12. Mon esprit s'égare souvent vers des choses autres que ce dont il/elle parle. (25)	8
13. Je me sens critiqué/e par lui/elle. (12)	1
14. Je me sens fâché/e contre lui/elle. (15)	1
15. Je regarde l'horloge avec lui/elle davantage qu'avec mes autres patients. (75)	8
16. Je m'enrage contre lui/elle. (27)	1
17. J'appréhende les séances avec lui/elle. (13)	1
18. Je me sens rejeté/e ou dévalué/e. (6)	1
19. J'ai l'impression d'être méchant(e) ou cruel(le) à son endroit. (44)	1
20. Je me sens désespéré/e quand je travaille avec lui/elle. (52)	2

21. Je sens de la tension sexuelle dans la pièce. (61)	7
22. Je fantasme ou pense à mettre fin au traitement. (58)	9
23. Je m'ennuie dans les séances avec lui/elle. (16)	8
24. Je souhaiterais ne jamais l'avoir pris/e comme patient/e. (5)	1
25. Je me sens interchangeable – que je pourrais être n'importe qui pour lui/elle. (38)	9
26. Je ne me sens pas complètement engagé/e dans les séances avec lui/elle. (26)	5
27. Je retourne ses appels téléphoniques moins rapidement que je le fais avec mes autres patients. (70)	5
28. Je me sens comme si j'avais les mains liées ou comme si j'étais terriblement coincé/e. (59)	2
29. Je me sens envieux/se, ou compétitif/ve avec lui/elle. (20)	9
30. Je me sens frustré/e dans les séances avec lui/elle. (22)	2

Note. Facteur 1 = hostile/maltraité. Facteur 2 = impuissant/inadéquat. Facteur 5 = envahi/désorganisé. Facteur 6 = spécial/surimpliqué. Facteur 7 = sexualisé. Facteur 8 = désengagé. Facteur 9 = items n'appartenant à aucun facteur en raison de coefficients de saturation trop faibles.

Discussion

Première hypothèse (premier volet)

La première hypothèse du premier volet de cette étude postule que plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique est importante, plus des réactions contre-transférentielles négatives et intenses seront observées chez les thérapeutes. Les résultats indiquent que plus la gravité du trouble de la personnalité limite est importante, plus le facteur contre-transférentiel positif global est élevé, particulièrement ses composantes positif/satisfait et parental/protecteur. Ces résultats n'appuient pas la première hypothèse puisque plus les facettes limites sont importantes chez les clients, qu'ils aient un trouble ou des traits de la personnalité limite, narcissique ou les deux, plus le contre-transfert positif des thérapeutes augmente en intensité. En revanche, les résultats indiquent que plus la gravité du trouble de la personnalité narcissique est importante, plus le facteur contre-transférentiel négatif global, particulièrement ses composantes critiqué/maltraité, impuissant/inadéquat, et désengagé, est élevé. Ces résultats appuient la première hypothèse puisque plus les facettes narcissiques sont importantes chez les clients, qu'ils aient un trouble ou des traits de la personnalité limite, narcissique ou les deux, plus le contre-transfert négatif des thérapeutes augmente en intensité. Dans l'ensemble, ces résultats ne corroborent donc que partiellement la première hypothèse du premier volet.

En plus de ne pas corroborer la première hypothèse, les résultats relatifs à la gravité du trouble de la personnalité limite décrits ci-dessus vont à l'encontre de ceux obtenus

par Betan et al. (2005) à l'effet que le nombre de critères diagnostiques du groupe B (théâtral-émotif), comprenant notamment le trouble de la personnalité limite, est négativement corrélé avec un contre-transfert positif. Il faut toutefois considérer que Betan et ses collaborateurs (2005) ont étudié le contre-transfert des thérapeutes en lien avec le groupe B (théâtral-émotif), sans faire de distinction entre les différents troubles de la personnalité que ce groupe comprend. En fait, seul le facteur spécial/surimpliqué a été spécifiquement mis en lien avec le trouble de la personnalité limite. Les sept autres facteurs contre-transférentiels identifiés dans leur étude n'ont pas été étudiés en relation directe avec le trouble de la personnalité limite. Ainsi, ils n'ont pu s'attarder aux possibles liens positifs entre les facteurs positif/satisfait et parental/protecteur et la gravité du trouble de la personnalité limite tel qu'observé dans la présente étude. Il est aussi possible que cet effet ait pu être masqué par la présence de liens plus forts entre ces derniers facteurs et les critères diagnostiques des autres troubles de la personnalité faisant partie du groupe B (théâtral - émotif; narcissique, histrionique, antisociale)

Mis à part l'étude de Betan et al. (2005), qui présente le plus de points communs avec la présente étude sur le plan méthodologique, d'autres études empiriques ont été recensées sur les liens entre le contre-transfert et la gravité du trouble de la personnalité limite. Là encore, leurs résultats divergent de ceux de la présente étude. Premièrement, l'étude de Rossberg et al. (2007) a démontré que les clients faisant partie des groupes A (bizarre-excentrique) et B (théâtral-émotif) des troubles de la personnalité du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), dont la plupart remplissaient les critères

pour le trouble de la personnalité limite, évoquent chez les thérapeutes des réactions contre-transférentielles significativement plus négatives, et moins positives que les clients faisant partie du groupe C (anxieux-craintif). Plus spécifiquement, les thérapeutes ont rapporté se sentir plus confiants, moins sur leurs gardes, moins envahis et moins inadéquats envers les clients faisant partie du groupe C (anxieux - craintif), en comparaison avec ceux faisant partie des groupes A (bizarre - excentrique) et B (théâtral - émotif) des troubles de la personnalité.

Bien que les réactions contre-transférentielles des thérapeutes en lien avec le groupe C (anxieux-craintif) n'aient pas été évaluées dans la présente étude et qu'il ne soit donc pas possible d'effectuer de comparaisons entre les réactions des thérapeutes travaillant avec le groupe B (théâtral - émotif) et le groupe C (anxieux - craintif) des troubles de la personnalité, il apparaît vraisemblable que les résultats de Rossberg, et al. (2007) ne vont pas dans le sens des résultats de la présente étude qui indique plutôt que la gravité du trouble de la personnalité limite est positivement liée avec le contre-transfert positif global. Par ailleurs, il est plausible qu'ici aussi le choix d'étudier l'impact des troubles de la personnalité par groupe (A, B et C) plutôt que séparément ait pu influencer les résultats obtenus par Rossberg, et al. (2007), ne permettant pas d'établir un lien positif entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif.

Deuxièmement, McIntyre et Schwartz (1998) indiquent que l'expérience contre-transférentielle vécue avec une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite en est

une de dominance, d'hostilité, de compétition, de manque de confiance et de détachement. Cette description correspond davantage aux facteurs qui constituent le facteur de contre-transfert négatif global dans la présente étude (comprenant les facteurs critiqué/maltraité, impuissant/inadéquat, envahi/désorganisé et désengagé). Toutefois, tel que détaillé dans le contexte théorique, les instruments utilisés par McIntyre et Schwartz (1998) pour mesurer le contre-transfert n'étaient pas aussi spécifiques que le CQ, l'instrument utilisé dans la présente étude et dans celle de Betan et al. (2005). Il est possible que ce choix d'instruments de mesure, où plusieurs facettes sont résumées dans un même item, ait contribué à générer des résultats différents de ceux obtenus dans la présente étude. De plus, les thérapeutes participant à l'étude de McIntyre et Schwartz (1998) devaient répondre à différents questionnaires suite au visionnement d'un extrait vidéo d'un client fictif. Il est plausible que les réactions contre-transférentielles d'un thérapeute face à un client fictif soient moins complexes et réalistes que celles d'un thérapeute face à un client réel et rencontré plus d'une fois par le thérapeute.

Troisièmement, Greene, Rosenkrantz, et Muth (1986) ont mené une étude dans laquelle la gravité du trouble de la personnalité limite du client, le contre-transfert du thérapeute et l'évaluation du thérapeute par le client ont été mis en lien. Leurs résultats sont à l'effet que les réactions contre-transférentielles rapportées par les thérapeutes reflètent l'évaluation que leurs clients ont faite d'eux, et s'intensifient avec la gravité du trouble de la personnalité limite du client. Il faut toutefois noter que le contre-transfert n'est alors étudié que du point de vue de son intensité, et non pas de sa nature négative

ou positive. Cependant, les résultats de cette étude corroborent en partie les résultats de la présente étude, puisqu'il apparaît que le contre-transfert est plus important plus le trouble de la personnalité l'est. Aucune autre étude empirique ne permet de corroborer les résultats obtenus dans la présente étude quant au contre-transfert positif global en lien avec la gravité du trouble de la personnalité limite.

En somme, la totalité des études empiriques recensées sur les liens entre le trouble de la personnalité limite et le contre-transfert suggère que ce trouble de la personnalité est associé à des réactions contre-transférentielles négatives chez les thérapeutes. Les résultats de la présente étude indiquent toutefois que la gravité du trouble de la personnalité limite est liée à des réactions contre-transférentielles positives chez les thérapeutes, plus précisément aux facteurs positif/satisfait et parental/protecteur. Différents éléments susceptibles d'éclairer cette disparité sont discutés ci-dessous.

Tout d'abord, il est reconnu qu'il existe une forte comorbidité entre les troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al, 2013; Kernberg & Caligor 2005; PDM Task Force, 2006). Il est donc probable que les clients présentant un trouble de la personnalité limite puissent aussi présenter un trouble de la personnalité comorbide, par exemple un trouble de la personnalité faisant partie du groupe C (anxieux - craintif) et que les facettes de cet autre trouble puissent teinter positivement les réactions contre-transférentielles des thérapeutes.

Des analyses exploratoires précédemment présentées sur les troubles de la personnalité comorbides indiquent que la gravité des troubles de la personnalité évitante et dépendante influence positivement le contre-transfert positif au-delà de la contribution de la gravité du trouble de la personnalité limite. Concernant la gravité du trouble de la personnalité évitante, sa contribution n'annule pas la contribution de la gravité du trouble de la personnalité limite qui demeure statistiquement significative dans la prédiction du contre-transfert positif. Autrement dit, l'effet de la gravité du trouble de la personnalité évitante est indépendant et seulement additif, c'est-à-dire que les facettes du trouble de la personnalité évitante liées au contre-transfert positif ne sont pas des facettes partagées avec le trouble de la personnalité limite. Compte tenu de cela, le trouble de la personnalité évitante comorbide ne permet pas d'expliquer le lien positif entre la gravité de trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif qui est observé dans la présente étude.

Concernant la gravité du trouble de la personnalité dépendante, sa contribution rend la contribution de la gravité du trouble de la personnalité limite statistiquement non significative dans la prédiction du contre-transfert positif. Cela suggère que les facettes du trouble de la personnalité limite qui recourent celles du trouble de la personnalité dépendante sont responsables de l'effet positif de la gravité du trouble de la personnalité limite sur le contre-transfert positif des thérapeutes. L'absence d'effet d'interaction de ces deux troubles sur le contre-transfert positif confirme d'ailleurs que la contribution de la gravité du trouble de la personnalité limite sur le contre-transfert positif des

thérapeutes est due à aux facettes qu'il partage avec le trouble de la personnalité dépendante et ne varie pas selon la gravité du trouble de la personnalité dépendante comorbide.

Le trouble de la personnalité dépendante est un des plus prévalents troubles de la personnalité dans la population clinique psychiatrique (American Psychiatric Association, 2003; Bornstein, 2012). De plus, différentes études suggèrent que les personnes présentant un trouble de la personnalité dépendante induisent des réactions contre-transférentielles positives chez les thérapeutes. Bornstein et Cecero (2000) ont conduit une méta-analyse incluant 18 études menées sur les liens entre le trouble de la personnalité dépendante et l'*Inventaire NEO* (Costa & McCrae, 2008), un outil mesurant cinq dimensions de la personnalité. Cette méta-analyse indique que le trouble de la personnalité dépendante est positivement associé avec la dimension d'agréabilité de l'*Inventaire NEO*, qui réfère à la tendance d'une personne à être agréable et sympathique. Cependant, certains auteurs questionnent la relation entre le trouble de la personnalité dépendante et le facteur d'agréabilité de l'*Inventaire NEO*, car cette relation n'apparaît pas dans toutes les études (Disney, 2013; Lowe, Edmundson, & Widiger, 2009).

Les personnes présentant un trouble de la personnalité dépendante sont aussi définies comme des personnes coopérantes, consciencieuses, capables d'introspection et capables de reconnaître le rôle qu'elles jouent dans les difficultés qu'elles vivent (Bornstein, 2005, 2012). Ces caractéristiques contribuent au fait qu'elles se retrouvent parmi les clients

avec lesquels les thérapeutes préfèrent travailler (Bornstein, 2012). De plus, elles sont moins enclines que les personnes ayant un trouble de la personnalité appartenant au groupe B (théâtral-émotif) d'adopter des comportements autodestructeurs (Lowe et al., 2009) qui sont susceptibles d'induire des réactions contre-transférentielles négatives chez les thérapeutes (Gabbard & Wilkinson, 2000).

Mis à part l'effet positif de la gravité de certains troubles de la personnalité comorbides sur le contre-transfert positif des thérapeutes, il est possible que les résultats de la présente étude associant positivement la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif soient en partie dus à un biais d'échantillonnage et à l'hétérogénéité du diagnostic même de trouble de la personnalité limite (Clarkin 2006; Clarkin, Hull, & Hurt, 1993; Critchfield, Clarkin, Levy, & Kernberg, 2008; Lezenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, & Levy, 2008). En effet, il semble vraisemblable que dans l'échantillon de la présente étude, les clients dont le trouble de la personnalité limite est le plus grave présentent peu de facettes narcissiques et correspondent par conséquent à certains sous-types de trouble de la personnalité limite identifiés empiriquement comme présentant moins de facettes narcissiques (groupe 1; Lezenweger et al., 2008, et groupe C; Critchfield et al., 2008). Il est plausible que ces sous-types de trouble de la personnalité limite génèrent des réactions contre-transférentielles plus positives chez les thérapeutes. Le raisonnement complet sur lequel s'appuie cette piste explicative est clairement détaillé ci-dessous.

Tout d'abord, concernant le biais d'échantillonnage, il est utile de rappeler que la procédure de la présente étude invitait les thérapeutes à réfléchir tour à tour à un client présentant un trouble de la personnalité limite et à un client présentant un trouble de la personnalité narcissique. Il semble que cela ait mené les thérapeutes à réfléchir à des clients présentant très peu de facettes en communs, ce qui apparaît surprenant considérant que ces deux troubles de la personnalité reposent sur une organisation commune de la personnalité borderline et présentent des facettes qui se recoupent jusqu'à un certain point (Kernberg & Caligor, 2005). Plus précisément, la corrélation entre les troubles de la personnalité limite et narcissique dans l'échantillon de la présente étude est de - 0,45. Cela signifie que plus un client présente de facettes limites, moins il présente de facettes narcissiques. À l'inverse, plus un client présente de facettes narcissiques, moins il présente de facettes limites. Autrement dit, cela suggère que les clients de l'échantillon de la présente étude ayant le plus de facettes limites, c'est-à-dire dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus élevée et qui suscitent des réactions contre-transférentielles plus positives chez les thérapeutes, sont ceux ayant le moins de facettes narcissiques. À l'inverse, les clients de l'échantillon de la présente étude ayant le moins de facettes limites, c'est-à-dire dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus faible et qui suscitent des réactions contre-transférentielles moins positives chez les thérapeutes, sont ceux ayant le plus de facettes narcissiques.

Par conséquent, il semble possible qu'au sein de l'échantillon de la présente étude, les clients dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus élevée et qui

suscitent des réactions contre-transférentielles plus positives chez les thérapeutes correspondent à l'un ou l'autre de deux sous-types de trouble de la personnalité limite qui ont été distingués d'autres sous-types sur une base empirique (Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008). En effet, l'hétérogénéité qui existe au sein du diagnostic même du trouble de la personnalité limite et qui apparaît nuisible aux avancements des connaissances concernant ce trouble et son traitement a mené certains chercheurs à identifier les sous-types de trouble de la personnalité limite qui constituent ce trouble (Clarkin 2006; Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008). Les deux études empiriques ayant identifiés les sous-types de trouble de la personnalité limite possiblement représentés dans l'échantillon de la présente étude chez les clients dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus élevée ont utilisé comme méthode d'analyse un modèle sophistiqué dit *finite mixture modeling* (Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008).

La première étude (Lezenweger et al., 2008) a identifié trois sous-types de trouble de la personnalité limite, sur la base de composantes qui lui sont associées: le groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial), le groupe 2 (paranoïde/non-agressif/non-antisocial) et le groupe 3 (agressif/antisocial/non-paranoïde). La deuxième étude (Critchfield et al., 2008) a aussi identifié trois sous-types de trouble de la personnalité limite, mais celle-ci sur la base des diagnostics comorbides à l'Axe II: le groupe A (composantes paranoïaque et schizotypique élevées), le groupe B (composantes

narcissique et histrionique élevées), et le groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées).

Les deux sous-types groupe 1 (Lezenweger et al., 2008) et groupe C (Critchfield et al., 2008) de troubles de la personnalité limite ont été identifiés dans deux études différentes, sur la base de composantes différentes. Ceci étant dit, il est fort probable que ces deux sous-types représentent des clients dont les facettes se recoupent en grande partie. En effet, les troubles de la personnalité du groupe C du DSM IV-TR sont susceptibles de présenter des facettes agressives, paranoïdes et antisociales moins nombreuses que les groupes A et B des troubles de la personnalité du DSM IV-TR qui comprennent notamment, respectivement, les troubles de la personnalité paranoïaque et antisociale (American Psychiatric Association, 2003). Donc, bien que les explications suivantes différencient les clients appartenant à ces deux sous-types, il est important de garder en tête que les sous-groupes 1 (Lezenweger et al., 2008) et C (Critchfield et al., 2008) réfèrent probablement à des patients semblables.

Les clients de l'échantillon de la présente étude dont la gravité du trouble limite est plus importante seraient susceptibles de faire partie des sous-types de trouble de la personnalité limite groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) et groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008). Cette prétention repose premièrement sur le fait que ces sous-types de trouble de la personnalité limite excluent la présence de facettes narcissiques.

En effet, le groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) implique tout d'abord l'absence d'agressivité, qui est au cœur des pathologies du narcissisme, dont le trouble de la personnalité narcissique tel que décrit dans le DSM IV-TR (Diamond & Yeomans, 2008). De plus, les facettes paranoïdes et antisociales, qui vont de pair chez les personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique, sont aussi exclues. Brièvement, les pathologies du narcissisme sont caractérisées par un surmoi sévère qui est projeté vers l'extérieur, qui entraîne des angoisses paranoïdes, qui en contrepartie diminue l'efficacité du surmoi et qui peut par la suite entraîner le développement de traits antisociaux (Diamond & Yeomans, 2008). Les facettes paranoïdes et antisociales sont d'ailleurs ce qui caractérise principalement le syndrome du narcissisme malin (Diamond et al., 2013), qui se situe entre le trouble de la personnalité narcissique tel que décrit dans le DSM IV-TR et la personnalité antisociale sur le continuum des pathologies du narcissisme tel que conceptualisé par Kernberg (Diamond & Yeomans, 2008; Diamond et al., 2013; Kernberg, 2009). Les différents types de pathologies du narcissisme qui se situent à des niveaux de gravité différents sur le continuum des pathologies du narcissisme peuvent toutes présenter une agressivité pathologique importante, des facettes paranoïdes et antisociales (Kernberg, 2004, 2009, 2010; Kernberg & Caligor, 2005).

Relativement au sous-type de trouble de la personnalité limite groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées, Critchfield et al., 2008), les personnes présentant un trouble de la personnalité limite faisant partie de ce sous-type

partagent des facettes avec des troubles de la personnalité faisant partie du groupe C du DSM IV-TR. Le groupe B (composantes narcissique et histrionique, Critchfield et al., 2008), aussi identifié dans cette étude, est le sous-type de trouble de la personnalité limite dont les facettes recourent celles du trouble de la personnalité narcissique.

Deuxièmement, les clients constituant l'échantillon de la présente étude dont la gravité du trouble de la personnalité limite est plus élevée sont susceptibles de faire partie des sous-types de trouble de la personnalité limite groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) et groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008) puisque ces sous-types sont plus susceptibles d'entraîner des réactions contre-transférentielles positives.

Effectivement, le sous-type de trouble de la personnalité limite groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) semble susceptible d'entraîner des réactions contre-transférentielles positives puisque l'agressivité pathologique en présence importante chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite est responsable en bonne partie des réactions contre-transférentielles négatives des thérapeutes (Gabbard et Wilkinson, 2000). Un niveau plus faible d'agressivité suppose donc des réactions contre-transférentielles moins négatives, voire possiblement positives. Un niveau plus faible de facettes paranoïdes et antisociales, aussi liées à de fortes réactions contre-transférentielles négatives chez les thérapeutes (McWilliams, 1994; PDM Task Force, 2006), suppose aussi que le sous-type groupe 1

(non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) génère moins de réactions contre-transférentielles négatives.

