

Université de Sherbrooke

Le traitement des réactions contretransférentielles en fonction de l'utilisation clinique

Par

Denise Ouellet

Thèse présentée dans le cadre du doctorat en psychologie

Département de psychologie

Août 2010

Composition du jury

Le traitement des réactions contretransférentielles en fonction de son utilisation clinique

Denise Ouellet

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

Marc-Simon Drouin, PhD directeur de recherche
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Lucie Mandeville, PhD
Département de psychologie, Université de Sherbrooke
Guilhème Pérodeau, PhD
Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Sommaire

La présente étude est descriptive et centrée sur le processus interne de traitement des réactions contretransférentielles en fonction de son utilisation clinique. Le concept du contretransfert, omniprésent dans la littérature théorique, est complexe. Il est défini et éclairé par la neurodynamique du champ intersubjectif de la relation thérapeutique. Le contretransfert est considéré comme une clé du processus thérapeutique. Cependant, les nombreux écrits ne guident pas le thérapeute sur le traitement qu'il peut en faire en thérapie. L'étude consiste à décrire le processus d'analyse réflexive du contretransfert à partir d'une approche qui s'inspire de la théorisation ancrée. La démarche de quatre thérapeutes expérimentés en Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet, avec trois clients est élaborée et l'analyse qualitative des données a mis en lumière un certain nombre de réactions contretransférentielles types et quelques-unes des caractéristiques les concernant. Cela a permis de décrire 7 catégories de contretransfert et de produire une grille de réflexion sur son expérience contretransférentielle pouvant servir la psychothérapie clinique.

Mots clés : contretransfert, PGRO, processus thérapeutiques, neurodynamique, analyse qualitative des données, thérapeutes expérimentés, intersubjectif, pleine conscience.

Remerciements

Je suis très reconnaissante aux personnes qui ont rendu possible l'aboutissement de ce projet qui continue de définir une partie de ma vie. D'abord, permettez-moi de remercier les participants à la recherche qui ont eu la générosité de me faire don d'un moment significatif d'eux-mêmes. Tous ont été ouverts et ils ont osé. Sans leur concours, ce projet n'aurait tout simplement pas eu lieu.

Aussi, je veux remercier mon collaborateur, Martin Ouellet qui m'a supporté tout au long de la démarche et qui a participé à la collecte et à la cotation des données. Avec lui, j'ai discuté passionnément. Un merci particulier à Marc-Simon Drouin, mon directeur de thèse, ses commentaires précieux ont toujours été pertinents et efficaces, et m'ont permis de me réaligner dans ma réflexion. Je tiens également à remercier ma cohorte pour leur soutien affectif tout au long de la démarche, Dominique Noel, Lise Sinotte, Monique Rochette Zegers, Darquise Thivierge et Nadine Delbeke.

Merci à mes formateurs du CIG, à Line Girard, formatrice et superviseur. Toute ma gratitude va également à Gilles Delisle, fondateur de la PGRO, qui m'a formé, supervisé et épaulé dans ce projet transformatif, me permettant d'évoluer dans ma démarche de psychothérapeute et dans ma vie.

Je me sens privilégiée d'avoir côtoyé des psychothérapeutes d'une telle compétence.

Merci à ma douce moitié pour son support indéfectible et sa tolérance à toute la vaste gamme des émotions qui m'ont habitée tout au long de ce projet. Merci pour le support autant technique que quotidien, pour les encouragements et les commentaires judicieux.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	iii
Problématique	1
Le contretransfert	2
Le contretransfert et la recherche empirique	5
Le contretransfert et la clinique	7
La neurodynamique du champ intersubjectif	9
Contexte théorique : l'approche thérapeutique choisie pour la recherche	12
Compréhension intégrative du contretransfert par l'analyse du discours	14
Méthodologie	15
Objectif	16
Questions de recherche	17
Sujets de la recherche	17
Consentement	17
Plan de la recherche	18
Production de matériel	18
Déroulement de la recherche	19
Analyse des données	20
Résultats	23
Première question de recherche	23
Les catégories	28
Les sujets	35
Deuxième et troisième questions de recherche	42
Quatrième question de recherche	44
Discussion	45
Commentaires sur la première question de recherche	45
Commentaires sur les différences et les similitudes entre les sujets	56
Commentaires sur la deuxième et la troisième question de recherche	57

Limitations de la recherche	59
Nouvelles perspectives	61
Conclusion	68
Références bibliographiques	70
Annexe a : formulaire de consentement pour les sujets	76
Annexe b : consignes pour les clients 79	
Annexe c : formulaire de consentement pour les clients	80

Liste des figures et des tableaux

Liste des figures

Figure 1 :	représentativité relative de chaque catégorie	26
Figure 2 :	les catégories en un coup d'œil	27
Figure 3 :	proportion de catégorie 1 à travers les 4 sujets	28
Figure 4 :	proportion de catégorie 2 à travers les 4 sujets	29
Figure 5 :	proportion de catégorie 3 à travers les 4 sujets	30
Figure 6 :	proportion de catégorie 4 à travers les 4 sujets	31
Figure 7 :	proportion de catégorie 5 à travers les 4 sujets	32
Figure 8 :	proportion de catégorie 6 à travers les 4 sujets	33
Figure 9 :	proportion de catégorie 7 à travers les 4 sujets	34
Figure 10 :	sujet 1 avec les trois clients	35
Figure 11 :	sujet 2 avec les trois clients	36
Figure 12 :	sujet 3 avec les trois clients	37
Figure 13 :	sujet 4 avec les trois clients	38
Figure 14 :	le client 1 à travers les 4 sujets	39
Figure 15 :	le client 2 à travers les 4 sujets	40
Figure 16 :	le client 3 à travers les 4 sujets	41