D'autre part, plusieurs études empiriques suggèrent que les troubles de la personnalité faisant partie du groupe C (anxieux - craintif) des troubles de la personnalité du DSM IV-TR génèrent des réactions contre-transférentielles globalement positives chez les thérapeutes (Betan et al., 2005; Rossberg et al., 2007). Ainsi, le sous-type de trouble de la personnalité limite groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées) identifié par Critchfield et ses collaborateurs (2008) est à même d'entraîner des réactions contre-transférentielles positives chez les thérapeutes. Il apparaît aussi que ce sous-type a un niveau de retenue plus élevée que les deux autres sous-types de trouble de la personnalité limite identifiés dans cette étude (Critchfield et al., 2008). C'est-à-dire que ces personnes ont tendance à inhiber leurs impulsions et éviter d'adopter des comportements inappropriés. Il est vraisemblable qu'un niveau plus faible de comportements inappropriés, potentiellement dérangeants pour le thérapeute, est susceptible d'être lié à des réactions contre-transférentielles positives plutôt que négatives.

D'un point de vue théorique, les sous-types de trouble de la personnalité limite groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) et groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008) supposent que des relations d'objet différentes puissent être activées et ainsi que les

thérapeutes peuvent être amenés à endosser différents rôles, notamment via l'identification projective. Il n'est toutefois pas possible de se prononcer sur les types de relations d'objet qui auraient pu être activés chez les personnes présentant un sous-type de trouble de la personnalité limite groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) et groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008) en comparaison avec les autres sous-types de trouble de la personnalité limite identifiés empiriquement puisque ces sous-types n'ont pas été mesurés dans l'échantillon de cette étude. Cependant, compte tenu de la moins grande part d'agressivité pathologique chez ces clients, il est vraisemblable que moins d'affect d'agressivité et de rage sont présents dans les relations d'objet activées, possiblement projetées par les clients (identification projective) et internalisés (identification introjective) par les thérapeutes. Considérant que l'agressivité pathologique est intimement liée avec les réactions contre-transférentielles des thérapeutes (Gabbard & Wilkinson, 2000), cela permet de présumer que les réactions contre-transférentielles vécues par les thérapeutes sont donc moins négatives, voire plus positives.

Néanmoins, peu d'études ont été réalisées sur ces sous-types de trouble de la personnalité limite et ils n'ont pas fait l'objet d'une évaluation précise au sein de l'échantillon de la présente étude. Comme aucune étude empirique n'a été recensée concernant les liens entre ces sous-types de trouble de la personnalité limite et les

réactions contre-transférentielles des thérapeutes, ces hypothèses mériteraient de faire l'objet d'une étude empirique plus poussée.

De plus, en lien avec le biais d'échantillonnage de la présente étude, il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus quant au lien positif entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif à l'ensemble de la population qui consulte en psychothérapie. Il n'est non plus possible de généraliser la piste explicative à l'effet que les sous-types de trouble de la personnalité limite groupes 1 (Lezenweger et al., 2008) et C (Critchfield et al., 2008) représentent les sous-types de trouble de la personnalité limite dont la gravité est la plus élevée. Cela ne s'applique qu'à l'échantillon de la présente étude, en raison du biais d'échantillonnage.

Tel que mentionné, il est fort probable qu'un biais d'échantillonnage ait contribué aux résultats obtenus. Or, celui-ci n'explique certainement pas à lui seul les liens observés. En effet, si son effet avait été déterminant, l'interaction gravité du trouble de la personnalité limite x gravité du trouble de la personnalité narcissique sur le contre-transfert positif aurait été significatif, soulignant ainsi un effet positif de la gravité de trouble de la personnalité limite sur le contre-transfert positif et un effet négatif de la gravité du trouble de la personnalité narcissique sur le contre-transfert positif. Puisque l'effet d'interaction ne ressort pas comme étant significatif des analyses, cela porte à croire que l'effet positif de la gravité du trouble de la personnalité limite sur le contre-transfert positif n'est pas attribuable qu'au biais d'échantillonnage. En toute probabilité,

d'autres éléments devraient également contribuer au lien positif observé entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif. Les paragraphes suivants présentent ces éléments.

Une autre piste explicative qui a été explorée pour tenter d'interpréter les résultats obtenus quant à la gravité du trouble de la personnalité limite positivement liée au contre-transfert positif porte sur l'effet de la durée des thérapies. Les résultats des analyses exploratoires effectuées et présentées précédemment indiquent que le contre-transfert positif tend à être positivement associé à la durée des thérapies au-delà des contributions des troubles de la personnalité limite et narcissique. C'est-à-dire que plus la thérapie dure depuis longtemps, plus le contre-transfert positif du thérapeute tend à être positif. Toutefois, l'effet de la durée des thérapies sur le contre-transfert positif est seulement additif, c'est-à-dire que cet effet contribue à l'intensité du contre-transfert positif, mais ne modifie en rien les contributions de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique. En d'autres termes, le lien positif entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif demeure significatif peu importe la durée de la thérapie et le lien entre la gravité du trouble narcissique et le contre-transfert positif demeure non significatif peu importe la durée de la thérapie. Somme toute, la durée des thérapies ne permet pas d'expliquer les résultats obtenus quant au lien positif entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif.

D'autres analyses exploratoires ont été réalisées afin de déterminer les caractéristiques des thérapeutes possiblement associées au lien positif entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif. Les analyses réalisées sur l'orientation théorique des thérapeutes indiquent que ce lien n'est significatif que chez les thérapeutes d'orientation théorique cognitive comportementale. L'établissement d'une relation thérapeutique positive, chaleureuse et agréable fait d'ailleurs généralement partie des conditions de base d'une psychothérapie cognitive comportementale (Chambon & Marie-Cardine, 1999). Plus précisément en ce qui concerne le traitement du trouble de la personnalité limite, certaines techniques d'intervention cognitives comportementales laissent présumer que le déploiement de réactions transférentielles négatives, et en contrepartie de réactions contre-transférentielles négatives, n'est pas recherché. Par ailleurs, il semble que lorsque ces réactions se présentent, elles ne sont pas tolérées. Des interventions qui visent spécifiquement à les transformer en réactions positives sont plutôt employées.

Par exemple, la thérapie des schémas (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), qui s'appuie sur les croyances (les schémas) erronées des clients, préconise notamment l'utilisation de stratégies thérapeutiques comme la restructuration cognitive, en plus d'encourager les thérapeutes à donner des conseils, du temps supplémentaire aux clients, à adopter des attitudes parentales et d'admiration envers les clients (Kernberg et al., 2008). Il est vraisemblable que cela risque moins de faire émerger des réactions transférentielles et contre-transférentielles négatives. Ces attitudes sont plus à même de

générer des réactions positives. Il semble donc plausible que ces stratégies thérapeutiques puissent entraîner des réactions contre-transférentielles qui correspondent à ce qui a été mis en lumière dans la présente étude, c'est-à-dire que la gravité du trouble de la personnalité limite est positivement associée aux facteurs contre-transférentiels parental/protecteur et positif/satisfait.

De plus, un autre modèle de psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité qui se base aussi sur les croyances erronées des clients (Wenzel, Chapman, Newman, Beck, & Brown, 2006) prescrit d'utiliser des techniques de restructuration cognitive lorsqu'un client présente une attitude négative face à la thérapie. Cela a pour but d'amener le client à identifier ses pensées et croyances négatives afin de les réfuter et les reconstruire plus positivement (Wenzel et al., 2006).

La comorbidité du trouble de la personnalité limite avec le trouble de la personnalité dépendante et le biais d'échantillonnage dont il a été question précédemment permettent de supposer que les clients dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus importante dans l'échantillon de la présente étude et qui sont associés à des réactions contre-transférentielles plus positives chez les thérapeutes d'orientation cognitive comportementale sont justement des clients qui répondent positivement aux types d'interventions employées par ces thérapeutes. Par exemple, selon le mode de fonctionnement du trouble de la personnalité dépendante décrit dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), ces personnes ont notamment un grand

besoin d'être prises en charge et ont de la difficulté à exprimer un désaccord avec autrui. Considérant cela, si les clients de l'échantillon de la présente étude dont le trouble de la personnalité limite est le plus grave présentent ces caractéristiques, il est vraisemblable qu'ils répondent bien aux interventions cognitives comportementales et que cela suscite en contrepartie des réactions contre-transférentielles plus positives chez les thérapeutes, précisément liées aux facteurs contre-transférentiels parental/protecteur et positif/satisfait.

Somme toute, rien n'a été recensé indiquant que les modèles de psychothérapies d'orientation cognitive comportementale, tels que ceux cités en exemples ci-dessus, recherchent l'intégration d'affects négatifs, qui s'expriment notamment via les réactions transférentielles et contre-transférentielles, au sein des interventions thérapeutiques (Kernberg et al., 2008).

Cela diffère des traitements d'orientation théorique psychodynamique pour troubles de la personnalité. Par exemple, le modèle de traitement des troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg et al., 2008; Kernberg, 2010; Kernberg & Caligor, 2005), la psychothérapie focalisée sur le transfert, encourage le déploiement des réactions transférentielles positives et négatives afin d'interpréter les relations d'objet dyadiques qui sont activées et projetées. Ce modèle favorise particulièrement l'exploration de l'agressivité que l'on retrouve en présence importante chez les personnes ayant une organisation de la personnalité borderline. L'exploration et l'analyse de cette agressivité

permettent ultimement son intégration avec les représentations et les affects positifs constituant en partie les relations d'objet dyadiques. Les réactions contre-transférentielles négatives qui peuvent émerger en lien avec cette exploration sont considérées comme un outil thérapeutique majeur dans l'analyse du transfert du client et sont tolérées afin d'être analysées (Kernberg, 2010; Kernberg et al., 2008). À cet égard, le lien positif observé dans la présente étude entre la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif n'est pas significatif chez les psychodynamiciens et cela est possiblement en lien avec l'exploration de l'agressivité importante des clients préconisée par ces thérapeutes, moins susceptibles de faire surgir des réactions contre-transférentielles positives plus intenses chez ces thérapeutes.

Enfin, tout cela permet de présumer que chez les thérapeutes d'orientation théorique cognitive comportementale, le traitement du contre-transfert positif est davantage valorisé et favorisé que par les thérapeutes psychodynamiciens et que cela peut en partie expliquer les résultats obtenus à l'effet que la gravité du trouble de la personnalité limite est liée au contre-transfert positif, chez les thérapeutes cognitivo comportementaux. Toutefois, cette piste explicative reste hypothétique puisqu'aucune information n'a été recensée sur le traitement des réactions contre-transférentielles négatives fait par les thérapeutes dans l'échantillon de cette étude. De plus, la possibilité que des thérapeutes de cette orientation théorique partagent aussi le souci de porter une attention aux réactions contre-transférentielles négatives, afin de les utiliser, notamment pour mieux comprendre le monde interne du client n'est pas exclu (Leahy, 2001).

En résumé, différents éléments ont pu contribuer aux résultats inattendus de cette étude associant positivement la gravité du trouble de la personnalité limite et le contre-transfert positif des thérapeutes. La forte comorbidité entre les troubles de la personnalité de l'axe II, la présence comorbide du trouble de la personnalité dépendante, un biais d'échantillonnage, l'hétérogénéité du diagnostic même de trouble de la personnalité limite et l'orientation théorique des thérapeutes apparaissent comme des pistes explicatives plausibles, qui mériteraient des études complémentaires de façon à être validées empiriquement.

En ce qui a trait au trouble de la personnalité narcissique, les résultats obtenus vont dans le sens prédit par la première hypothèse du premier volet. Les résultats indiquent que la gravité de ce trouble est lié à l'intensité des réactions contre-transférentielles négatives, plus précisément aux facteurs critiqué/maltraité, impuissant/inadéquat et désengagé. Ces résultats correspondent donc aux études empiriques et à la littérature recensées sur le sujet.

De ces études, celle de Betan et al. (2005), présentée précédemment, a démontré que le contre-transfert des thérapeutes travaillant avec la clientèle appartenant au groupe B (théâtral-émotif) des troubles de la personnalité du DSM IV, qui comprend notamment le trouble de la personnalité narcissique, était associé aux facteurs envahi/désorganisé, impuissant/inadéquat, sexualisé et désengagé, et aussi corrélé négativement au facteur positif/satisfait du contre-transfert. Ces résultats correspondent à trois des quatre

composantes sur lequel repose le facteur de contre-transfert négatif global dans la présente étude, et qui ont été identifiées comme étant en lien avec la gravité du trouble de la personnalité narcissique. C'est donc dire que les résultats obtenus avec le facteur de contre-transfert négatif global en lien avec le trouble de la personnalité narcissique corroborent en majeure partie les résultats de Betan et al. (2005).

Cette correspondance entre les résultats est probablement renforcée par la similitude entre l'étude de Betan et al. (2005) et la présente étude. Effectivement, le même instrument de mesure a été utilisé pour évaluer les réactions contre-transférentielles (CQ). De plus, il est possible de supposer que les réactions contre-transférentielles associées aux facettes du trouble de la personnalité narcissique étaient parmi les plus significatives dans le groupe B (théâtral - émotif) et que c'est pour cette raison que les résultats que Betan et al. (2005) ont obtenu en mesurant les réactions contre-transférentielles des thérapeutes en lien avec le groupe B (théâtral - émotif) sans faire de distinction entre les différents troubles de la personnalité que ce groupe comprend correspond aux résultats obtenus dans la présente étude pour le trouble de la personnalité narcissique.

Les résultats de la présente étude associant positivement la gravité du trouble de la personnalité narcissique et le contre-transfert négatif concordent aussi avec l'étude de Rossberg et al. (2007), mentionnée précédemment. Cette dernière étude a révélé que les thérapeutes de clients présentant un trouble de la personnalité faisant partie du groupe B

(théâtral - émotif) ont des réactions contre-transférentielles plus négatives, plus précisément qu'ils se sentent davantage sur leurs gardes, plus envahis et plus inadéquats qu'avec des clients présentant un trouble de la personnalité faisant partie du groupe C (anxieux - craintif). Bien que la présente étude ne s'est pas attardée à mesurer les réactions contre-transférentielles des thérapeutes en lien avec des clients ayant un trouble de la personnalité faisant partie du groupe C (anxieux - craintif), il est vraisemblable que les résultats des deux études vont dans le même sens. Effectivement, au-delà du fait que les réactions contre-transférentielles sont reconnues comme négatives dans les deux études, les facteurs contre-transférentiels critiqué/maltraité et impuissant/inadéquat significativement associés à la gravité du trouble de la personnalité narcissique dans la présente étude rejoignent les sentiments d'être sur leurs gardes, plus envahis et plus inadéquats des thérapeutes dans l'étude de Rossberg et al. (2007). Conformément à ce qui précède, il est plausible que la similitude dans ces résultats soit en lien avec le fait que parmi les différents troubles de la personnalité que comprend le groupe B (théâtral - émotif), les facettes propres au trouble de la personnalité narcissique suscitent chez les thérapeutes les réactions contre-transférentielles les plus significatives et négatives.

Différents éléments sont à même de contribuer au fait que les résultats obtenus dans la présente étude correspondent à l'hypothèse postulée au départ et aux études empiriques recensées. Le biais d'échantillonnage de la présente étude, qui a été explicité précédemment, suppose que les clients dont la gravité du trouble de la personnalité

narcissique est la plus importante sont ceux qui présentent le moins de facettes partagées avec le trouble de la personnalité limite. Ceci étant dit, les clients dont la gravité du trouble de la personnalité narcissique est la plus élevée sont donc susceptibles d'être ceux qui présentent le plus d'agressivité pathologique, qui caractérise particulièrement le trouble de la personnalité narcissique (Diamond & Yeomans, 2008) et qui est intimement liée aux réactions contre-transférentielles négatives (Gabbard & Wilkinson, 2000). Ce biais d'échantillonnage a donc possiblement amplifié le lien positif existant entre la gravité du trouble de la personnalité narcissique et le contre-transfert négatif.

Un autre élément ayant possiblement contribué à ce que la gravité du trouble de la personnalité narcissique soit significativement et positivement associée au contre-transfert négatif dans la présente étude est l'orientation théorique des thérapeutes. Effectivement, les analyses exploratoires réalisées et précédemment présentées ont révélé que ce lien n'est significatif que chez les thérapeutes d'orientation théorique psychodynamique. Tel que déjà mentionné, la psychothérapie focalisée sur le transfert (Kernberg et al., 2008; Kernberg, 2010; Kernberg & Caligor, 2005) sollicite le déploiement de réactions transférentielles négatives afin d'interpréter les relations d'objet dyadiques qui sont activées et projetées par le client. Les réactions contre-transférentielles négatives que cela génère en contrepartie sont perçues comme utiles dans l'analyse du transfert du client et sont tolérées afin d'être analysées (Kernberg et al., 2008). Il se peut donc que l'accent mis par les thérapeutes psychodynamiciens sur l'utilisation du contre-transfert négatif ait contribué aux résultats obtenus dans la

présente étude à l'effet que la gravité du trouble de la personnalité narcissique est positivement liée au contre-transfert négatif.

En résumé, les éléments identifiés comme ayant contribué à la corroboration de l'hypothèse de départ en ce qui a trait à l'association positive entre la gravité du trouble de la personnalité narcissique et le contre-transfert négatif des thérapeutes sont le biais d'échantillonnage observé dans l'échantillon de la présente étude et l'orientation théorique des thérapeutes.

Troisième hypothèse (deuxième volet)

Relativement à la troisième hypothèse (deuxième volet) de la présente étude, qui postulait que l'organisation de la personnalité borderline permettrait d'expliquer une partie supplémentaire des liens entre la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique et le contre-transfert négatif, l'hypothèse de départ a été corroborée. Les résultats des analyses suggèrent que plus l'organisation de la personnalité borderline des clients est sévère, plus les réactions-contre-transférentielles négatives des thérapeutes sont intenses. Ces résultats allant au-delà de la spécificité des troubles de la personnalité limite et narcissique sont cohérents avec le fait que l'organisation de la personnalité borderline englobe différents troubles de la personnalité, dont les troubles de la personnalité limite et narcissique (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Michels, 2009; Vanaerschot, 2004). Ces résultats vont d'ailleurs dans le même sens que ce qui a précédemment été recensé, indiquant que la relation entre le

contre-transfert négatif et l'organisation de la personnalité borderline est positive (Brody & Faber, 1996; Gabbard, 2009; Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010, 1990 Searles, 1979; Volkan, 1993).

Afin d'approfondir la compréhension des résultats obtenus relativement à la troisième hypothèse, des analyses supplémentaires sur les portions de variance unique du contre-transfert négatif global expliquées par les quatre items constituant le facteur sur l'organisation de la personnalité borderline au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique ont mis en évidence les items les plus en lien avec le contre-transfert négatif global dans ce modèle. Il s'agit en ordre décroissant d'importance des items: sur les relations d'objet, sur les mécanismes de défense, sur la diffusion de l'identité et sur le contact avec la réalité. Ces deux derniers items ne sont à peu près pas liés au contre-transfert négatif global.

Les deux premiers items semblent effectivement les plus susceptibles d'avoir un impact sur les réactions contre-transférentielles des thérapeutes. Tel que détaillé dans le contexte théorique, les relations d'objet activées des clients présentant une organisation de la personnalité borderline impliquent fréquemment qu'une représentation (de soi ou de l'autre) est projetée sur le thérapeute via l'identification projective. Ce rôle qu'est amené à endosser le thérapeute, via l'identification projective et l'identification introjective, est à même de teinter ses réactions contre-transférentielles. D'autre part, l'item sur les mécanismes de défense semble aussi fortement lié aux réactions contre-

transférentielles des thérapeutes puisque les mécanismes de défense primitifs, comme le clivage et l'identification projective, ont généralement comme fonction de préserver le positif en projetant le négatif sur autrui. Cela entraîne d'importantes perturbations relationnelles, la relation thérapeutique n'y faisant pas exception (Kernberg & Caligor, 2005; Stern et al., 2013).

Deuxième hypothèse (premier volet)

La deuxième hypothèse du premier volet de cette étude postule que plus la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique est importante, plus l'empathie spécifique sera faible chez les thérapeutes. Pour ce qui est de l'influence du trouble limite, les résultats obtenus avec l'échelle analogue d'empathie spécifique montrent une tendance statistique selon laquelle plus la gravité du trouble de la personnalité limite est élevée, plus l'empathie spécifique est élevée (selon les résultats obtenus en lien avec la première hypothèse du premier volet, les thérapeutes ressentent aussi un contre-transfert positif plus élevé avec l'intensification du trouble de la personnalité limite). Quant à l'influence du trouble narcissique, les résultats obtenus tant sur l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) que sur l'échelle analogue d'empathie spécifique sont à l'effet que plus la gravité du trouble de la personnalité narcissique est importante, plus l'empathie spécifique est faible (selon les résultats obtenus en lien avec la première hypothèse du premier volet, les thérapeutes ressentent aussi un contre-transfert négatif plus élevé avec l'intensification du trouble de la

personnalité narcissique). Parallèlement aux résultats obtenus concernant le contre-transfert, ces résultats ne corroborent que partiellement l'hypothèse de départ.

En plus de ne pas corroborer la seconde hypothèse du premier volet, les résultats obtenus en lien avec la personnalité limite vont à l'encontre de ceux obtenus par les résultats obtenus par Brody et Farber (1996) qui indiquent que l'empathie spécifique est influencée négativement par une clientèle ayant une organisation de la personnalité borderline, sur laquelle repose notamment le trouble de la personnalité limite (Kernber & Caligor, 2005). Il est possible que la tendance statistique positive observée dans la présente étude entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes ait été masquée dans l'étude de Brody et Farber (1996) par les liens négatifs plus forts entre les autres troubles de la personnalité reposants sur l'organisation de la personnalité borderline, notamment le trouble de la personnalité narcissique, et l'empathie spécifique des thérapeutes. Par ailleurs, tel que détaillé précédemment, les thérapeutes participants à l'étude de Brody et Farber (1996) étaient invités à répondre à des questionnaires suite à la lecture de vignettes cliniques faisant la description de différents clients, dont certains présentaient une organisation de la personnalité borderline. Il est plausible que l'empathie spécifique d'un thérapeute face à un client fictif soit moins réaliste que celle d'un thérapeute face à un client réel et rencontré plus d'une fois par le thérapeute et génère des réactions différentes que celles qu'il est possible d'observer face à des clients véritables. Tel que mentionné dans le contexte théorique, aucune étude empirique et littérature théorique n'ont été recensées au

sujet de l'empathie spécifique des thérapeutes précisément en lien avec le trouble de la personnalité limite.

Certains éléments sont à même de fournir des pistes explicatives quant à ces résultats surprenants qui indiquent non seulement que le lien négatif significatif escompté entre la gravité du trouble de la personnalité limite et une faible empathie spécifique chez les thérapeutes n'a pas été décelée dans la présente étude, mais aussi que selon l'échelle analogue d'empathie spécifique, il existe une tendance statistique positive entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes. Tout d'abord, la forte comorbidité entre les différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al, 2013; Kernberg & Caligor 2005; PDM Task Force, 2006) suppose que les clients présentant un trouble de la personnalité limite dans la présente étude puissent aussi présenter d'autres troubles ou traits de personnalité, possiblement enclins à générer une empathie spécifique plus élevée chez les thérapeutes.

En ce sens, les résultats des analyses exploratoires réalisées sur les troubles de la personnalité comorbides indiquent que le seul trouble dont la gravité augmente la prédiction de l'empathie spécifique des thérapeutes au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique selon les deux mesures d'empathie spécifique (l'échelle de compréhension empathique du BLRI et l'échelle analogue d'empathie spécifique) est le trouble de la personnalité dépendante. Plus précisément,

l'ajout de ce trouble dans les équations de régression annule la contribution positive de la gravité du trouble de la personnalité limite, lorsque l'empathie spécifique est mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique. De plus, lorsque l'empathie spécifique des thérapeutes est mesurée avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962), la présence de la gravité du trouble de la personnalité dépendante rend même la contribution de la gravité du trouble de la personnalité limite significativement négative.

Cela suggère que la gravité du trouble de la personnalité dépendante, possiblement liée à une empathie spécifique élevée chez les thérapeutes, aurait pu teinter positivement les résultats obtenus dans la présente étude à l'effet qu'il existe une tendance positive entre la gravité du trouble de la personnalité limite et une empathie spécifique élevée chez les thérapeutes, lorsque mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique. Effectivement, tel que mentionné dans la discussion de la première hypothèse, le trouble de la personnalité dépendante est l'un des plus prévalents troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2003; Bornstein, 2012). De plus, les clients présentant un trouble de la personnalité dépendante sont parmi les clients avec lesquels les thérapeutes préfèrent travailler (Bornstein, 2012). Il est probable que cela suppose une association positive avec l'empathie spécifique des thérapeutes, ou du moins une association qui n'est pas significativement négative. Toutefois, rien n'a été recensé dans la littérature relativement aux liens entre le trouble de la personnalité dépendante et

l'empathie spécifique des thérapeutes. Cette piste explicative plausible mériterait donc de faire l'objet d'études empiriques.

D'autre part, tel que détaillé dans la discussion de la première hypothèse, le biais d'échantillonnage de la présente étude implique que les clients dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus importante sont ceux qui présentent le moins de facettes propres au trouble de la personnalité narcissique. Et ces clients sont susceptibles de faire partie de deux sous-types de trouble de la personnalité limite identifiés empiriquement: le groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial; Lezenweger et al., 2008) et le groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008). Considérant que l'empathie spécifique est conceptualisée comme un élément du contre-transfert (Tansey & Burke, 1989) et que la gravité du trouble de la personnalité limite est liée au contre-transfert positif, il semble que ces sous-types de troubles de la personnalité limite soient à même de générer une empathie spécifique plus élevée chez les thérapeutes. Ces deux sous-types de trouble de la personnalité limite sont donc susceptibles d'être en lien avec les résultats obtenus associant positivement la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes selon l'échelle analogue d'empathie spécifique.

De façon plus spécifique, le sous-type du trouble de la personnalité limite groupe 1 (non-agressif/non-paranoïde/non-antisocial) identifié par Lezenweger et ses collaborateurs (2008) pourrait être en lien avec une empathie spécifique élevée chez les

thérapeutes. Effectivement, comme l'agressivité pathologique présente chez les personnes ayant un trouble de la personnalité limite est directement en lien avec une empathie spécifique plus faible chez les thérapeutes (Kernberg, 1990), l'absence de cette agressivité pathologique, ou du moins sa présence moins importante, permet de supposer l'absence d'un effet négatif sur l'empathie spécifique des thérapeutes et possiblement la présence d'un effet positif.

De plus, il est probable que le sous-type de trouble de la personnalité limite groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008) suscite un niveau d'empathie spécifique plus élevé chez les thérapeutes. Partant du fait que les clients présentant un trouble de la personnalité faisant partie du groupe C (anxieux - craintif) des troubles de la personnalité du DSM IV-TR suscitent des réactions contre-transférentielles globalement positives chez les thérapeutes (Betan et al., 2005; Rossberg et al., 2007), que l'empathie spécifique est conceptualisée comme un élément du contre-transfert (Tansey & Burke, 1989) et que les résultats obtenus dans la présente étude aux deux hypothèses du premier volet semblent analogues, il est possible de supposer que le niveau d'empathie spécifique des thérapeutes en lien avec le groupe C (anxieux - craintif) des troubles de la personnalité est plus élevé. Ainsi, que le sous-type de trouble de la personnalité limite groupe C (composantes évitante et obsessionnelle-compulsive élevées; Critchfield et al., 2008) suscite une empathie spécifique élevée chez les thérapeutes.

Ces pistes explicatives concernant l'effet de ces deux sous-types de trouble de la personnalité limite sur l'empathie spécifique des thérapeutes restent cependant à vérifier empiriquement. Parallèlement à l'absence d'étude empirique mettant en lien ces sous-types de trouble de la personnalité limite et le contre-transfert, aucune étude empirique n'a été recensée concernant les liens entre ces sous-types de trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes. D'autant plus que la présence de ces sous-types au sein même de l'échantillon de la présente étude n'a fait l'objet d'aucune évaluation empirique.

Une autre piste explicative suggérée antérieurement dans la présentation des résultats concerne la durée des thérapies. Les analyses exploratoires effectuées en ce sens ont révélé que l'empathie spécifique des thérapeutes tend à être positivement associée à la durée des thérapies, lorsque mesurée avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962). C'est-à-dire que plus la thérapie dure depuis longtemps, plus le niveau d'empathie spécifique des thérapeutes tend à être élevé. Toutefois, il n'est pas possible d'observer ce lien lorsque l'empathie spécifique est mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique, qui est la mesure avec laquelle il est possible d'observer une tendance positive entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes. De plus, l'effet d'interaction entre les troubles de la personnalité limite et narcissique et la durée des thérapies s'est avéré non-significatif. Tout cela signifie que l'effet de la durée des thérapies ne permet pas d'expliquer la

tendance positive observée entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique, lorsque mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique.

Relativement à un possible effet de l'orientation théorique des thérapeutes participants, une autre piste explicative qui a été explorée, les résultats des analyses exploratoires indiquent que seule la contribution négative de la gravité du trouble de la personnalité narcissique significativement associé à l'empathie spécifique des thérapeutes demeure lorsque ces effets sont mesurés pour chaque orientation théorique séparément (cognitive-comportementale et psychodynamique). Le fait que la tendance positive entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes disparaisse confirme que cette association n'est pas aussi forte que l'association négative entre la gravité du trouble de la personnalité narcissique et l'empathie spécifique des thérapeutes.

De plus, bien que l'empathie spécifique soit conceptualisée comme un élément du contre-transfert (Tansey & Burke), ces résultats ne sont pas analogues aux résultats des analyses exploratoires réalisées sur les liens entre l'orientation théorique des thérapeutes et leurs réactions contre-transférentielles, qui indiquent que les liens significatifs observés entre la gravité d'un trouble de la personnalité et le contre-transfert diffèrent selon l'orientation théorique des thérapeutes. Contrairement au traitement différent du contre-transfert, il est possible que les thérapeutes de toutes orientations s'entendent quant à l'importance qu'ils accordent à l'empathie spécifique entretenue à l'endroit de

leurs clients. Quelques études démontrent justement que l'empathie spécifique est observable de la même façon chez les thérapeutes peu importe leur orientation théorique (Brunink & Schroeder, 1979; Salvat, 2010)

Un dernier élément expliquant possiblement les résultats obtenus à l'effet qu'il existe une tendance positive entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique, lorsque mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique, est l'utilisation même de cette échelle. Effectivement, cette échelle a été conçue pour la présente étude et n'a donc pas été validée auprès d'un autre échantillon, contrairement à l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962). Les résultats obtenus suggèrent que l'échelle analogue d'empathie spécifique puisse être un peu plus sensible aux éléments positifs que ne l'est l'échelle de compréhension empathique du BLRI. Bien entendu, cette hypothèse demeure spéculative et devra être vérifiée dans des projets de recherche futurs.

En résumé, différents éléments ont pu contribuer aux résultats de cette étude qui ne dévoilent aucun lien négatif significatif entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes et qui indiquent plutôt une tendance positive entre la gravité du trouble de la personnalité limite et l'empathie spécifique des thérapeutes, lorsque l'empathie spécifique est mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique. Ces éléments sont: la comorbidité élevée entre les troubles de la personnalité, la présence du trouble ou de traits de la personnalité dépendante chez les

clients de l'échantillon, les sous-types de trouble de la personnalité limite groupe 1 (Lezenweger et al., 2008) et groupe C (Critchfield et al., 2008) et l'utilisation de l'échelle analogue d'empathie spécifique. Bien que ces pistes explicatives apparaissent plausibles, des études empiriques supplémentaires s'avèrent nécessaires pour confirmer ces hypothèses.

En ce qui a trait aux résultats de la présente étude indiquant que la gravité du trouble de la personnalité narcissique est négativement liée à l'empathie spécifique des thérapeutes, selon les deux mesures d'empathie spécifique utilisées, les résultats corroborent l'hypothèse de départ et ce qui a été recensé dans la littérature. Tel que mentionné précédemment, l'étude de Brody et Farber (1996) est la seule étude empirique recensée sur le sujet. Les résultats de cette étude indiquent que l'organisation de la personnalité borderline, sur laquelle repose notamment le trouble de la personnalité narcissique, est négativement associée avec l'empathie spécifique des thérapeutes. Bien que l'organisation de la personnalité borderline comprend d'autres troubles de la personnalité qui sont susceptibles de générer d'autres niveaux d'empathie spécifique chez les thérapeutes, il est vraisemblable que l'effet négatif de la gravité du trouble de la personnalité narcissique sur l'empathie spécifique des thérapeutes est dominant et que c'est pour cette raison que les résultats de la présente étude corroborent ceux de l'étude de Brody et Farber (1996). Cependant, aucune étude empirique permettant de corroborer les résultats de la présente étude n'a été recensée relativement à l'effet précis de la

gravité du trouble de la personnalité narcissique sur l'empathie spécifique des thérapeutes.

Finalement, un élément propre à la présente étude est à même de contribuer au fait que les résultats obtenus correspondent à l'hypothèse postulée au départ. Le biais d'échantillonnage, mentionné précédemment, suppose que les clients dont la gravité du trouble de la personnalité narcissique est la plus importante sont ceux qui présentent le moins de facettes partagées avec le trouble de la personnalité limite. Cela implique que les clients dont la gravité du trouble de la personnalité narcissique est la plus élevée sont susceptibles d'être ceux qui présentent le plus d'agressivité pathologique, qui caractérise particulièrement le trouble de la personnalité narcissique (Diamond & Yeomans, 2008) et qui est liée à une empathie spécifique plus faible (Kernberg, 1990). Ce biais d'échantillonnage a donc possiblement amplifié le lien positif existant entre la gravité du trouble de la personnalité narcissique et l'empathie spécifique des thérapeutes.

Quatrième hypothèse (deuxième volet)

Relativement au à la quatrième hypothèse (deuxième volet) de la présente étude, qui postule que l'organisation de la personnalité borderline permet d'expliquer une partie supplémentaire des liens entre la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique et une empathie spécifique faible chez les thérapeutes, l'hypothèse de départ a été corroborée. Les résultats des analyses suggèrent que plus l'organisation de la personnalité borderline des clients est sévère, plus l'empathie spécifique des thérapeutes

est faible, au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats de l'étude de Brody et Farber (1996) indiquant que l'organisation de la personnalité borderline est négativement associée avec l'empathie spécifique des thérapeutes. Ces résultats allant au-delà de la spécificité des troubles de la personnalité limite et narcissique sont aussi cohérents avec le fait que l'organisation de la personnalité borderline englobe différents troubles de la personnalité, dont les troubles de la personnalité limite et narcissique (Clarkin et al., 2007; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Michels, 2009; Vanaerschot, 2004). De plus, ces résultats corroborent ce qui a été recensé dans la littérature théorique et qui indique que les clients présentant une organisation de la personnalité borderline sont susceptibles d'utiliser des mécanismes de défense primitifs, tels que l'identification projective, qui laisse peu de place à l'empathie spécifique des thérapeutes (Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 1987a, 1987b, 2004, 2010).

Cinquième hypothèse (troisième volet)

La cinquième hypothèse de cette étude postule qu'un contre-transfert négatif élevé sera associé à une empathie générale faible. Les résultats obtenus indiquent que seul le modèle expliquant le contre-transfert positif global est significatif, et seule l'échelle sur les fantaisies a une contribution positive significative. Concernant le facteur du contre-transfert négatif global, il est possible d'observer une tendance statistique, et encore ici ce n'est que l'échelle sur les fantaisies qui joue un rôle positif significatif. Tel que mentionné précédemment, des analyses exploratoires ont aussi démontré que l'empathie

générale explique la variance de l'intensité du contre-transfert positif des thérapeutes, au-delà de la contribution des troubles de la personnalité limite et narcissique. Somme toute, les résultats obtenus ne corroborent pas l'hypothèse de départ. Tel que mentionné dans le contexte théorique, absolument rien n'a été recensé dans la littérature empirique et théorique sur les liens entre le contre-transfert et l'empathie générale des thérapeutes. L'explication des résultats obtenus en lien avec cette hypothèse s'appuie donc sur des liens théoriques élaborés dans la présente étude et sur les instruments utilisés pour mesurer l'empathie générale des thérapeutes et leur contre-transfert.

L'absence de littérature empirique et théorique sur les liens entre le contre-transfert et l'empathie générale incite à se tourner vers des concepts connexes aux variables sur lesquelles repose l'hypothèse de départ pour tenter d'expliquer les résultats obtenus. Brièvement, le raisonnement élaboré de façon plus détaillée ci-dessous concerne les liens entre la mentalisation et l'activité mentale des thérapeutes, qui sont liées au contre-transfert des thérapeutes (Dubé & Normandin, 2007; Ensink et al., 2013). D'autre part, la mentalisation est un concept qui présente aussi des recoupements importants avec l'empathie générale (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Ces liens supposent donc des recoupements entre le contre-transfert et l'empathie générale des thérapeutes, à même d'éclairer les résultats obtenus dans la présente étude.

La mentalisation réfère à la capacité d'une personne de concevoir ses états mentaux ainsi que ceux d'autrui (p.ex. les sentiments, pensées, besoins, croyances) et d'envisager

les comportements et les réactions émotionnelles reliées à ces états mentaux (Clarkin, 2008; Ensink et al., 2013; Fonagy, 1991). Bateman et Fonagy (2004) ont identifié trois dimensions à la mentalisation. La première renvoie à son mode de fonctionnement implicite ou explicite, autrement dit automatique ou délibéré. La deuxième dimension porte sur l'objet de la mentalisation, c'est-à-dire soi ou autrui. Enfin, la troisième dimension porte sur son contenu cognitif ou affectif.

Lorsqu'il est question de la mentalisation d'un thérapeute dans le contexte précis d'une psychothérapie, il est intéressant de se référer au concept d'activité mentale des thérapeutes, qui fait référence aux capacités de mentalisation du thérapeute en interaction avec un client. L'activité mentale du thérapeute peut être de trois types: rationnel-objectif, réactif et réflexif (Dubé & Normandin, 2007; Ensink et al., 2013).

Le type rationnel-objectif réfère à l'observation, à la formulation d'hypothèse et à l'utilisation de connaissances théoriques par le thérapeute. Pour faire le parallèle avec le CQ (Betan et al., 2005), qui est l'instrument de mesure du contre-transfert utilisé dans la présente étude (qui mesure les aspects cognitif, affectif et comportemental du contre-transfert), le type d'activité mentale rationnel-objectif correspond à l'aspect cognitif du contre-transfert. Le type réactif renvoie davantage à la conception *classique* du contre-transfert. Ce type d'activité mentale fait référence aux réactions défensives (p.ex. intellectualisation, répression, déni, omnipotence, etc.) du thérapeute, qui le mènent à réfléchir sur le client à partir de ses propres réactions émotionnelles, sans nécessairement

en être conscient. Enfin, le type réflexif fait davantage référence à la conception *totaliste* du contre-transfert et se rapporte à la capacité d'un thérapeute d'imaginer et de comprendre les états mentaux et les émotions sous-jacents à la pathologie d'un client et d'utiliser ses propres réactions dans le but de mieux comprendre le client (Dubé & Normandin, 2007; Ensink et al., 2013).

Quant au contre-transfert, il peut être classé selon différentes dimensions (p. ex. affective, comportementale, concordante, complémentaire). Tel qu'évoqué dès le début, la présente étude s'intéresse à diviser les réactions contre-transférentielles des thérapeutes selon qu'elles soient positives ou négatives. Suivant ces classifications de l'activité mentale et du contre-transfert des thérapeutes, des liens empiriques ont été observés. Il a été révélé que l'activité mentale réactive des thérapeutes est liée au facteur du contre-transfert critiqué/maltraité (Bischsel, 2012), qui fait partie du contre-transfert négatif global dans la présente étude. De plus, l'activité mentale réflexive des thérapeutes est positivement associée avec un contre-transfert positif (Bischsel, 2012).

Tant sur le plan conceptuel qu'empirique, il apparaît donc que le concept de mentalisation, plus précisément celui d'activité mentale des thérapeutes, recoupe grandement le concept du contre-transfert. Lorsque l'on considère que la mentalisation présente aussi des recouvrements importants avec le concept d'empathie (Choi-Kain & Gunderson, 2008), qui sont explicités ci-dessous, ces liens de part et d'autre conduisent à une piste d'explication intéressante en regard des résultats obtenus dans la présente étude,

qui indiquent que l'intensité du contre-transfert positif est positivement liée à l'empathie générale des thérapeutes.

Comparer les concepts de mentalisation et d'empathie générale en portant une attention particulière aux différentes dimensions de la mentalisation identifiées par Bateman et Fonagy (2004) permet de mettre en relief la similarité entre les deux concepts. Comme la mentalisation, l'empathie peut fonctionner en mode implicite ou explicite (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Comme la mentalisation, l'objet de l'empathie est autrui, mais contrairement à la mentalisation son objet ne peut pas être soi. Finalement, tout comme la mentalisation, l'empathie inclut les aspects cognitif et affectif (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Davis, 1980). Ceci étant dit, mis à part le fait que l'objet de l'empathie ne peut pas être soi, les deux concepts semblent fondamentalement liés. Effectivement, les deux impliquent la capacité d'une personne d'imaginer les sentiments et les besoins d'une autre personne et de se représenter les réactions comportementales et affectives qui y sont liées (Clarkin, 2008; Davis, 1980; Ensink et al., 2013; Fonagy, 1991; Gilet et al., 2013).

Compte tenu des liens précédemment établis entre la mentalisation et le contre-transfert, et entre la mentalisation et l'empathie générale, il semble vraisemblable que le contre-transfert et l'empathie générale des thérapeutes se recourent. Ces liens théoriques ne permettent toutefois pas d'inférer le sens du lien entre l'empathie générale des thérapeutes et leur contre-transfert, mais les résultats obtenus dans la présente étude

indiquent que le sens est positif autant pour l'intensité du contre-transfert positif que négatif. Cette piste explicative plausible mériterait toutefois d'être répliquée empiriquement afin d'être validée.

Un autre élément permettant possiblement d'expliquer en partie les résultats obtenus relativement à cette hypothèse concerne l'instrument utilisé pour mesurer l'empathie générale des thérapeutes. Tel que mentionné précédemment, près de la moitié de la variance du modèle expliquant le contre-transfert positif vient de la contribution unique de l'échelle sur les fantaisies de l'IRI (Davis, 1980), un instrument de mesure comprenant au total quatre échelles. La tendance statistique positive observée entre l'empathie générale des thérapeutes et le contre-transfert négatif est aussi expliquée en bonne partie par la contribution unique de l'échelle sur les fantaisies. Bien que les études s'étant spécifiquement intéressées aux propriétés psychométriques de l'IRI (Davis, 1980) dans les versions originales et traduites réitèrent la validité et la composition factorielle de cet instrument (Fernandez, Dufey, & Kramp, 2011; Gilet et al., 2012; Pulos, Elison, & Lennon, 2004), d'autres concluent que l'IRI constitue un instrument controversé, particulièrement l'échelle sur les fantaisies (Nomura & Akai, 2012).

Malgré que les trois autres échelles de l'IRI ont aussi été critiquées pour différentes raisons (Jolliffe & Farrington, 2004, 2006), ce sont les critiques portant sur l'échelle sur les fantaisies qui seront ici davantage explorées, considérant les résultats obtenus dans la présente étude. Tout d'abord, l'échelle sur les fantaisies est souvent mise de côté dans les

études utilisant l'IRI, puisque les résultats de cette échelle semblent souvent ne pas correspondre à ceux des autres échelles de l'IRI (Davis, 1980). Il semble que cette échelle est habituellement la plus difficile à interpréter puisque ses items font référence à des personnages fictifs (Nomura & Akai, 2012) et évaluent davantage l'imagination que l'empathie (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Spreng et al., 2009). Une étude (Nomura & Akai, 2012) s'intéressant à l'empathie sollicitée par les histoires et les personnages fictifs a d'ailleurs conclu que la place de l'échelle sur les fantaisies dans l'IRI devrait être reconsidérée. Il est toutefois à noter que dans la présente étude, les corrélations entre les différentes échelles de l'IRI indiquent que l'échelle sur les fantaisies n'est pas plus indépendante que les autres échelles de l'instrument. Malgré cela, il est pertinent d'y porter une attention particulière, puisque la majorité de la variance du contre-transfert selon l'empathie générale est expliquée par la contribution unique de cette échelle, qui selon plusieurs points de vue, demeure controversée.

Tel que mentionné précédemment, l'échelle sur les fantaisies mesure la tendance d'une personne à se transposer dans des situations fictives en s'identifiant aux sentiments et aux actions d'un personnage de livre, de film, etc. (Davis, 1980, 1983). Il semble par ailleurs que les items de l'échelle sur les fantaisies réfèrent davantage au mode de fonctionnement implicite de l'empathie générale (p. ex. " Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, j'ai l'impression d'être un des personnages."), comparativement à d'autres items de l'IRI qui réfèrent davantage au mode explicite de l'empathie générale (p.

ex. "Je crois qu'il existe deux côtés pour toute question et j'essaie de les envisager tous les deux.").

Par conséquent, les items de l'échelle sur les fantaisies pourraient avoir un impact d'autant plus grand dans la présente étude, puisque la clientèle sur laquelle repose cette étude est reconnue pour son utilisation plus importante de mécanismes de défense primitifs tels que l'identification projective, qui implique en contrepartie l'identification introjective du thérapeute, qui réfère à la tendance implicite d'un thérapeute à s'identifier ou non avec le type de matériel psychique projeté par un client (Gabbard & Wilkinson, 2000). En raison de sa nature, la clientèle ciblée est particulièrement susceptible de recourir au mécanisme d'identification projective. Tel que décrit précédemment, ce mécanisme tend à solliciter un processus d'identification introjective chez les thérapeutes. Or, il est probable que certains thérapeutes soient davantage disposés à ce processus et il se pourrait justement que l'échelle sur les fantaisies de l'IRI évalue, à tout le moins en partie, cette disposition.

Plus les thérapeutes sont disposés, ouverts et disponibles à ce processus d'identification introjective, plus ce qui est projeté risque de prendre de l'ampleur, prendre forme et résonner en eux, ce qui pourrait se refléter dans l'intensité accrue de leur contre-transfert. Appuyant, du moins en partie, cette possibilité, il a été démontré que les personnes ayant des scores plus élevés à l'échelle sur les fantaisies démontrent une tendance à être plus sensibles aux autres et à exprimer davantage de réponses

émotionnelles (Davis, 1983), ce qui recoupe vraisemblablement le contre-transfert. Compte tenu de ce qui précède, il semble donc cohérent que dans la présente étude l'ampleur de l'empathie générale des thérapeutes, et particulièrement la contribution de l'échelle sur les fantaisies, soit associée à un contre-transfert positif significativement plus intense et à un contre-transfert négatif qui a aussi tendance à être plus intense. Ces liens théoriques mériteraient toutefois de faire l'objet d'investigations empiriques plus poussées afin d'être validés.

Finalement, l'instrument de mesure qui a été utilisé pour mesurer les réactions contre-transférentielles des thérapeutes, le CQ (Betan et al., 2005), est aussi susceptible d'avoir influencé les résultats obtenus relativement à la cinquième hypothèse. Effectivement, comme le CQ est un instrument de mesure autorévélee et qu'il a été utilisé de façon rétrospective dans la présente étude, il est vraisemblable que les réactions contre-transférentielles conscientes ont davantage été mesurées que les réactions contre-transférentielles inconscientes. Bien que le CQ mesure notamment l'aspect comportemental du contre-transfert, associé aux passages à l'acte contre-transférentiels, il est plausible de croire que les réactions contre-transférentielles comportementales qui sont mesurées par cet instrument sont davantage conscientes et que si des passages à l'acte contre-transférentiels ont eu lieu, ils ont été reconnus par les thérapeutes par la suite, puisque ces réactions ont été rapportées par les thérapeutes eux-mêmes de façon rétrospective. De plus, il est plausible qu'en comparaison avec d'autres mesures du contre-transfert, par exemple la méthode de Yulis et Kiesler (1968), le CQ est davantage

influencé par l'ouverture des thérapeutes aux différentes composantes de leur contre-transfert que par leurs agissements contre-transférentiels en tant que tels. Par conséquent, les résultats indiquant que le contre-transfert positif et négatif des thérapeutes varie positivement selon l'empathie générale des thérapeutes semblent cohérents avec ce qu'il est possible de recenser dans la littérature à l'effet que l'ouverture des thérapeutes à leurs réactions contre-transférentielles, positives et négatives, est positivement associée avec leur empathie générale (Peabody & Gelso, 1982).

En résumé, il est clair que le contre-transfert et l'empathie sont des concepts complexes et que les recoupements entre eux sont nombreux. Les hypothèses avancées concernant les liens avec la mentalisation et l'influence des instruments de mesure utilisés sont des pistes explicatives exploratoires intéressantes qui demanderaient à être explorées davantage et étudiées empiriquement. D'autant plus que la littérature sur laquelle s'appuyait l'hypothèse de départ était très peu étayée en raison du vide scientifique au sujet des liens entre le contre-transfert et l'empathie générale dans la littérature.

Sixième hypothèse (quatrième volet)

L'hypothèse 6) postule qu'il sera possible de dégager un profil de réponses contre-transférentielles chez les thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite et de reproduire celui déjà établi par Betan et al. (2005) pour les thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité

narcissique pour ensuite contraster ces deux profils. Il est attendu de ces deux profils qu'ils montrent des différences sur le plan des facteurs du contre-transfert, mais présentent comme point commun un contre-transfert négatif global. Les résultats obtenus démontrent qu'un profil de réponses contre-transférentielles chez les thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite a été dégagé par contraste avec le profil observé avec le trouble narcissique et que les facteurs positif/satisfait et parental/protecteur sont significativement plus élevés avec cette clientèle. Quant au trouble de la personnalité narcissique, les résultats indiquent que les facteurs critiqué/maltraité, impuissant/inadéquat, et désengagé sont significativement plus élevés que les autres facteurs avec cette clientèle qu'avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité limite. La prédominance de ces trois facteurs en lien avec le trouble narcissique correspond de très près au profil de réponses contre-transférentielles obtenus par Betan et al. (2005) avec la même clientèle. Tel qu'attendu, les profils de réponses contre-transférentielles en lien avec les troubles de la personnalité limite et narcissique diffèrent donc sur le plan des facteurs contre-transférentiels. Toutefois, ces deux profils ne présentent pas comme point commun un contre-transfert négatif global, tel que postulé par l'hypothèse de départ puisque les facteurs les plus élevés du profil limite sont deux facteurs positifs. En somme, ces résultats ne corroborent que partiellement l'hypothèse 6).

Concernant le trouble de la personnalité limite, les résultats obtenus aux analyses de profils sont analogues aux résultats obtenus dans la vérification de la première hypothèse,

qui indiquent que la gravité du trouble de la personnalité limite est positivement liée au contre-transfert positif global. Compte tenu de ces résultats, il est cohérent que les analyses de profils effectuées révèlent que le trouble de la personnalité limite est lié à des facteurs contre-transférentiels (positif/satisfait et parental/protecteur) qui constituent la majeure partie du facteur du contre-transfert positif global dans la présente étude.

Par ailleurs, les résultats des analyses de profils réalisées en lien avec le trouble de la personnalité limite mettent en lumière un aspect supplémentaire du contre-transfert des thérapeutes. Le fait que les facteurs contre-transférentiels positif/satisfait et parental/protecteur sont plus élevés en lien avec les clients présentant un trouble de la personnalité limite qu'avec ceux présentant un trouble de la personnalité narcissique ne signifie pas que le contre-transfert des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite est généralement et exclusivement positif. En effet, les facteurs critiqué/maltraité et impuissant/inadéquat, qui constituent dans la présente étude une partie très importante du facteur du contre-transfert négatif global, sont tout de même passablement élevés, à un degré assurément significatif sur le plan clinique. Ceci suggère que le contre-transfert vécu par les thérapeutes avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite est peut-être plus complexe et moins unilatéral que celui vécu avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique, en raison de la présence de facteurs contre-transférentiels négatifs seulement légèrement moindres en importance que les facteurs contre-transférentiels positifs.

Tel que mentionné précédemment, aucun profil de réponses contre-transférentielles mesuré empiriquement et précisément en lien avec le trouble de la personnalité limite n'a été recensé dans la littérature. Par ailleurs, les études empiriques et la littérature théorique recensées sur les liens entre le trouble de la personnalité limite et le contre-transfert des thérapeutes indiquent que ce trouble suscite des réactions négatives chez les thérapeutes (Betan et al., 2005; Brody & Farber, 1996; Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010; McIntyre & Schwartz, 1998; Rossberg et al., 2007). Les résultats des analyses de profils, qui indiquent que des facteurs contre-transférentiels positifs (parental/protecteur et positif/satisfait) sont significativement liés au trouble de la personnalité limite, diffèrent donc considérablement de ce qui est recensé dans la littérature à ce sujet. Différentes pistes explicatives sont à même d'éclaircir ces résultats.

Tel que mentionné précédemment, la comorbidité élevée entre les différents troubles de la personnalité du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al, 2013; Kernberg & Caligor, 2005; PDM Task Force, 2006) suppose que les clients qui présentent un trouble de la personnalité limite sur qui se basent les analyses de profil présentent aussi des traits ou troubles de la personnalité comorbides, possiblement associés à des réactions contre-transférentielles positives. Tel que spécifié dans la section présentant les résultats, seule la présence comorbide du trouble de la personnalité narcissique a été contrôlée, ce qui laisse place à la présence possible d'autres troubles de la personnalité comorbide, comme le trouble de la personnalité dépendante. Effectivement, tel qu'expliqué en détail dans la discussion de la

première hypothèse, la présence de trouble ou de traits de la personnalité dépendante chez les clients présentant un trouble de la personnalité limite dans l'échantillon de la présente étude semble liée au contre-transfert positif des thérapeutes. La présence comorbide du trouble de la personnalité dépendante dans l'échantillon explique donc possiblement en partie les résultats obtenus aux analyses de profils indiquant que les thérapeutes de clients présentant un trouble de la personnalité limite ont des réactions contre-transférentielles positives.

Mis à part l'effet de troubles ou de traits de la personnalité comorbide chez les clients présentant un trouble de la personnalité limite dans l'échantillon de la présente étude, il est plausible que l'hétérogénéité qui existe au sein même du diagnostic de trouble de la personnalité limite contribue aux résultats obtenus aux analyses de profils concernant le trouble de la personnalité limite (Clarkin, 2006; Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008).

Tout d'abord, conformément à l'approche catégorielle du DSM IV-TR, il suffit qu'une personne présente au minimum cinq des neuf critères diagnostiques associés au trouble de la personnalité limite pour recevoir ce diagnostic (American Psychiatric Association, 2003). Cela suppose que des mélanges de critères diagnostiques très différents peuvent être à l'origine du même diagnostic de trouble de la personnalité limite. Par exemple, deux personnes présentant un trouble de la personnalité limite peuvent n'avoir en commun qu'un seul critère diagnostique (puisque'il en faut cinq sur neuf au minimum).

Sans compter que deux personnes peuvent présenter les mêmes critères diagnostics du trouble de la personnalité limite de façons différentes (Clarkin, 2006; Critchfield et al. 2008).

Par conséquent, des efforts empiriques ont été menés afin d'identifier les différents sous-types de trouble de la personnalité limite existant, tel que mentionné dans la discussion de la première hypothèse. Différents sous-types de trouble de la personnalité limite ont été identifiés empiriquement (Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008). De ces sous-types, les groupes 1 (Lezenweger et al., 2008) et C (Critchfield et al., 2008) sont possiblement représentés dans l'échantillon de la présente étude et à même d'entraîner des réactions contre-transférentielles positives chez les thérapeutes de clients présentant un trouble de la personnalité limite dont la gravité est la plus élevée. Effectivement, le biais d'échantillonnage dont il a été question précédemment suggère que les clients dont la gravité du trouble de la personnalité limite est la plus élevée dans la présente étude ne présentent que très peu de facettes narcissiques et correspondent aux sous-types de troubles de la personnalité limite groupes 1 (Lezenweger et al., 2008) et C (Critchfield et al., 2008). Il est possible de se référer à la discussion de la première hypothèse pour obtenir le détail de ce raisonnement.

Ceci étant dit, comme les analyses de profils ne portent que sur les clients présentant un trouble de la personnalité limite et exclut ceux qui ne présentent que des traits, il est fort probable que ces analyses ne portent que sur les clients dont la gravité du trouble de

la personnalité limite est la plus élevée et qui correspondent donc aux sous-types de trouble de la personnalité limite groupes 1 (Lezenweger et al., 2008) et C (Critchfield et al., 2008) susceptibles d'entraîner des réactions contre-transférentielles positives. La présence importante des sous-types de trouble de la personnalité limite groupes 1 (Lezenweger et al., 2008) et C (Critchfield et al., 2008) dans l'échantillon de la présente étude est ainsi fort possiblement liée aux résultats obtenus à l'analyse de profil réalisée avec le trouble de la personnalité limite. Cependant, l'absence de littérature sur les liens entre ces différents sous-types de trouble de la personnalité limite et les réactions contre-transférentielles des thérapeutes réitère l'importance d'être prudent quant à cette piste explicative, qui mériterait d'être validée empiriquement.

D'un point de vue théorique, certaines informations recensées dans la littérature pourraient aider à comprendre que le profil de réponses contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite est positif, plus précisément significativement lié aux facteurs positif/satisfait et parental/protecteur. Premièrement, il semble que les clients présentant un trouble de la personnalité limite ne ressentent généralement pas de difficulté à se retrouver dans une relation de dépendance et à être pris en charge (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013). Cela semble vraisemblablement lié au facteur contre-transférentiel parental/protecteur identifié comme positivement lié au trouble de la personnalité limite dans cette étude.

Deuxièmement, les relations d'objet activées par les personnes présentant un trouble

de la personnalité limite ont tendance à changer rapidement, plus que chez les personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique (Diamonds & Yeomans, 2008; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013; Stern et al., 2013). Cela suppose que davantage de réactions contre-transférentielles différentes, positives et négatives, peuvent être vécues en alternance par les thérapeutes, notamment via l'identification projective. Cela a possiblement joué dans les résultats obtenus indiquant que le profil de réponses contre-transférentielles des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite est significativement positif, mais que certains facteurs contre-transférentiels négatifs sont tout de même présents. Bien entendu, cette piste explicative hypothétique mériterait d'être vérifiée empiriquement.

En résumé, le profil de réponses contre-transférentielles dégagé en lien avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite se distingue du profil établi pour le trouble de la personnalité narcissique et met en lumière les réactions contre-transférentielles diversifiées des thérapeutes. Bien que les pistes explicatives avancées en lien avec les résultats obtenus mériteraient de faire l'objet d'autres recherches, il apparaît vraisemblable que le profil de réponses contre-transférentielles obtenu en lien avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité limite reflète la grande comorbidité qui existe au sein de l'Axe II du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al, 2013; Kernberg & Caligor, 2005; PDM Task Force, 2006), l'hétérogénéité du diagnostic même de trouble

de la personnalité limite (Clarkin, 2006; Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008) et les relations d'objet des clients qui présentent un trouble de la personnalité limite. Cependant, comme ce profil ne s'appuie pas sur des résultats comparables, comme c'est le cas pour le profil dégagé pour le trouble de la personnalité narcissique, il demanderait à être reproduit dans d'autres études.

Relativement au trouble de la personnalité narcissique, les résultats obtenus corroborent l'hypothèse de départ et indiquent qu'il est possible de dégager un profil de réponses contre-transférentielles globalement négatif, qui concorde avec le profil de réponses contre-transférentielles dégagé par Betan et al. (2005) pour ce trouble. Il apparaît donc que le contre-transfert des thérapeutes travaillant avec cette clientèle est lié aux facteurs contre-transférentiels critiqué/maltraité, impuissant/inadéquat, et désengagé. Comparativement au profil de réponses contre-transférentielles dégagé en lien avec le trouble de la personnalité limite, ce profil semble davantage polarisé, car les composantes négatives se démarquent plus nettement en intensité des composantes positives.

Au sujet du recoupement entre les observations de Betan et al. (2005) et les résultats de la présente étude concernant le profil de réponses contre-transférentielles des thérapeutes en lien avec des clients présentant un trouble narcissique, mentionnons que ces auteurs (Betan et al., 2005) avaient identifié les 30 items du CQ qui correspondaient le plus au trouble de la personnalité narcissique. De ces items, 63 % font partie des

facteurs identifiés dans la présente étude comme étant significativement le plus en lien avec le trouble de la personnalité narcissique. Notons que puisqu'ils (Betan et al., 2005) utilisaient une version préliminaire du CQ, cinq des items identifiés comme étant en lien avec le trouble de la personnalité narcissique ne font désormais plus partie d'aucun des huit facteurs contre-transférentiels reconnus du CQ. Cela réduit d'autant plus la correspondance entre leurs résultats et ceux de la présente étude, car en soustrayant ces items de ceux identifiés par Betan et al. (2005) comme étant le plus en lien avec le trouble de la personnalité narcissique, la correspondance entre leurs résultats et ceux de la présente étude est alors de 80 %.

Ce lien positif entre le trouble de la personnalité narcissique et le contre-transfert négatif est aussi largement appuyé par la littérature théorique. Brièvement, le mode de relations d'objet des individus narcissiques est typiquement constitué d'une représentation de soi stable, grandiose, omnipotente et d'une représentation de l'autre, à l'opposé, insignifiant, sans valeur et dévalué (Diamond et al., 2013; Diamond & Yeomans, 2008; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013; Stern et al., 2013). Les thérapeutes de clients présentant un trouble de la personnalité narcissique peuvent donc être amenés à vivre des réactions contre-transférentielles négatives intenses, notamment via l'identification projective, où ils sont susceptibles de se sentir ignorés, irrités, déshumanisés, ennuyés, désengagés, impatientes, etc. (Bateman, 1998; Gabbard, 2009; McWilliams, 1994). De plus, les relations d'objet activées des personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique sont plus stables que celles des

personnes présentant un trouble de la personnalité limite (Diamonds & Yeomans, 2008; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013; Stern et al., 2013). Cela implique vraisemblablement moins de variations dans le contre-transfert des thérapeutes et explique possiblement que le profil de réponses contre-transférentielles en lien avec le trouble de la personnalité narcissique est plus polarisé que celui qui est lié au trouble de la personnalité limite.

Un dernier élément ayant possiblement contribué à la corroboration de l'hypothèse de départ relativement au trouble de la personnalité narcissique concerne le diagnostic même du trouble de la personnalité narcissique. À la différence du trouble de la personnalité limite, les critères diagnostiques proposés par le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) pour le trouble de la personnalité narcissique semblent plutôt homogènes. Ces critères ne ciblent pas tous les sous-types de troubles de la personnalité narcissique, mais uniquement le sous-type plus arrogant et exhibitionniste, qui agit sa grandiosité et demande beaucoup d'attention de la part des autres. Bien que les enjeux intrapsychiques soient les mêmes chez les différents sous-types de trouble de la personnalité narcissique, notamment quant à la régulation difficile de l'estime de soi et quant aux fantaisies grandioses, les personnes ayant des fantaisies grandioses qu'elles n'agissent pas sont exclues des critères diagnostiques que le DSM IV-TR propose pour le trouble de la personnalité narcissique (Bessette, 2007; Gabbard, 2009; Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008).

Plus précisément, les autres sous-types de trouble de la personnalité narcissique recensés sont les sous-types: vulnérabilité narcissique (*narcissistic vulnerability*; Pincus, Cain, & Wright, 2014), garde-robe (*closet*; Masterson, 2000), déprimé/épuisé (*depressed/depleted*; PDM Task Force, 2006), hypervigilant (*hypervigilant*; Gabbard, 2009), vulnérable-sensible (*vulnerability-sensitivity*; Wink, 1991), et à peau-mince (*thin-skinned*; Rosenfeld, 1987). Ces derniers sous-types sont typiquement décrits comme étant inhibés, introvertis, anxieux, comme évitant d'attirer l'attention des autres sur eux, sensibles aux réactions d'autrui et aux critiques et comme ayant un fort sentiment d'être inadéquats. Par conséquent, les réactions contre-transférentielles des thérapeutes à l'égard de ces derniers sous-types de trouble de la personnalité narcissique risquent d'être différentes. Par exemple, les thérapeutes sont susceptibles de sentir que leurs moindres gestes sont sous haute surveillance (Gabbard, 2009), ou encore être davantage portés à rassurer le client et lui donner des conseils (Bateman, 1998). Ceci implique possiblement que les résultats de l'analyse de profil réalisée en lien le trouble de la personnalité narcissique sont plus polarisés que ceux obtenus en lien avec le trouble de la personnalité limite. Effectivement, moins de diversité dans la catégorie diagnostique du trouble narcissique suppose moins de diversité dans les réactions contre-transférentielles associées.

Relativement à l'hypothèse de départ, il est donc possible de statuer que le profil de réponses contre-transférentielles déjà établi par Betan et al. (2005) en lien avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique a été reproduit avec très peu

de variations. Tel qu'indiqué ci-dessus, ce profil correspond à ce qui est possible de recenser dans la littérature et il se démarque significativement sur le plan statistique du profil dégagé pour le trouble de la personnalité limite.

Retombées cliniques

La présente étude a permis d'identifier des liens empiriques significatifs utiles dans le traitement des troubles de la personnalité. La gravité du trouble de la personnalité limite est associée à des réactions contre-transférentielles positives plus intenses. D'autre part, la gravité du trouble de la personnalité narcissique est associée à des réactions contre-transférentielles négatives plus intenses et à une empathie spécifique plus faible chez les thérapeutes. La sévérité de l'organisation de la personnalité borderline explique d'ailleurs une partie supplémentaire du contre-transfert et de l'empathie spécifique des thérapeutes. Des profils de réponses contre-transférentielles établis en lien avec ces deux troubles de la personnalité vont dans le même sens et indiquent que ces troubles sont respectivement liés à des réactions contre-transférentielles positives et négatives plus élevées.

Comme la capacité à conceptualiser les réactions contre-transférentielles est centrale dans le traitement des troubles de la personnalité (Gabbard, 2009; Gabbard & Wilkinson, 2000; Kernberg, 2010) et que l'empathie spécifique est associée aux gains thérapeutiques (Elliott et al., 2011; Orlinsky et al., 2004; Orlinsky et al., 1994), il apparaît que les résultats de cette étude pourront contribuer à l'amélioration de l'évaluation et du traitement des troubles de la personnalité limite et narcissique, tel que détaillé ci-dessous.

Ces retombées cliniques sont d'autant plus importantes considérant que cette clientèle est reconnue comme étant difficile et que son traitement pourrait être affecté négativement par les réactions des thérapeutes (Betan et al., 2005; Clarkin et al., 2007; Diamond et al., 2013; Gabbard, 1994, 2009; Kernberg, 2010; Kernberg, & Michels, 2009; Levy et al., 2006; Searles, 1979; Stone, 1993, 2003; Volkan, 1993).

Les résultats de la présente étude confirment l'importance du contre-transfert dans le traitement d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique, vu sa présence significativement plus intense plus la gravité du trouble de la personnalité l'est et plus l'organisation de la personnalité borderline est sévère. Ces résultats apparaissent comme un appui empirique partiel supplémentaire au modèle de traitement des troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005), la psychothérapie focalisée sur le transfert, qui indique qu'avec une clientèle dont le trouble de la personnalité repose sur une organisation de la personnalité borderline, la majorité de l'information n'est pas transmise aux thérapeutes via les communications verbales du client, mais plutôt via le comportement non verbal du client et le contre-transfert du thérapeute. Des réactions contre-transférentielles intenses sont susceptibles d'apparaître rapidement dans le processus de psychothérapie. Ces réactions reflètent par moment la représentation internalisée à laquelle le client s'identifie (contre-transfert concordant) et à d'autres moments la représentation internalisée qui est complémentaire à celle à laquelle le client s'identifie (contre-transfert complémentaire) (Kernberg, 2004, 2010). Dans ce modèle, les réactions contre-transférentielles sont considérées comme un outil

thérapeutique majeur dans l'analyse du transfert du client et sont tolérées et analysées afin de clarifier les relations d'objet dyadiques activées chez le client (Kernberg, 2010; Kernberg et al., 2008).

Les résultats de la présente étude apparaissent utiles pour les thérapeutes de différentes orientations théoriques. Autant pour les thérapeutes d'orientation théorique psychodynamique dont l'approche favorise l'expression des réactions transférentielles négatives, et en contrepartie l'émergence et l'exploration de réactions contre-transférentielles négatives, que pour les thérapeutes d'orientation théorique dont l'approche ne met pas l'accent sur les réactions transférentielles et contre-transférentielles négatives, mais cherche plutôt à les transformer en réactions transférentielles et contre-transférentielles positives, comme c'est le cas pour plusieurs approches cognitives comportementales (Kernberg et al., 2008; Wenzel et al. 2006; Young et al., 2003). Les résultats de la présente étude permettent donc de cerner les réactions communes suscitées par cette clientèle et ainsi fournit aux thérapeutes de toutes les orientations théoriques un appui empirique pour évaluer si leurs réactions correspondent aux réactions observées de façon similaire chez les thérapeutes travaillant avec cette clientèle. Ces informations pourront être utiles dans le diagnostic, le travail thérapeutique et l'identification des différents facteurs pouvant influencer les réactions contre-transférentielles et le niveau d'empathie des thérapeutes.

À la lumière des résultats obtenus, la présence de réactions contre-transférentielles positives ou négatives plus intenses peut contribuer à l'évaluation diagnostique d'un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Le profil dégagé en lien avec le trouble de la personnalité limite est particulièrement intéressant du fait que les facteurs du contre-transfert les plus élevés sont positifs (facteurs du contre-transfert positif/satisfait et parental/protecteur), mais que des facteurs négatifs sont aussi présents à un niveau passablement élevé (facteurs du contre-transfert critiqué/maltraité et impuissant/inadéquat). Ces résultats sont susceptibles d'aider les thérapeutes à porter attention aux aspects positifs et négatifs de leur contre-transfert avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite. De plus, comme la littérature indique que les réactions contre-transférentielles associées au trouble de la personnalité limite sont généralement négatives (Betan et al., 2005; Gabbard, 2009; Kernberg, 2010; Kernberg & Michels, 2009; Searles, 1979; Volkan, 1993), les résultats obtenus dans la présente étude pourront possiblement aider les thérapeutes ayant des réactions contre-transférentielles positives, voire un désir de prendre en charge, de mater et de protéger un client, à ne pas exclure le trouble de la personnalité limite dans leur évaluation diagnostique.

D'autre part, la corroboration du profil de réponses contre-transférentielles négatives établi par Betan et al. (2005) en lien avec le trouble de la personnalité narcissique peut aussi contribuer à l'évaluation diagnostique de ce trouble, tout comme les résultats indiquant que l'empathie spécifique des thérapeutes est significativement plus faible plus la gravité de ce trouble est importante. Il est vraisemblable qu'un thérapeute se sentant

critiqué, inadéquat et peu empathique puisse être plus enclin à évaluer la présence du trouble ou de traits narcissique chez son client, s'il sait que ce type de réactions contre-transférentielles est associé à ce trouble.

Outre l'utilité des résultats obtenus dans la présente étude relativement à l'évaluation diagnostique, l'intensité des réactions contre-transférentielles et le niveau d'empathie spécifique des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique ont une très grande utilité dans les interventions thérapeutiques. Savoir que des réactions contre-transférentielles "objectives" existent en lien avec la gravité de ces troubles de la personnalité pourrait aider les thérapeutes à davantage utiliser leurs réactions dans une visée thérapeutique. Par exemple, un thérapeute ressentant de la colère ou très peu d'empathie envers un client présentant un trouble de la personnalité narcissique pourrait être amené plus rapidement à réfléchir aux mécanismes de défense du client possiblement sous-jacents à sa colère s'il sait que des réactions négatives sont significativement présentes en lien avec cette clientèle. Autrement dit, l'attention accordée aux possibles mécanismes d'identification projective et d'identification introjective en jeu serait possiblement présente plus rapidement. Ainsi, l'exploration de ce qui appartient au client dans les réactions affectives, cognitives et comportementales des thérapeutes pourrait possiblement être plus fréquente et rapide, au service d'interventions thérapeutiques adressant les relations d'objet dyadiques activées chez le client.

Il est probable que les résultats de la présente étude aident les thérapeutes à concevoir certaines de leurs réactions comme des réactions contre-transférentielles et contribuent ainsi à prévenir des passages à l'acte contre-transférentiels. Effectivement, il apparaît qu'être conscient de son contre-transfert, qu'il soit davantage positif ou négatif, aide à ne pas l'agir (Yulis & Kiesler, 1968). Par exemple, un thérapeute envisageant mettre fin aux rencontres de psychothérapie avec un client parce que ce dernier ne cesse de lui refléter que la thérapie ne l'aide pas pourrait possiblement se questionner plus rapidement sur l'origine et la signification de ce désir d'interrompre la psychothérapie, sur le rôle qu'a pu jouer le client dans ce désir du thérapeute, sur ce que ces réactions transférentielles et contre-transférentielles communiquent sur les relations d'objet du client et sur les possibles interventions thérapeutiques qui pourraient être formulées à ce sujet, s'il sait que cela correspond aux réactions contre-transférentielles typiques de désengagement qui sont présentes chez les thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique.

Les résultats obtenus dans la présente étude à l'effet que l'intensité du contre-transfert positif est significativement liée à l'empathie générale et que l'intensité du contre-transfert négatif tend à être aussi positivement lié à l'empathie générale des thérapeutes indiquent que les habiletés empathiques de base des thérapeutes permettent de prédire l'intensité du contre-transfert des thérapeutes tant dans ses facettes positives que négatives. Tel que mentionné dans la discussion de ces résultats, les pistes explicatives quant aux résultats obtenus suggèrent que la capacité de mentalisation des thérapeutes

présente des recoupements importants avec leur habileté empathique de base et leur contre-transfert. Bien que cette piste explicative demeure théorique et qu'elle mériterait d'être approfondie empiriquement, cela suggère que de viser à augmenter la capacité de mentalisation des thérapeutes pourrait avoir des répercussions positives sur leur empathie générale et leur ouverture à leur contre-transfert. Par ailleurs, les thérapeutes particulièrement ouverts et disponibles à l'identification introjective, une caractéristique postulée en lien avec une des facettes (échelle sur les fantaisie) de l'empathie générale, puisqu'ils sont susceptibles de vivre un contre-transfert plus intense que les autres, auront probablement besoin d'activer davantage leurs capacités de mentalisation de façon à « contenir », au sens de Bion, cette expérience affective. Dans ce contexte, l'ouverture ou la disponibilité à l'identification introjective ne représente certes pas une limite, car elle risque de mettre le thérapeute plus rapidement en contact avec les phénomènes affectifs en cours de déroulement et, possiblement, en tant que sensibilité à ces phénomènes, pourra rendre possible la perception de nuances particulièrement importantes.

Globalement, les retombées cliniques de cette étude se situent au niveau de l'amélioration des services offerts à une clientèle ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique et partageant une organisation de la personnalité borderline par la réflexion des thérapeutes sur leurs réactions contre-transférentielles et leur niveau d'empathie au service du diagnostic et du traitement de cette clientèle.

Pistes de recherches futures

À la lumière de ce qui a été présenté dans le contexte théorique et la discussion des résultats obtenus, plusieurs pistes de recherches permettant éventuellement d'étudier les liens entre les variables de la présente étude de façon plus exhaustive émergent. Il serait pertinent d'étudier le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes en lien avec les différents sous-types de troubles de la personnalité limite (Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008) et narcissique (Gabbard, 2009; Kernberg, 2009; Masterson, 2000; PDM Task Force, 2006; Pincus et al., 2014; Rosenfeld, 1987; Wink, 1991) dont il a été question précédemment.

Effectivement, il apparaît que la classification catégorielle du DSM IV-TR du trouble de la personnalité limite est très hétérogène et comprend différents sous-types (Clarkin 2006; Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008). D'autre part, celle du trouble de la personnalité narcissique est plutôt homogène et cible uniquement le sous-type plus arrogant et exhibitionniste, qui agit sa grandiosité et demande beaucoup d'attention de la part des autres (Besette, 2007; Gabbard, 2009; Russ et al., 2008). Cela laisse donc de côté les sous-types de trouble de la personnalité narcissique plus introvertis, qui évitent généralement d'attirer l'attention des autres sur eux, mais qui ont tout de même des fantaisies de grandiosité et des difficultés au niveau de la régulation de leur estime personnelle (*closet*; Masterson, 2000; *depressed/depleted*; PDM Task Force, 2006; *hypervigilant*; Gabbard, 2009; *vulnerability-sensitivity*; Wink, 1991; *thin-skinned*; Rosenfeld, 1987).

Par conséquent, les résultats obtenus dans la présente étude relativement à l'impact de la gravité des troubles de la personnalité tels que définis par le DSM IV-TR sur le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes ne sont pas aussi précis qu'ils pourraient l'être si les différents sous-types de troubles de la personnalité limite et narcissique composaient les variables indépendantes. Bien entendu, dans une telle étude, il serait pertinent de maintenir l'ajout de la variable sur l'organisation de la personnalité borderline afin de rendre compte des recouvrements entre les différents sous-types de troubles de la personnalité limite et narcissique.

Les résultats obtenus dans la présente étude associant positivement la gravité du trouble de la personnalité limite avec un contre-transfert positif plus intense ne corroborent pas ce qui a été recensé dans la littérature et sont possiblement en partie attribuables à l'hétérogénéité du diagnostic de trouble de la personnalité limite (Clarkin 2006; Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008). Ainsi, étudier les variables du processus thérapeutique précisément en lien avec les différents sous-types de trouble de la personnalité limite générerait fort possiblement des résultats plus précis et fidèles à la réalité clinique en mettant en lumière quel sous-type de trouble de la personnalité limite est associé à des réactions contre-transférentielles positives plus intenses. D'autre part, cela permettrait aussi de mettre en lumière quels sous-types de trouble de la personnalité limite sont potentiellement associés à des réactions contre-transférentielles négatives plus intenses, tel que recensé dans la littérature. Ces résultats seraient vraisemblablement très utiles aux thérapeutes travaillant avec cette clientèle.

Identifier les réactions contre-transférentielles associées aux différents sous-types de troubles de la personnalité limite et narcissique pourrait aussi contribuer à l'identification plus précise des relations d'objet dyadiques qui sont typiquement activées chez ces clients. Nécessairement, en raison de l'hétérogénéité du diagnostic de trouble de la personnalité limite (Clarkin 2006; Clarkin et al., 1993; Critchfield et al., 2008; Lezenweger et al., 2008), ce qui a été recensé sur les relations d'objet dyadiques typiquement activées chez ces clients constitue un éventail très large, allant de relations d'objet impliquant un désir chez le client d'être pris en charge et materné (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013) à un sentiment de désengagement face aux rencontres de psychothérapie (Gabbard & Wilkinson, 2000). D'autre part, les relations d'objet des personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique sont habituellement décrites comme impliquant une représentation de soi grandiose et omnipotente et une représentation de l'autre inadéquat et sans valeur (Diamond et al., 2013; Diamond & Yeomans, 2008; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Yeomans, 2013; Stern et al., 2013). Cela ne correspond pas forcément aux sous-types de trouble de la personnalité narcissique qui sont plus introvertis. Par conséquent, l'identification plus précise des relations d'objet dyadiques typiquement activées chez les clients des différents sous-types de trouble de la personnalité limite et narcissique pourrait fournir un appui supplémentaire dans l'analyse du transfert du client et dans la formulation d'interventions thérapeutiques.

D'autre part, il serait utile de dégager un profil de réponses contre-transférentielles pour chaque trouble de la personnalité répertorié dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Par exemple, le trouble de la personnalité dépendante est très prévalent (American Psychiatric Association, 2003) et tel que mentionné dans la discussion des résultats obtenus dans la présente étude, il est susceptible de générer des réactions contre-transférentielles positives chez les thérapeutes. D'autant plus qu'en raison de la comorbidité élevée qui existe entre les différents troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al, 2013; Kernberg & Caligor 2005; PDM Task Force, 2006), il serait utile de connaître le profil de réponses contre-transférentielles associé à chaque trouble de la personnalité afin de mieux saisir l'impact d'un trouble ou de traits de la personnalité comorbide à un autre trouble de la personnalité. Par exemple, la présente étude postule que la présence comorbide du trouble de la personnalité dépendante est susceptible d'influencer positivement les réactions contre-transférentielles des thérapeutes à l'égard de clients présentant un trouble de la personnalité limite. Avoir un profil de réponses contre-transférentielles étudié empiriquement en lien avec le trouble de la personnalité dépendante apporterait un appui supplémentaire à cette piste explicative.

Relativement à l'empathie spécifique, les résultats obtenus dans la présente étude démontrent notamment que la gravité du trouble de la personnalité limite a tendance à être positivement associée à l'empathie spécifique des thérapeutes, lorsque celle-ci est

mesurée avec l'échelle analogue d'empathie spécifique, une échelle conçue pour la présente étude. Ces résultats ne corroborent pas l'hypothèse de départ, et comme ils n'ont pas non plus été corroborés par l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962), qui est l'autre mesure d'empathie spécifique utilisée dans la présente étude et qui présente de bonnes propriétés psychométriques (Barrett-Lennard, 1962; Gurman, 1977; Layton & Wykle, 1990), il serait essentiel d'approfondir ces analyses. En vertu de la similitude entre ces résultats et ceux obtenus relativement au contre-transfert des thérapeutes, il serait pertinent d'évaluer l'influence des différents sous-types de troubles de la personnalité limite sur l'empathie spécifique des thérapeutes.

D'autre part, il pourrait être intéressant de construire une échelle inspirée de l'échelle sur les fantaisies de l'IRI (Davis, 1980), qui mesure l'empathie générale dans la présente étude, mais qui s'appliquerait à un client spécifique dans le but d'identifier la disponibilité à l'identification introjective d'un thérapeute à l'endroit d'un client spécifique et à un moment précis. Cela permettrait notamment de valider la piste explicative postulée dans la discussion de la cinquième hypothèse, à l'effet que la clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique suscite particulièrement l'identification introjective chez certains thérapeutes.

La présente étude s'intéresse à la portion "objective" des réactions contre-transférentielles des thérapeutes en lien avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Néanmoins, les comportements et attitudes des clients

interagissent aussi avec la personnalité des thérapeutes et leurs conflits irrésolus. Ces aspects sont susceptibles de générer des réactions contre-transférentielles qui diffèrent chez les thérapeutes (Hayes, 2004). Ceci est d'autant plus vrai lorsque ces thérapeutes travaillent avec une clientèle ayant un mode de fonctionnement moins élevé, associé à une organisation de la personnalité borderline. Effectivement, il apparaît que l'impact de la personnalité des thérapeutes est moins grand en lien avec des clients ayant un mode de fonctionnement plus élevé (Stone, 1993).

Ainsi, ajouter des mesures de personnalité des thérapeutes à une étude comme celle-ci permettrait de faire des analyses qui pourraient à la fois clarifier la portion "objective" de leurs réactions contre-transférentielles avec cette clientèle, comme cela a été fait dans la présente étude, et à la fois de clarifier les réactions contre-transférentielles qui varient en fonction de la personnalité des thérapeutes. Bien qu'il est possible de recenser des études sur les liens entre la personnalité des thérapeutes et certaines variables du processus thérapeutique (Jiyoung & Gabsook ,2013; Morgan, 2012), aucune étude n'a été recensée au sujet de l'impact de la personnalité des thérapeutes sur la nature et l'intensité de leur contre-transfert en lien avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique reposant sur une organisation de la personnalité borderline. Cela apparaît comme une future piste de recherche pertinente.

Réaliser davantage de recherches sur l'empathie générale des thérapeutes semble définitivement une piste à explorer, puisque la majorité de la littérature sur l'empathie

fait référence à leur empathie spécifique. L'intérêt de pousser les recherches à ce sujet réside dans le fait que l'empathie générale fait référence à un trait de caractère stable. Par ailleurs, en raison des réserves recensées à l'égard de l'IRI (Nomura & Akai, 2012), il serait pertinent de vérifier si l'empathie générale influence effectivement la nature positive ou négative, et l'intensité du contre-transfert des thérapeutes. Pour valider ces résultats auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique, une autre mesure de l'empathie générale pourrait être utilisée, par exemple le *Toronto Emaphy Questionnaire*, qui présente de bonnes propriétés psychométriques (Spreng et al., 2009). Cela permettrait d'éliminer la possibilité élaborée précédemment, à l'effet que les résultats obtenus dans la présente étude sont dus à l'échelle sur les fantaisies, qui réfère à une identification implicite fortement sollicitée par les mécanismes de défense tels que l'identification projective présente chez les clients ayant un trouble de la personnalité limite ou narcissique.

D'autre part, tel que mentionné dans la discussion de la cinquième hypothèse, il apparaît que la mesure du contre-transfert utilisé dans la présente étude (CQ; Betan et al., 2013) évalue possiblement davantage les réactions contre-transférentielles conscientes qu'inconscientes, puisqu'elle est autorévélee. Ceci implique la possibilité que dans la présente étude, l'empathie générale des thérapeutes a été partiellement mise en lien avec leur ouverture à leur contre-transfert mais probablement peu avec leurs agissements contre-transférentiels inconscients. Afin d'avoir un portrait plus complet de l'impact de l'empathie générale des thérapeutes sur leur contre-transfert, il serait indiqué d'ajouter

une mesure, comme la méthode de Yulis et Kiesler (1968), qui évalue les agissements contre-transférentiels inconscients.

Afin de valider les résultats obtenus dans la présente étude, il serait pertinent de répliquer les analyses faites pour mesurer l'impact de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique sur le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes en ne demandant pas à un même thérapeute de répondre à des questionnaires sur un client présentant un trouble de la personnalité limite et par la suite sur un client présentant un trouble de la personnalité narcissique. Ce changement de procédure permettrait d'éviter le biais d'échantillonnage suspecté dans la présente étude. De plus, cela permettrait de vérifier si les différences observées dans la présente étude quant à la nature des réactions contre-transférentielles selon l'orientation théorique des thérapeutes demeurent, c'est-à-dire que le contre-transfert positif est plus intense seulement chez les cognitivo comportementaux, et que le contre-transfert négatif est plus intense seulement chez les psychodynamiciens.

Globalement, plusieurs pistes de recherches émergent de cette étude. Les principales concernent l'étude de l'impact des sous-types de troubles de la personnalité limite et narcissique sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes, la réalisation de profils de réponses contre-transférentielles associés à d'autres troubles de la personnalité, l'étude de la personnalité des thérapeutes, l'utilisation d'instruments de mesure supplémentaires et un changement de procédure. De futures recherches à ces sujets permettraient de

valider les résultats obtenus en plus d'approfondir et d'étudier plus exhaustivement les liens complexes entre les variables à l'étude.

Forces de l'étude

Tout d'abord, aucune étude ne rassemblant les variables du contre-transfert, de l'empathie, des troubles de la personnalité limite et narcissique et de l'organisation de la personnalité borderline n'a été recensée, bien que ce sont des concepts élaborés depuis longtemps, et qui présentent de multiples liens entre eux. Il semble particulièrement pertinent de mener une étude portant sur ces variables puisque la clientèle visée en est une qui est spécialement exigeante pour les thérapeutes, notamment en raison des réactions qu'elle suscite, réactions qui peuvent avoir une incidence importante sur le traitement et les gains thérapeutiques (Betan et al., 2005; Clarkin et al., 2007; Diamond et al., 2013; Gabbard, 2009; Kernberg, 2010; Kernberg & Michels, 2009; Levy et al., 2006; Searles, 1979; Stone, 1993, 2003; Volkan, 1993).

Il apparaît qu'un outil diagnostique tel que le DSM IV-TR ne soit pas suffisant pour rendre compte de la complexité des troubles de la personnalité limite et narcissique. Tel que mentionné précédemment, la classification catégorielle du DSM IV-TR exclut certains sous-types de troubles de la personnalité susceptibles de provoquer des réactions différentes chez les thérapeutes, notamment les sous-types de trouble de la personnalité narcissique qui sont plus introvertis (Gabbard, 2009; Kernberg, 2009; Masterson, 2000; PDM Task Force, 2006; Pincus et al., 2014; Rosenfeld, 1987; Wink, 1991). De plus, les

critères diagnostiques de l'axe II du DSM IV-TR sont amenés à fluctuer parfois assez rapidement dans le temps, et les personnes présentant des traits de personnalité moins graves, mais ayant tout de même des enjeux de personnalité substantiels risquent d'être sous-diagnostiquées (Westen & Arkowitz-Westen, 1998).

Compte tenu de ce qui précède, la mesure de l'organisation de la personnalité borderline constitue une force de la présente étude, car elle permet de saisir les dynamiques intrapsychiques qui sous-tendent les troubles de la personnalité limite et narcissique. Cette combinaison de mesures catégorielle et dimensionnelle a permis d'identifier les réactions contre-transférentielles et le niveau d'empathie spécifique des thérapeutes en lien avec ce qui est propre aux troubles de la personnalité limite et narcissique, et d'autre part de cibler ce qui est lié aux recouvrements entre ces deux troubles. D'ailleurs, ce devis a été créé en cohérence avec le modèle des troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005), qui comprend une classification catégorielle et une classification dimensionnelle des troubles de la personnalité.

Une autre force de la présente étude réside dans le choix d'étudier l'impact de la gravité des troubles de la personnalité spécifiquement, et non selon les groupes de troubles de la personnalité du DSM IV-TR (A, B et C). La majorité des études empiriques recensées portant sur l'impact des troubles de la personnalité limite et narcissique sur le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes ont étudié les troubles de la personnalité selon le groupe (A, B, ou C) ou l'organisation de la

personnalité (Betan & Westen, 2009; Betan et al., 2005; Brody & Farber, 1996; Rossberg et al., 2007). Cela n'a pas permis de distinguer l'impact du trouble de la personnalité limite de l'impact du trouble de la personnalité narcissique sur les réactions contre-transférentielles et l'empathie spécifique des thérapeutes. En ce sens, une autre force de la présente étude réside dans cette distinction qui a été faite, permettant de mesurer l'impact différent de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique sur le contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes. Cela a notamment permis de faire ressortir les composantes positives du contre-transfert des thérapeutes en lien avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite.

Dans le même ordre d'idées, les profils de réponses contre-transférentielles dégagés en lien avec les clients présentant un trouble de la personnalité limite et narcissique constituent une force importante de l'étude, compte tenu de leur spécificité. Tel que mentionné ci-dessus, ceci est particulièrement novateur en ce qui concerne le profil dégagé en lien avec le trouble de la personnalité limite puisque des aspects du contre-transfert positif insoupçonnés et non recensés dans la littérature ont été mis en lumière. Ce profil plus nuancé indique que des réactions contre-transférentielles positives sont significativement présentes, et que des réactions contre-transférentielles négatives sont aussi présentes à un niveau passablement élevé.

Quant au choix de l'instrument de mesure utilisé pour évaluer les réactions contre-transférentielles dans la présente étude, le CQ (Betan et al., 2005), il constitue aussi une

force de l'étude. Plusieurs études s'étant intéressés aux réactions contre-transférentielles des thérapeutes ont utilisé des mesures moins précises, par exemple des mesures de sentiments (Rossberg et al., 2007) ou de stress (McIntyre & Schwartz, 1998). De telles mesures sont possiblement moins valides qu'un outil construit spécifiquement pour évaluer des réactions contre-transférentielles. L'utilisation du CQ (Betan et al., 2005) dans la présente étude constitue donc une force, allant au-delà de ces lacunes méthodologiques identifiées dans d'autres études.

La distinction qui a été faite dans la présente étude entre l'empathie spécifique et l'empathie générale des thérapeutes permet de cerner plus spécifiquement le rôle de l'empathie. Comme l'une est susceptible de varier selon le client (empathie spécifique; Gladstein, 1987; Ham, 1987; Henry et al., 1986), et l'autre réfère à un trait de caractère relativement stable (empathie générale; Bonuso, 2014), il apparaît essentiel de les distinguer et de les interpréter différemment. C'est ce que cette étude a tenté de faire, contrairement à d'autres (p. ex. Brody & Farber, 1996), qui ont utilisé des mesures d'empathie spécifique et d'empathie générale dans une même étude et ont interprété les résultats obtenus sans différencier les deux types d'empathie.

L'échantillon de la présente étude est très représentatif démographiquement de la profession de psychologue au Québec. Ainsi, les résultats obtenus sont généralisables à cette profession. Dans la présente étude, 74,1 % des participants sont des femmes, et dans la pratique clinique des psychologues, 74,6 % sont des femmes (Service Canada,

2012). Quant aux milieux de pratique, plus de 47 % de l'échantillon de la présente étude est constitué de professionnels travaillant en pratique privée, comparé à 39,9 % des psychologues du Québec qui pratiquent en privé (Service Canada, 2012).

Finalement, la présente étude se démarque en utilisant un devis quantitatif permettant d'apporter des données empiriques, complémentaires à la littérature théorique et aux recherches qualitatives plus nombreuses sur le sujet. La force de l'étude réside dans l'alliance entre un devis quantitatif générant des données empiriques et des retombées cliniques importantes, puisque la théorie sur laquelle se base l'étude, la théorie des troubles de la personnalité de Kernberg et la psychothérapie focalisée sur le transfert (Kernberg & Caligor, 2005), est directement en lien avec la pratique clinique.

Limites

Il convient de terminer la discussion des résultats obtenus en présentant les limites inhérentes à l'étude. Tout d'abord, il est utile de rappeler que la procédure de la présente étude implique que les thérapeutes devaient réfléchir à un client présentant un trouble de la personnalité limite et à un client présentant un trouble de la personnalité narcissique pour répondre aux séries de questionnaires. Aucune indication n'a été donnée aux thérapeutes à l'effet que les clients sélectionnés ne devaient pas présenter de troubles de la personnalité comorbides.

Compte tenu de la comorbidité élevée entre les différents troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2003; Betan et al., 2005; Clarkin, 2008; Diamond et al, 2013; Kernberg & Caligor 2005; PDM Task Force, 2006), il est vraisemblable que les analyses de l'impact de la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique ont été menées en se basant sur des clients présentant en partie des troubles ou traits de la personnalité comorbides. Effectivement, il a été mentionné dans la discussion des résultats obtenus dans la vérification des hypothèses postulées au premier volet que la comorbidité, notamment du trouble de la personnalité dépendante, a possiblement eu un impact sur les résultats obtenus. Spécifier aux thérapeutes de sélectionner des clients qui ne présentent pas de trouble de la personnalité comorbide aurait permis d'éviter d'obtenir des résultats qui sont possiblement attribuables en partie à la comorbidité élevée entre les troubles de la personnalité en plus de permettre d'obtenir des profils de réponses contre-transférentielles plus "purs".

Relativement aux analyses de profils qui ont été effectués, les profils des clients présentant un trouble de la personnalité limite et un trouble de la personnalité narcissique comorbides ont été exclus des analyses afin de clarifier les profils. Toutefois, il apparaît que la comorbidité entre ces deux troubles représente un profil particulièrement difficile à traiter (Diamond et al., 2013). L'échantillon de la présente étude comprend 15 clients ayant ce profil. Bien que ce nombre soit peu élevé, il aurait été possible de dégager un profil de réponses contre-transférentielles exploratoire pour rendre compte de cette réalité clinique complexe. Il est possible de supposer que le profil

de réponses contre-transférentielles associé à cette comorbidité n'est pas simplement une addition ou une moyenne des deux profils de réponses contre-transférentielles déjà dégagés en lien avec ces troubles.

D'autre part, les profils de réponses contre-transférentielles dégagés en lien avec les troubles de la personnalité limite et narcissique, malgré qu'ils constituent une force de l'étude, représentent aussi une limite du fait que les troubles de la personnalité comorbides ayant possiblement influencés les résultats n'ont pas été pris en compte.

Au sujet de l'organisation de la personnalité des clients auxquels les thérapeutes font référence, un choix d'instrument de mesure plus valide aurait pu être fait. Tel que mentionné précédemment, le questionnaire sur l'organisation de la personnalité borderline utilisé a été conçu pour l'étude. Cela donne une couleur exploratoire aux résultats obtenus avec ce questionnaire. Le questionnaire comprend 4 items qui portent sur: la diffusion de l'identité, la qualité des mécanismes de défense, le contact avec la réalité et la qualité des relations d'objet. L'organisation de la personnalité borderline est habituellement définie selon trois aspects: la diffusion de l'identité, la qualité des mécanismes de défense et le contact avec la réalité. L'item sur la qualité des relations d'objet du questionnaire utilisé dans la présente étude n'est donc pas fidèle à la description de l'organisation de la personnalité borderline, bien que cet item a été inclus en référence au modèle des troubles de la personnalité de Kernberg, qui s'appuie sur la théorie des relations d'objet (Kernberg & Caligor, 2005). Pour pallier à cette limite, le

questionnaire aurait pu être construit en s'inspirant de mesures de l'organisation de la personnalité borderline déjà validées présentant de bonnes propriétés psychométriques, tels que le STIPO (Stern et al., 2010) et l'IPO (Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002). Cela aurait vraisemblablement permis de créer un instrument plus valide et plus près de la description articulée par la théorie sur les troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005), qui constitue le modèle de référence dans la présente étude.

D'autre part, l'item portant sur la qualité des mécanismes de défense dans le questionnaire qui a été conçu sur l'organisation de la personnalité borderline n'est probablement pas suffisamment opérationnalisé pour être compris de la même façon par des thérapeutes d'orientation théorique autre que psychodynamique. Effectivement, les exemples de mécanismes de défense compris dans l'item (p. ex. clivage, acting out, identification projective, répression) sont issus de la théorie psychanalytique. Il aurait été préférable d'accompagner ces exemples de définitions pouvant être comprises par des thérapeutes de différentes orientations théoriques, notamment d'orientation cognitive comportementale puisqu'ils sont bien représentés dans l'échantillon de l'étude. Ces exemples constituent donc une limite puisqu'ils réduisent la validité de l'instrument.

Une limite inhérente au deuxième volet de la présente étude concerne la mesure de l'empathie spécifique des thérapeutes. L'échelle analogue d'empathie spécifique, conçue pour la présente étude, n'a pas été validée, contrairement à l'échelle de compréhension

empathique du BLRI qui présente de bonnes propriétés psychométriques (Barrett-Lennard, 1962; Gurman, 1977; Layton & Wykle, 1990). Par ailleurs, l'échelle analogue d'empathie spécifique a généré des résultats qui ne sont pas cohérents avec ceux obtenus à partir de l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962) relativement à l'impact de la gravité du trouble de la personnalité limite sur l'intensité du contre-transfert et l'empathie spécifique des thérapeutes. L'objectif initial de présenter une mesure supplémentaire d'empathie spécifique était d'apporter un appui aux résultats obtenus avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962), étant donné que l'empathie spécifique est un concept difficilement saisissable, notamment en raison des faibles corrélations entre la perception du thérapeute sur son empathie et celle de son client (Gurman, 1977), entre celles d'un observateur externe et d'un client (Caskey et al., 1984).

Par conséquent, afin de mieux saisir l'empathie spécifique des thérapeutes et d'apporter un appui aux résultats obtenus avec l'échelle de compréhension empathique du BLRI (Barrett-Lennard, 1962), il aurait été pertinent d'utiliser une deuxième mesure d'empathie spécifique, évaluant la perception des clients. Compte tenu que la procédure de l'étude n'implique pas les clients auxquels les thérapeutes font référence, il aurait fallu modifier la procédure de l'étude afin de les inclure. Il est fort probable qu'une telle modification de procédure, sollicitant les thérapeutes et les clients de mêmes dyades thérapeutiques, n'aurait toutefois pas permis d'obtenir autant de participants que cela a été possible dans la présente étude.

Relativement à la cinquième hypothèse de l'étude, portant sur l'impact de l'empathie générale des thérapeutes sur la nature et l'intensité de leurs réactions contre-transférentielles, une limite est inhérente au fait que cette hypothèse est insuffisamment appuyée par la littérature empirique et théorique. Les résultats obtenus sont donc difficilement interprétables et ont mené à des pistes explicatives hypothétiques. D'autre part, tel que mentionné précédemment, l'IRI (Davis, 1980) est un instrument qui présente des lacunes importantes (Jolliffe & Farrington, 2004, 2006; Lawrence et al., 2004), particulièrement l'échelle sur les fantaisies qui est controversée (Nomura & Akai, 2012). Cela a vraisemblablement pu influencer les résultats obtenus dans la présente étude.

Le principal moyen de recrutement de la présente étude a été un courriel envoyé aux membres de l'OPQ, davantage de psychologues (90,6 %) que de participants d'autres professions ont donc été recrutés. Cela permet d'obtenir un portrait des réactions contre-transférentielles et de l'empathie spécifique et générale des psychologues, mais nuit à la généralisabilité à d'autres professions, telles que les travailleurs sociaux et sexologues qui étaient aussi visés par l'étude et qui sont vraisemblablement amenés à travailler avec des personnes présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique, compte tenu de la prévalence élevée de ces troubles (Diamond et al., 2013; Kernberg & Michels, 2009; Lenzenweger, 2008). Bien que ces professionnels ne rencontrent pas nécessairement ces clients dans l'objectif de traiter leur trouble de la personnalité, ces professionnels sont susceptibles de réagir et de voir leur niveau d'empathie spécifique

diminuer en contact avec ces clients, et cela est même d'influencer le travail qu'ils font avec ces clients.

L'utilisation d'un devis rétrospectif est possiblement une autre limite, car les thérapeutes devaient se remémorer un client, et comment ils se sont sentis avec ce client dans le passé. Les thérapeutes pouvaient donc faire référence à un client rencontré depuis plus ou moins de temps. Cela a créé des normes différentes pour chaque thérapeute, ils pouvaient par exemple faire référence à un client rencontré la journée même, tout comme ils pouvaient se référer à un client rencontré il y a deux semaines. Cela aurait pu être évité avec une consigne plus précise. Par exemple, demander aux participants de remplir les séries de questionnaires en sortant d'une rencontre ou en se référant au dernier client rencontré correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. En se fiant à la fréquence des rencontres rapportée par les participants et au fait qu'il leur était demandé de remplir les séries de questionnaires concernant des clients qu'ils rencontrent actuellement, il est possible de présumer que le délai maximum entre la complétion des questionnaires et la rencontre avec le client concerné était d'environ deux semaines. Somme toute, ce biais de sélection a possiblement influencé les résultats obtenus dans la présente étude.

La procédure de la présente étude implique que les thérapeutes devaient se référer à deux clients, un présentant un trouble de la personnalité limite et un présentant un trouble de la personnalité narcissique. Tel qu'expliqué de façon plus détaillée dans la

discussion des hypothèses des deux premiers volets, cela a possiblement entraîné un biais d'échantillonnage ayant influencé les résultats obtenus. Effectivement, il semble probable que la procédure ait fait en sorte que les clients les moins limites sont les plus narcissiques, et vice-versa, ce qui colorent jusqu'à un certain point les résultats. Il est cependant à noter que cette coloration demeure très partielle puisque l'effet d'interaction gravité limite x gravité narcissique n'est jamais ressorti significative des analyses.

L'ensemble des limites énoncées induisent à la prudence concernant la généralisation des résultats à l'ensemble des clients qui présentent un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Notamment en vertu de l'introduction de nouvelles mesures conçues pour les fins de l'étude et de la comorbidité au sein de l'échantillon, il conviendrait assurément de reproduire ces résultats avec d'autres mesures et devis avant de préciser les limites de leur généralisabilité.

Conclusion

Pour conclure, la présente étude confirme qu'un lien significatif existe entre la gravité des troubles de la personnalité limite et narcissique et l'intensité du contre-transfert des thérapeutes. Plus précisément, il apparaît que le trouble de la personnalité limite suscite des réactions contre-transférentielles positives plus élevées, bien que les composantes négatives du contre-transfert des thérapeutes soient aussi présentes en lien avec ce trouble. Quant au trouble de la personnalité narcissique, les résultats obtenus indiquent que le profil de réponses contre-transférentielles qui lui est associé est significativement distinct de celui associé au trouble de la personnalité limite. Le trouble de la personnalité narcissique est associé à des réactions contre-transférentielles négatives plus élevées et à une empathie spécifique plus faible chez les thérapeutes. Il apparaît aussi que l'organisation de la personnalité borderline permet d'expliquer une partie supplémentaire du contre-transfert et de l'empathie spécifique des thérapeutes. La présente étude s'est aussi intéressée à examiner le lien entre l'empathie générale des thérapeutes et leur contre-transfert, puisque, bien que la littérature se fait très rare à ce sujet, ces deux concepts présentent des recoupements nombreux. Les résultats obtenus indiquent que le contre-transfert positif et négatif des thérapeutes varie positivement en fonction de leur empathie générale.

À la lumière de ce qui précède, les objectifs de l'étude ont donc été atteints. En effet, bien que les résultats obtenus ne corroborent que partiellement les hypothèses de départ,

des liens significatifs ont pu être observés entre les variables à l'étude. Par ailleurs, certains résultats inattendus ont permis la formulation de nouvelles pistes de recherche, notamment quant à l'impact possible des différents sous-types de troubles de la personnalité limite sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes. De plus, le lien positif observé entre l'empathie générale des thérapeutes et leur contre-transfert suggère l'impact d'autres variables, comme la mentalisation et l'identification introjective des thérapeutes, dans l'explication de ce lien.

Outre les futures pistes de recherche que cette étude génère, la valeur principale de l'étude réside dans son apport clinique. Cette étude empirique se base sur un modèle clinique, le modèle des troubles de la personnalité de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005) et porte sur des aspects du processus thérapeutique qui sont cruciaux avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique. Les résultats obtenus fournissent donc un appui empirique supplémentaire à un modèle clinique bien établi (Kernberg & Caligor, 2005). Plus précisément, il est souhaité que les résultats de cette étude puissent s'inscrire dans l'amélioration de la connaissance et du traitement de cette clientèle, par l'utilisation chez les thérapeutes de leurs réactions à des fins diagnostiques et thérapeutiques.

Références

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163–175.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, 1-36.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counselling Psychology*, 28, 91-100.
- Bateman A., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford, UK, Oxford University Press.
- Bateman, A. W. (1998). Thick- and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 13-25.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Beres, D., & Arlow, J. (2004). Fantasma et identification dans l'empathie. *Revue Française de Psychanalyse*, 68, 771-790.
- Bessette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dans R. Labrosse, & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation – Tome I* (pp. 11.01-11.28). Saint-Jérôme : Éditions Ressources.
- Betan, E. J., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.

- Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. Dans R. A. Levy, & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ: Humana Press.
- Bischsel, L. S. (2012). Therapist personality, countertransference and the working alliance: The potential mediating effect of therapist mental activity in work with difficult patients. Thèse de doctorat inédite, Long Island University. Repéré à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/1151870657>
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy, 38*, 380-384.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Bolognini, S. (2004). La complexité de l'empathie psychanalytique : une exploration théorique et clinique. *Revue française de psychanalyse, 3*, 877-896.
- Bonuso, C. F. (2014). Empathy in the clinical encounter: A study of situational and dispositional empathy levels as associated with clinical training and practice. Thèse de doctorat inédite, Department of Psychology at Pace University. Repéré à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/1372823250/fulltextPDF/AA55DBE0442E4ABFPQ/1?accountid=13835>
- Bornstein, R. F. (2005). *The dependent patient: A practitioner's guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bornstein, R. F. (2012). Illuminating a neglected clinical issue: Societal costs of interpersonal dependency and dependent personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 30*, 766-781.
- Bornstein, R. F., et Cecero, J. J. (2000). Deconstructing dependency in a five-factor world: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment, 74*, 324-343.
- Brody, E. M., & Faber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*, 372-380.
- Brunink, S. A., & Schroeder, H. E. (1979). Verbal Therapeutic Behavior of Expert Psychoanalytically Oriented, Gestalt, and Behavior Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 567-574.

- Caskey, N. H., Barker, C., & Elliott, R. (1984). Dual perspectives: Clients' and therapists' perceptions of therapist responses. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 281-290.
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (1999). *Les bases de la psychothérapie*. Paris : Éditions Dunod
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Clark, A. J. (2007). *Empathy in counseling and psychotherapy: Perspectives and practices*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorder. *Psychotherapy Research*, 16, 1-11.
- Clarkin, J. F. (2008). Clinical approach to axis II comorbidity: Commentary. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64, 222-230.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137-143.
- Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Somavia, J. (1998). Assessment of the patient with borderline personality disorder for psychodynamic treatment. Dans J. W. Barron (Éds), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 299-318). Washington: American Psychological Association.
- Clarkin, J. F., Lensenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21, 474-499.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). A psychodynamic treatment for severe personality disorders: Issues in treatment development. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 248-267.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (2008). The NEO Inventories. Dans R. P. Archer, & S. R. Smith (Éds), *Personality Assessment* (pp. 213-245). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 185-200.

- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology*, 10.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Deutsch, J. (1926). Occult processes occurring during psychoanalysis. Dans G. Devereux (Éds), *Psychoanalysis and the occult* (pp. 133-146). New York: International University Press.
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., Fisher-Kern, M., Delaney, J., & Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 527-551.
- Diamond, D., & Yeomans, F. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). *Santé mentale au Québec*, 33, 115-139.
- Disney, K. L. (2013). Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1184-1196.
- Dobson, K., & Mothersill, K. J. (1979). Equidistant categorical labels for construction of Likkert-type scales. *Perceptual ans Motors Skills*, 49, 575-580.
- Dubé, É. J., & Normandin, L. (2007). Mental Activity and Referential Activity of Beginning Therapists: A Construct Validity Study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy*, 61, 351-374.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49.
- Elliott, R., Clark, C., & Kemeny, V. (1991). Analyzing clients' post-session accounts of significant therapy events. Papier présenté à la Society for Psychotherapy Research, Lyon, France.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N. & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23, 526-538.
- Epstein, L. (1979). The therapeutic use of countertransference data with borderline patients. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 248-275.

- Fernandez, A. M., Dufey, M., & Kramp, U. (2011). Testing the psychometric properties of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) in Chile. *European Journal of Psychological Assessment, 27*, 179-185.
- Fliess, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly, 11*, 211-227.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis, 72*, 639-656.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2004). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry, 23*, 412-459.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psychonalytic psychoanalytic therapy. Dans B. Wolstein (Éds), *Essential papers on countertransference* (pp. 16-24). New York: University Press.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 983-991.
- Gabbard, G. O. (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals, 39*, 129-136.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S., M. (2000). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gilet, A-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, D., & Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults: A french validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science, 45*, 42-48.
- Gladstein, G. A. (1987). *Empathy and counseling: Explorations in theory and research*. New York: Springer-Verlag.
- Goldstein, A., & Michaels, G. (1985). *Empathy: Development, training, and consequences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Greene. L. R., Rosenkrantz, J., & Muth, D. Y. (1986). Borderline Defenses and countertransference: Research findings and implications. *Psychiatry, 49*, 253-264.
- Gurman, A., S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. Dans A. S. Gurman, & A. M. Razin (Éds), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). New York: Pergamon.

- Ham, M. A. (1987). Client behavior and counselor empathic performance. Dans G. A. Gladstein (Éds), *Empathy and counseling: Explorations in theory and research*. New York: Springer - Verlag.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research, 14*, 21-36.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 27-31.
- Horner, M. S., Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology, 13*, 205-223.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Belgique : Éditions de Boeck Université.
- Ivey, G. (1995). Interactional obstacles to empathic relating in the psychotherapy of narcissistic disorders. *American Journal of Psychotherapy, 49*, 350-370.
- Jiyoung, L., & Gabsook, K. (2013). Effects of narcissistic personality traits and interpersonal relationship tendencies of art therapists on their countertransference management ability. *The Arts in Psychotherapy, 40*, 298-305.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 441-476.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence, 29*, 589-611.
- Kernberg, O. F. (1987a). Projective identification, counter-transference, and hospital treatment. *Psychiatric Clinics of North America, 10*, 257-272.
- Kernberg, O. F. (1987b). Projection and projective identification developmental and clinical aspects. Dans J. Sandler (Éds), *Projection, identification, projective identification* (pp. 93-115). Connecticut: International Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1990). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New Jersey: Jason Aronson, Inc.

- Kernberg, O. F. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. Dans J. J. Magnavita (Éds), *Handbook of personality disorders: Theory and practice* (pp. 92-119). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Kernberg, O. F. (2009). Narcissistic Personality Disorders: Part 1. *Psychiatric Annals*, 39, 105-110 et 164-167.
- Kernberg, O. F. (2010). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 517-545.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger, & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). New York, NY: The Guilford Press.
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 505-508.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-620.
- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 1-22.
- Kiesler, D. J., Klein, M. H., Mathieu, P. L., & Schoeninger, D. (1967). Constructive personality change for therapy and control patients. Dans C. R. Rogers et al. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact* (pp. 251-294), Madison: University of Wisconsin Press.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kohut, H. (2010). On empathy. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 5, 122-131.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.

- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine, 34*, 911–924.
- Layton, J. M., & Wykle, M. H. (1990). A validity study of four empathy instruments. *Research in Nursing & Health, 13*, 319-325.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Levy, R. A., & Ablon, J. S. (2009). Introduction. Dans R. A. Levy, & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. XXV-XXXIII). Totowa, NJ: Humana Press.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 481-501.
- Levy, K. N., Wasserman, R. H., Scott, L. N., Yeomans, F. E. (2009). Empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. Dans R. A. Levy, & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 93-119). Totowa, NJ: Humana Press.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment, 13*, 577-591.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., & Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorder, 22*, 313-331.
- Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 395-403.
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2005). The Personality Disorders: History, Classification, and Research Issues. Dans M. F. Lenzenweger, & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (pp. 1-42). New York, NY: The Guilford Press.

- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and AxisII disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*, 75-79.
- Lowe, J. R., Edmundson, M., & Widiger, T.A. (2009). Assessment of Dependency, Agreeableness, and Their Relationship. *Psychological Assessment*, *21*, 543-553.
- Lussier, Y. (1996). *Traduction française du Interpersonal Reactivity Index*. Manuscrit non-publié.
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders, a new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Matell, M. S., & Jacoby, J. (1972). Is there an optimal number of alternatives for Likert-Scale items? Effects of testing time and scale properties. *Journal of Applied Psychology*, *56*, 506-509.
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*, 923-931.
- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, *30*, 277-287.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mordecai, E. M. (1991). A classification of empathic failures for psychotherapists and supervisors. *Psychoanalytic Psychology*, *8*, 251-262.
- Morgan, J. (2012). The Relationship Between Therapist Personality and the Working Alliance in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Thèse de doctorat inédite, Massachusetts School of Professional Psychology. Repéré à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/1113339878/393582DB5D05418CPQ/1?accountid=13835>
- Nomura, K., & Akai, S. (2012). Empathy with fictional stories: Reconsideration of the fantasy scale of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychological Report*, *110*, 304-314.

- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P. A., Clarkin, J. F. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 59-65.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 357-373.
- Ogden, T. H. (2005). Le tiers analytique : les implications pour la théorie et la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 3, 751-774.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. Dans A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). Oxford, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. Dans M. J. Lambert, A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). Oxford, Angleterre: John Wiley & Sons.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 240-245.
- Pincus, A. L., Cain, N. M., & Wright, A. G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorder: Theory, Research, and Treatment*, 4, 439-443
- Pulos, S., Elison, J., & Lennon, R. (2004). The hierarchical structure of the Interpersonal Reactivity Index. *Social Behavior and Personality*, 32, 355-360.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. Dans B. Wolstein (Éds), *Essential papers on countertransference* (pp. 158-201). New York: University Press.
- Reich, A. (1951). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 25-31.
- Reik, T. (1937). *Surprise and the psychoanalyst*. New York: Dutton.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rosenfeld, H. (1987). Afterthought: Changing theories and changing techniques in psychoanalysis. Dans *Impasse and Interpretation*. London and New York: Tavistock, pp. 265-279.
- Rossberg, J. I., Hoffart, A., & Friss, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 45-53.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friss, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 225-230.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1473-1481.
- Salvat, A. (2010). Empathy embodied: An integrative literature review of the history, philosophy, psychology, clinical science, neuroscience, and phenomenology of the construct of empathy with clinical recommendations. Thèse de doctorat inédite, California Institute of Integral Studies. Repéré à search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/60499/385/E92D56835DE346AAPQ12?accountid=13835
- Searles, H. F. (1979). The countertransference with the borderline patient. Dans M. H. Stone (Éds), *Essential papers on borderline disorders* (pp. 498-526). New York: University Press.
- Service Canada. (2012, Juillet). Statistiques 4151 - Psychologues. Repéré à http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/4151.shtml
- Siefert, C. J., Jared, D. A., & Baity, M. R. (2009). Process measures for psychodynamic psychotherapy. Dans R. A. Levy, & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 157-178). Totowa, NJ: Humana Press.
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto empathy questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment, 91*, 62-71.

- Stern, B. L., Yeomans, F. E., Diamond, D., & Kernberg, O. F. (2013). Transference-focused psychotherapy for narcissistic personality. Dans J. S. Ogdorniczuk (Éds), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 235-252). Washington: American Psychological Association.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfiel, K. L., Horz, S, Maccornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, *92*, 35-44.
- Stone, M. H. (2003). Borderline Patients at the Border of Treatability: At the Intersection of Borderline, Narcissistic, and Antisocial Personalities. *Journal of Psychiatric Practice* *9*, 279-290.
- Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 547-559.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference from projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The analytic press.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *30*, 662-680.
- Vanaerschot, G. (2004). It takes two to tango: On empathy with fragile processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*, 112-124.
- Volkan, V. D. (1993). Countertransference reactions commonly present in the treatment of patients with borderline personality organization. Dans A. Alexandris, & G. Vaslamatzis (Éds), *Coutertransference theory, technique, teaching* (pp. 147-163). London: Karnac Books.
- Waska, R. T. (1999). Projective identification, countertransference, and the struggle for understanding over acting out. *Journal of Psychotherapy and Practice Research*, *8*, 155-161.

- Webb, D., & McMurrin, M. (2009). A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 3*, 142-149.
- Wenzel, A., Chapman, J. E., Newman, C. F., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2006). Hypothesized mechanisms of change in cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 503-516.
- Westen, D., & Arkowitz-Western, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1767-1771.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 590-597.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 30*, 69-74
- Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford.
- Yulis, S. & Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 413-419.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., Hennen, J., & Silk, K. (2003). The longitudinal course of borderline personality pathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 274-283.

Appendice A
Lettre envoyée aux membres de l'OPQ

Bonjour,

Je suis étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke, et je souhaite vous solliciter pour participer au projet de recherche que je mène dans le cadre de ma thèse. Ce projet porte sur les liens entre les symptômes d'un client et le vécu de son thérapeute. Le principal objectif du projet est de vérifier l'existence de liens entre la sévérité des symptômes d'une clientèle spécifique et le vécu de leurs thérapeutes en termes affectifs, cognitifs, et comportementaux. Les psychologues ayant au minimum un client ayant un trouble de la personnalité borderline, ou un trouble de la personnalité narcissique, sont sollicités pour participer à ce projet de recherche. Si vous souhaitez participer, et ainsi contribuer à l'avancement des connaissances sur le processus thérapeutique, votre participation consistera à remplir quelques questionnaires d'une durée totale d'environ 40 minutes. Vous trouverez le formulaire d'information et de consentement, ainsi que les questionnaires à remplir à l'adresse suivante:

<https://www.surveymonkey.com/s/NCM7H8P>

Tous les résultats aux différents questionnaires resteront confidentiels.

Pour toutes informations supplémentaires, ou pour des questions concernant la procédure, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Je vous remercie de l'attention que vous portez à ce message, ainsi que pour votre précieuse collaboration,

Eugénie Lussier

Candidate au doctorat en psychologie, profil clinique (D.Ps.)

Eugenie.Lussier@USherbrooke.ca

Appendice B

Formulaire d'information et de consentement

Ce document a pour objectif de vous informer d'un projet de recherche auquel vous êtes invité(e) à participer afin que vous puissiez prendre une décision de façon libre et éclairée. Si certaines parties du document ne sont pas claires pour vous ou si vous avez des interrogations supplémentaires n'hésitez pas à contacter les personnes responsables du projet. Si vous décidez de participer au projet, vous devrez l'indiquer à la fin de ce formulaire.

A. TITRE DU PROJET

Étude sur les liens entre les symptômes d'un client et le vécu de son thérapeute.

B. PERSONNES RESPONSABLES DU PROJET

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre de la thèse d'Eugénie Lussier, candidate à l'obtention du doctorat en psychologie clinique, département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Sherbrooke, Eugenie.Lussier@USherbrooke.ca. Directeur de thèse: Jean Descôteaux, professeur au département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Sherbrooke, Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca, 1-800-267-8337 poste 63366.

C. OBJECTIFS DU PROJET

Le principal objectif du projet de recherche est de vérifier l'existence de liens entre la sévérité des symptômes des clients en fonction de leur type de personnalité et le vécu de leurs thérapeutes en termes affectifs, cognitifs, et comportementaux. De façon secondaire, le projet de recherche vise aussi à établir un patron de ce que vivent les thérapeutes en fonction du type de personnalité des clients.

D. JUSTIFICATION DU RECOURS À DES ÊTRES HUMAINS ET DU CHOIX DU GROUPE

Comme l'étude vise à établir des liens entre le traitement d'une clientèle spécifique et l'impact sur les thérapeutes, il est essentiel d'avoir recours aux thérapeutes pour qu'ils évaluent la symptomatologie de la clientèle et pour mesurer certaines dimensions de leur vécu.

E. RAISONS ET NATURE DE LA PARTICIPATION

Votre participation bénévole consistera à répondre à une série de questionnaires. Pour débiter, ceux-ci porteront sur votre empathie et sur certaines caractéristiques générales de votre pratique clinique. Ensuite, vous devrez réfléchir tour à tour à deux de vos clients qui présentent selon vous un trouble de la personnalité borderline, et un trouble de la personnalité narcissique. Advenant le cas où vous n'avez pas de client ayant un trouble de la personnalité narcissique, vous pourrez réfléchir à un deuxième client ayant un trouble de la personnalité borderline pour remplir la deuxième série de questionnaires. Et advenant le cas où vous avez seulement un client présentant un ou l'autre de ces deux troubles de la personnalité, vous pouvez tout de même participer au projet de recherche si vous le souhaitez. Dans ce cas, vous n'aurez qu'à vous rendre à la fin des questionnaires (page 18) sans compléter la deuxième série de questionnaires (Questionnaires pour client #2).

F. AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION

La participation à ce projet de recherche vous offre l'occasion de réfléchir sur votre pratique clinique en général, et plus précisément sur certains processus spécifiques du processus thérapeutique. En participant à ce projet de recherche vous contribuez à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine du processus

thérapeutique et du travail auprès d'une clientèle ayant un trouble de la personnalité borderline ou narcissique, ainsi que sur les réactions affectives, cognitives et comportementales et l'empathie des thérapeutes travaillant avec cette clientèle.

G. INCONVÉNIENTS ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION

La participation à ce projet de recherche requiert environ 40 minutes. La passation des instruments de mesure pourrait susciter des réflexions concernant votre travail clinique et plus précisément sur vos différentes réactions dans le processus thérapeutique que vous menez avec certains clients. Ces réflexions pourraient être dérangeantes pour vous.

H. DROIT DE RETRAIT DE LA PARTICIPATION SANS PRÉJUDICE

Vous pouvez décider de ne plus participer à ce projet de recherche à tout moment sans avoir à vous justifier et à subir de préjudice. Si vous décidez de vous retirer et que des données ont déjà été recueillies à votre sujet vous serez libre d'accepter ou de refuser que les données déjà recueillies soient utilisées pour le projet de recherche.

I. CONFIDENTIALITÉ, PARTAGE, SURVEILLANCE ET PUBLICATIONS

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Les données seront conservées en lieu sûr, sous clé, et détruites à l'expiration de la période de conservation (5 ans maximum). Vos résultats aux différents questionnaires resteront tout à fait confidentiels. Les résultats seront publiés à des fins de communications scientifique et professionnelle et sont susceptibles d'être présentés dans des colloques destinés aux intervenants, sans qu'aucune information ne permette jamais de vous identifier ni d'identifier précisément votre milieu de travail.

J. SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES ET IDENTIFICATION DU PRÉSIDENT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

Pour toute information supplémentaire, tout problème ou toute question liés à ce projet de recherche, vous pouvez rejoindre Eugénie Lussier, Eugenie.Lussier@USherbrooke.ca ou son directeur de thèse, Jean Descôteaux, Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca, 1-800-267-8337 poste 63366. Le comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines (N/Réf.: 2011-14 / Lussier /) a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Si vous rencontrez un problème éthique lors de votre participation à ce projet de recherche et que vous ne pouvez ou ne voulez pas en parler avec les personnes mentionnées ci-dessus, vous pouvez rejoindre Madame Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche lettres et sciences humaines en communiquant par le biais de son secrétariat au 819 821-8000 poste 62644 ou par courriel cer_lsh@USherbrooke.ca.

K. DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS DE L'ÉTUDE

Je, Eugénie Lussier, chercheure principale du projet de recherche, déclare que mon directeur de thèse et moi sommes responsables du déroulement du projet de recherche et nous engageons à respecter ce qui est énoncé dans ce document, à respecter la confidentialité et à vous informer de toute modification éventuelle.

L. DÉCLARATION DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je déclare avoir lu et compris ce document. Je comprends la nature de ma participation et accepte de façon libre et éclairée de participer au projet de recherche.

- Oui

Appendice C

Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques de la pratique clinique des
thérapeutes

1. Vous êtes?

Un homme

Une femme

2. À quel titre exercez-vous votre pratique clinique actuelle?

Psychologue

Travailleur(euse) social(e)

Stagiaire au doctorat en psychologie clinique

Sexologue

Autre (veuillez préciser)

3. Incluant les stages effectués aux cycles supérieurs et comprenant l'année en cours, depuis combien d'année avez-vous une pratique clinique?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 10 et 15 ans

Entre 15 et 20 ans

Entre 20 et 25 ans

Entre 25 et 30 ans

Plus de 30 ans

4. Quelle approche thérapeutique utilisez-vous principalement?

Cognitive-comportementale

Existentielle/Humaniste

Psychodynamique/Analytique

Systemique

Autre (veuillez préciser)

5. Diriez-vous que votre pratique clinique se concentre auprès d'une clientèle consultant principalement pour le traitement de troubles de la personnalité?

Oui

Non

6. Avez-vous eu une formation spécifique en lien avec cette clientèle?

Oui

Non

7. Combien de rencontres de thérapie avez-vous en moyenne par semaine?

Moins de 5

Entre 5 et 10

Entre 10 et 15

Entre 15 et 20

Entre 20 et 25

Plus de 25

8. Quel âge avez-vous?

Moins de 25 ans

Entre 25 et 35 ans

Entre 35 et 45 ans

Entre 45 et 60 ans

Plus de 60 ans

9. Dans quel(s) milieu(x) travaillez-vous à titre de thérapeute?

Centre hospitalier

Pratique privée

PAE

Autre (veuillez préciser)

Appendice D

Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques de la thérapie spécifique

1. Votre client est?

Un homme

Une femme

2. À quand remonte le début de cette thérapie?

Moins de 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Entre 6 mois et 1 an

Entre 1 et 2 ans

Entre 2 et 3 ans

Entre 3 et 5 ans

Plus de 5 ans

3. Quelle est la fréquence actuelle des rencontres?

2 fois/semaine

1 fois/semaine

1 fois/2 semaines

Autre (veuillez préciser)

Appendice E
Questionnaire sur l'empathie générale

Appendice F

Questionnaire sur l'empathie spécifique 1. Échelle analogue d'empathie spécifique

Dans cette démarche de psychothérapie spécifique, quelle est votre perception du niveau général ou moyen d'empathie que vous entretenez envers ce client?

L'EMPATHIE permet au thérapeute de comprendre et d'expliquer ce que le client ressent, pense et imagine, ainsi que de l'interpréter (Kohut, 2010).

"Je me sens ..."

1. Très peu empathique

2.

3.

4. Empathique

5.

6.

7. Très empathique

Appendice G

Questionnaire sur l'empathie spécifique 2. Échelle de compréhension empathique du
BLRI

Appendice H
Questionnaire sur le contre-transfert

Appendice I
Échelles sur les troubles de la personnalité

Veillez indiquer à quel point le client correspond à chacun des troubles de la personnalité en utilisant l'échelle suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			Traits	Trouble de la personnalité		Le client illustre ce trouble de manière prototypique

Trouble de personnalité paranoïaque :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité schizoïde :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité schizotypique :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité antisociale :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de la personnalité limitée :

Il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée.

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité histrionique :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité narcissique :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité évitante :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité dépendante :

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

1 2 3 4 5 6 7

Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive :

Il s'agit d'un mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité.

1

2

3

4

5

6

7

Appendice J

Questionnaire sur la structure de personnalité borderline

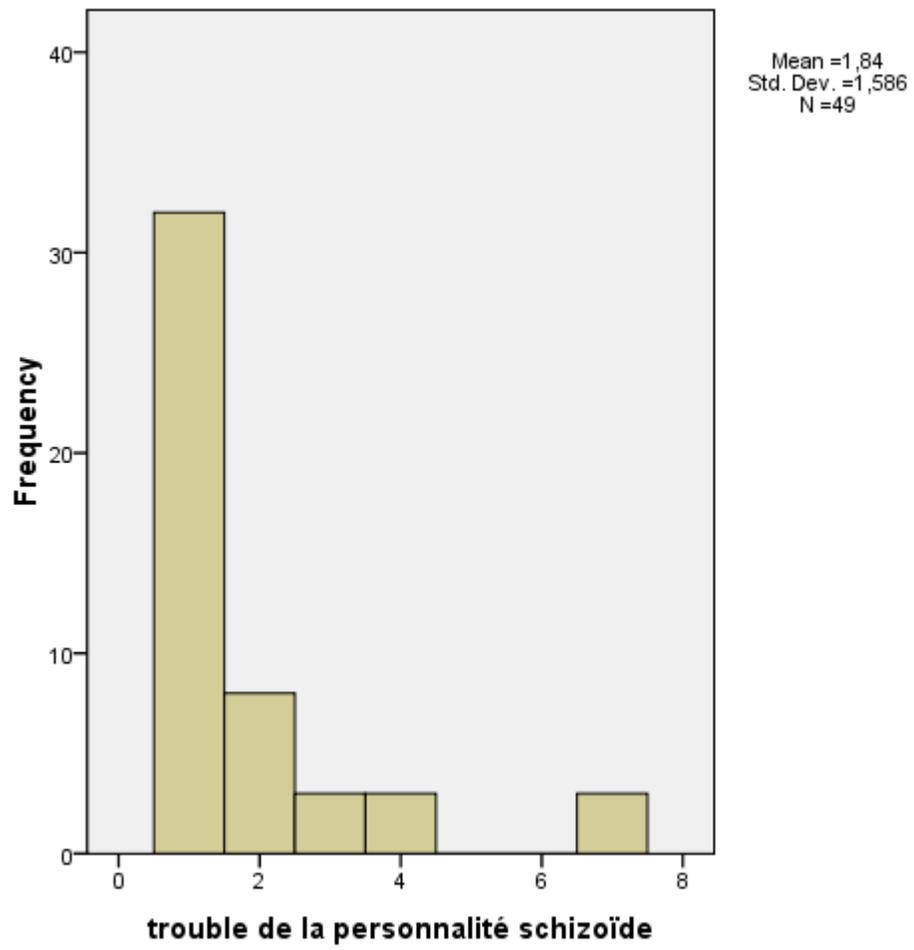
Veillez indiquer à quel point votre client(e) correspond à chacune des descriptions suivantes en utilisant l'échelle suivante (1 = Pas du tout, 4 = Moyennement, 7 = Complètement).

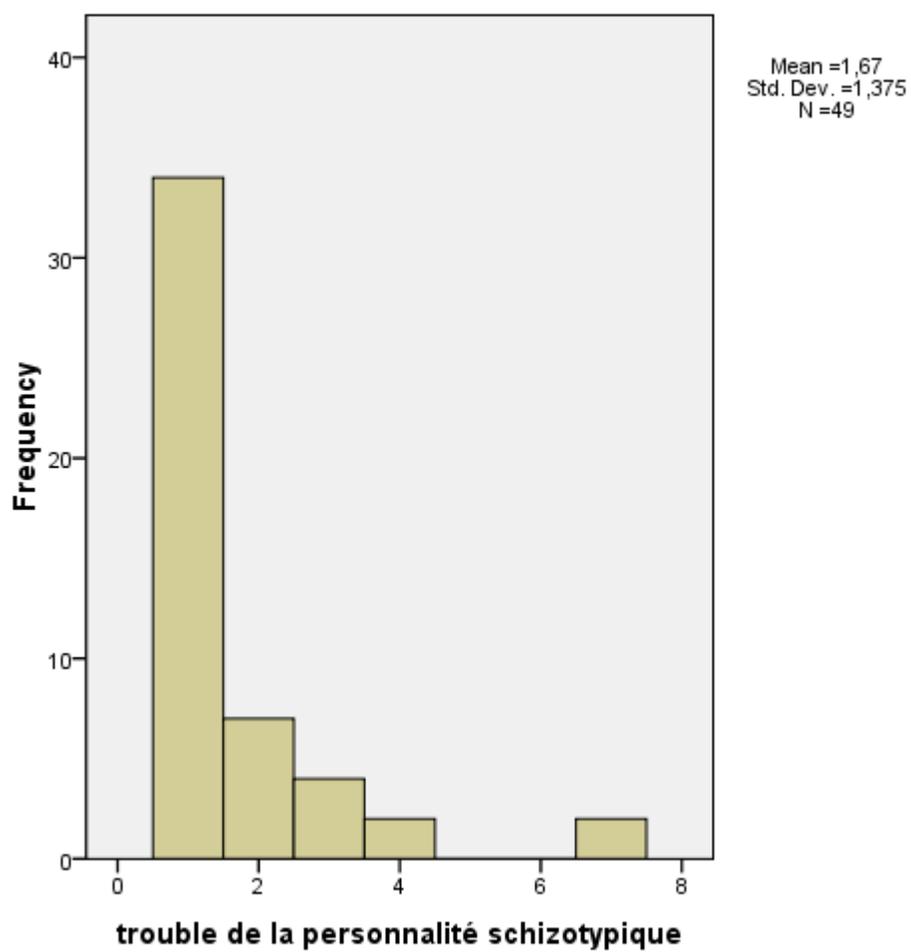
1. Le(la) client(e) a une perception de lui-même (elle-même) et de ses comportements qui sont contradictoires, et qui ne peuvent être intégrés d'une façon significative émotionnellement. Il(elle) a une perception superficielle et peu nuancée d'autrui, et un sentiment de vide chronique.
2. Le(la) client(e) présente une incapacité à expérimenter un large éventail de pensées, d'émotions, de relations, et à y faire face sous le stress avec un minimum d'utilisation de défenses primitives. De façon prédominante, le(la) client(e) utilise des défenses primitives telles que le clivage, l'acting out, l'identification projective, l'idéalisation, la dévaluation, l'omnipotence, etc. (versus des défenses plus matures telles que la sublimation, l'altruisme, l'humour, l'intellectualisation, la répression, etc).
3. Le(la) client(e) présente une incapacité à cerner les frontières entre ce qui lui appartient et ce qui appartient au monde extérieur, et une incapacité à évaluer réalistement l'affect, le comportement, le contenu de la pensée d'une autre personne compte tenu des normes sociales. Le(la) client(e) a des hallucinations, des pensées et comportements bizarres ou inappropriés.

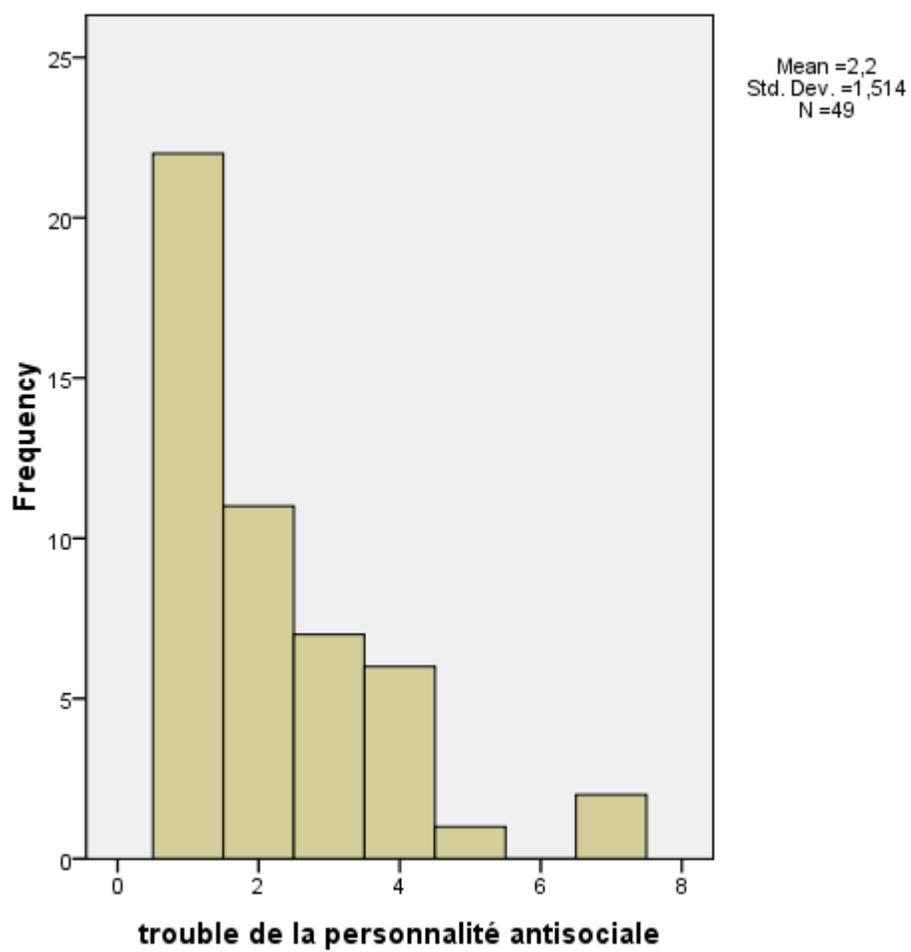
4. Le(la) cliente présente une incapacité d'intimité et d'investissement, une instabilité et une superficialité dans ses relations significatives qui peut se manifester par de l'indifférence, de l'égoïsme, de la malhonnêteté, et un manque d'empathie et de compréhension. Le(la) client(e) a de la difficulté à maintenir une relation lorsqu'elle est envahi de conflits et de frustrations.

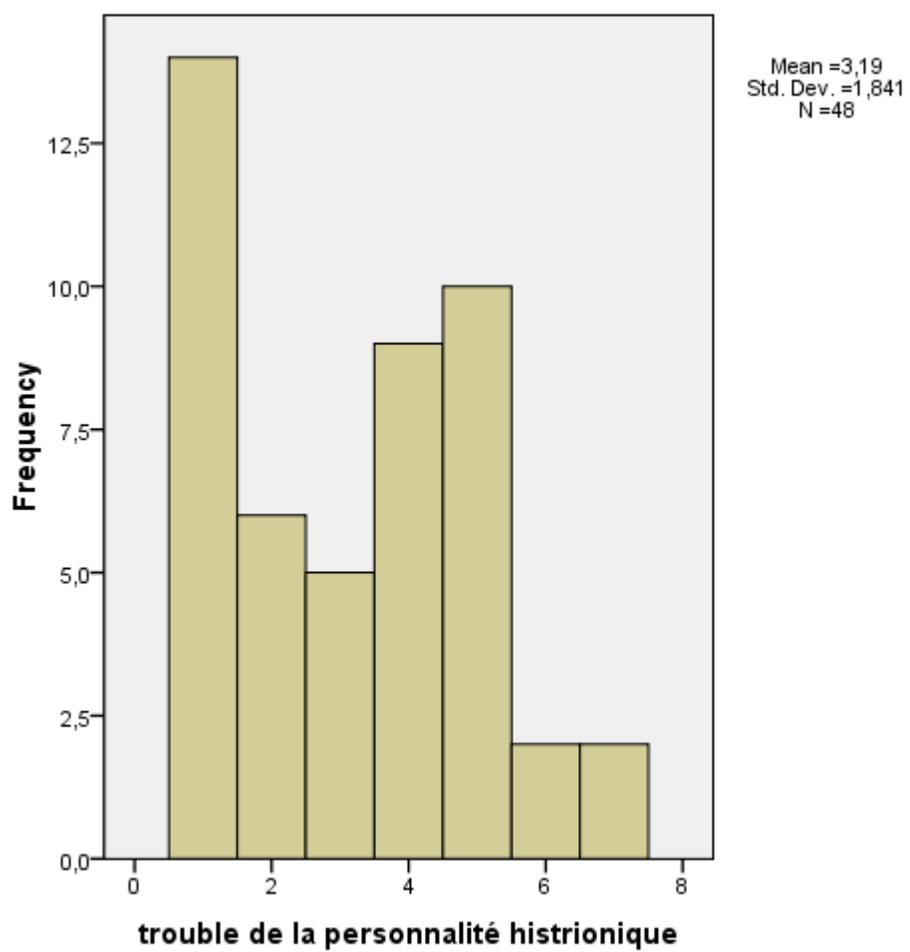
Appendice K

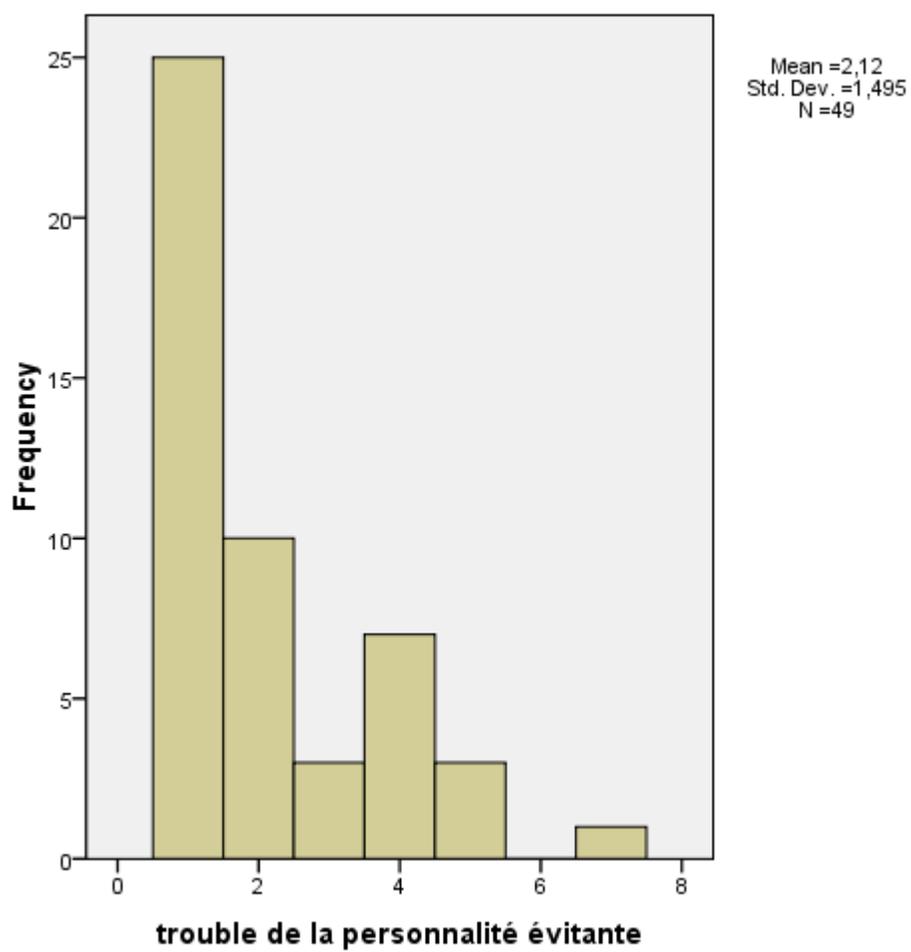
Histogrammes des distributions originales des troubles de la personnalité comorbides

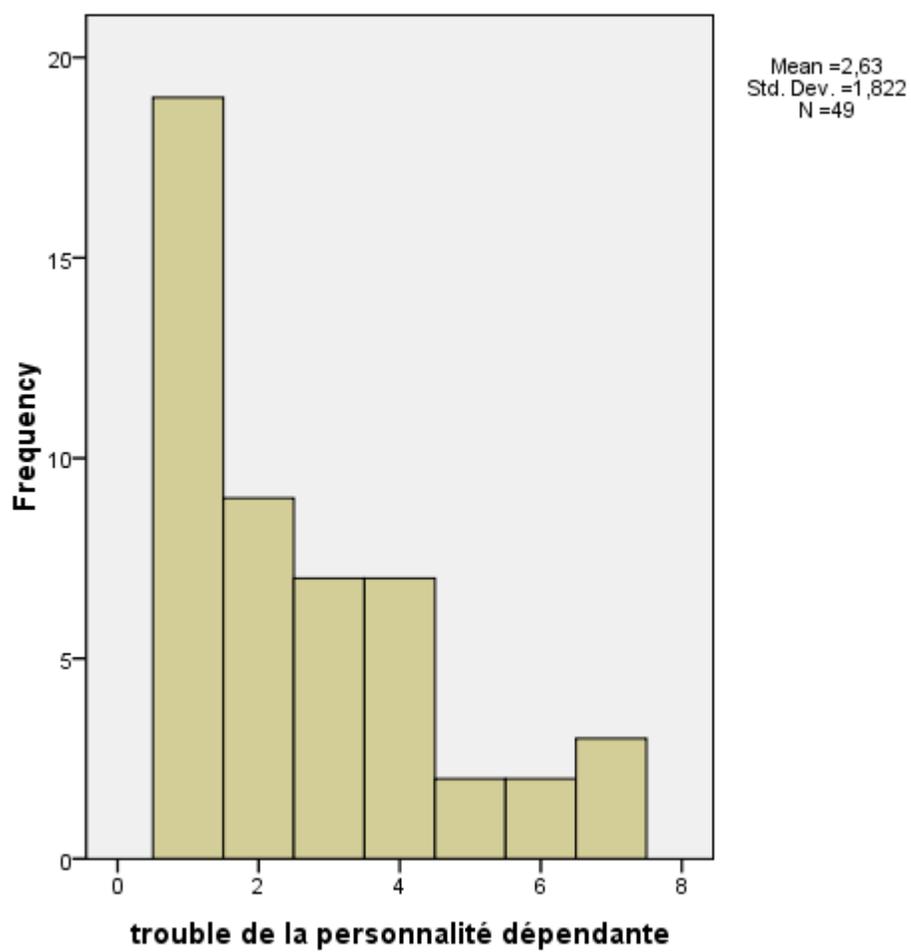


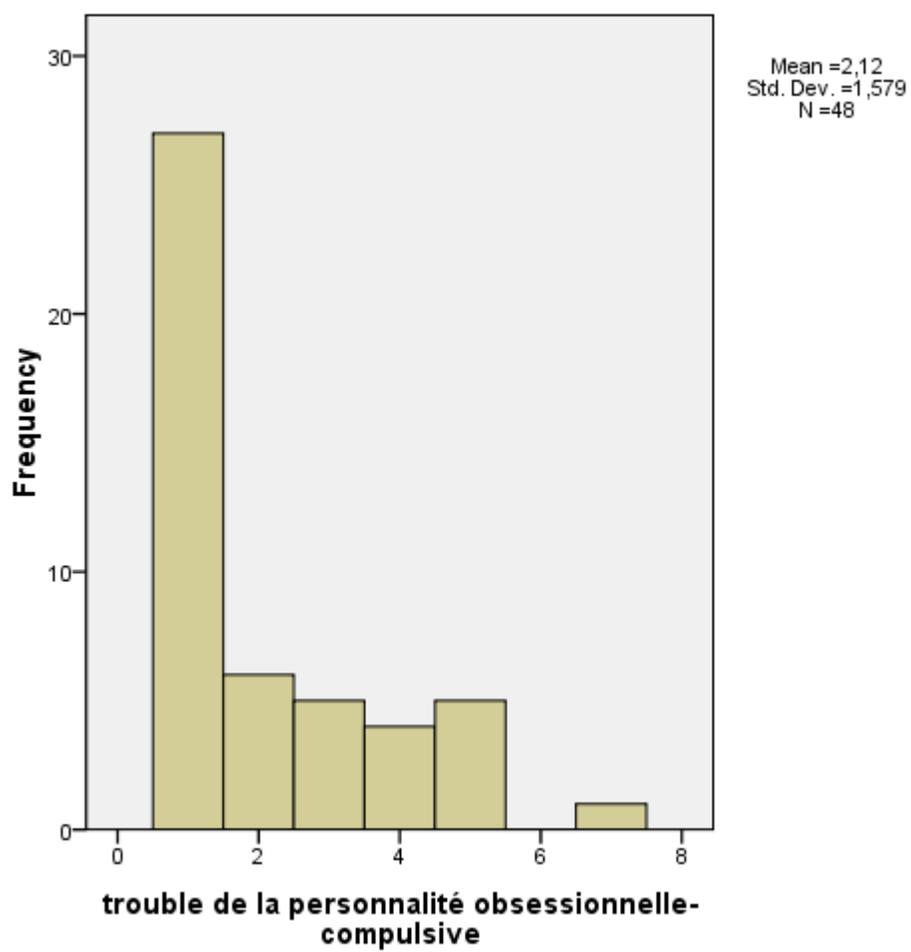












Appendice L

Histogramme de la distribution originale de la durée des thérapies