Liste des tableaux

Tableau 1 :	analyse des données : les 12 sessions analysées	20
Tableau 2 :	pré-catégories	21
Tableau 3 :	catégories modifiées	25
Tableau 4 :	Nombre de mots par unité de sens pour l'ensemble des catégories et pour la catégorie 7 chez chacun des sujets 42	
Tableau 5 :	analyse grammaticale des unités de sens de la catégorie 7	43
Tableau 6 :	analyse grammaticale des unités de sens de l'ensemble des catégories	44
Tableau 7 :	grille simplifiée des catégories	62
Tableau 8 :	Grille de réflexion sur le contretransfert	64

LE TRAITEMENT DES RÉACTIONS CONTRETRANSFÉRENTIELLES EN FONCTION DE L'UTILISATION CLINIQUE

Après avoir situé le contexte de la problématique et élaboré les concepts clé, soient le contretransfert et la neurodynamique du champ intersubjectif, nous avons choisi une approche d'application pour la recherche et décrit le type analyse faite à partir des éléments de la synthèse proposée.

Problématique

La psychothérapie repose sur les principaux acteurs intervenant dans le processus et sur leur interaction (Castonguay et Beutler, 2006). Certaines recherches portant sur la psychothérapie vont focaliser spécifiquement sur la relation, d'autres sur le client ou encore sur le thérapeute.

Le thérapeute est une variable indiscutablement commune à toutes les psychothérapies et l'importance de l'individu est déterminante dans la démarche du client. En fait, une large part du processus thérapeutique repose sur le thérapeute et ses qualités personnelles (Wampold, 2006; 2001; Westen, Novotny et Thompson-Brenner, 2004; Orlinsky et Ronnestad, 2005; Ackerman et Hilsenroth, 2003; Elkin 1999). Les cliniciens savent, même si la recherche n'est pas abondante, que certains thérapeutes ont de meilleurs résultats que d'autres (Norcross, 2002; Drouin, 2002 et 2005; Crits-Christoph et al. 1991). En se penchant sur la variable du thérapeute et ses composantes, la recherche met à jour les caractéristiques efficaces (Wampold 2001; Baldwin, Wampold et Imel, 2007), mais elles sont en général considérées de façon statique et isolée. Nous croyons par ailleurs que des variables processuelles méritent notre attention en dépit des défis méthodologiques que leur étude représente.

Une des composantes de la variable du thérapeute est son expérience subjective au contact de chaque client et sa façon de réguler cette expérience (Wampold, 2001; Norcross, 2002, Gilliéron, 2004). Cet aspect de la variable thérapeute est habituellement nommé contretransfert. Ce concept a suscité beaucoup d'intérêt et il est souvent considéré comme un processus central en thérapie (Racker, 1957; Searles, 1979; Wolstein 1988; Tansey et Burke, 1989; Bouchard, Normandin et Frôté, 1994; Gabbard et Wilkinson, 2000; Yeomans, Clarking, Kernberg, 2002; Gelso et Hayes, 2007).

La présente étude se veut descriptive et centrée sur le processus interne de traitement des réactions contretransférentielles; elle vise à décrire et comprendre des éléments de la démarche sensorielle, affective et réflexive du thérapeute expérimenté dans l'expérience du contretransfert et à traiter de son utilisation clinique.

Le contretransfert

Omniprésent dans la littérature théorique et clinique, le concept de contretransfert remonte aux écrits de Freud (1910) et fait référence aux réactions inconscientes de l'analyste à la personne analysée, c'est la définition dite «classique». Il est alors perçu comme une limite à l'analyse, provenant de l'analyse incomplète du thérapeute et de ses conflits non résolus. Mais déjà, en 1915, devant la complexité du phénomène, Freud semble ambivalent et il commence à encourager le thérapeute à laisser se déployer le contretransfert, plutôt que de le garder en dehors du travail clinique, afin de mieux le saisir (Biro et Kamer, 2006). Poursuivant dans cette même ligne de pensée, d'autres précurseurs, tels Ferenczi ainsi que Balint et Balint auraient utilisé le concept de contretransfert pour démontrer que la neutralité absolue est illusoire (Bouchard, Frote, Normandin, 1994)

Dans les années 1950 et 1960, Heiman, insatisfaite d'observer le dénigrement des cliniciens face à leurs réactions contretransférentielles, est amenée à postuler que le contretransfert est incontournable et qu'il est l'ensemble indivis des réactions du thérapeute à son client. En fait, elle amène l'idée que le contretransfert est une création du client. Racker (1957) est reconnu comme un des théoriciens pionniers du contretransfert, il inclut les réactions émotionnelles et les conflits non résolus du thérapeute dans la définition du concept. Il introduit la notion de contribution du contretransfert au processus thérapeutique à condition que l'analyste développe une attitude particulière face à sa subjectivité et qu'il soit lui-même objet de sa propre analyse et observation continue.

Gelso et Carter (1994) définissent leur modèle comme «modéré» en ce sens qu'ils croient utile de distinguer les réactions contretransférentielles réalistes, issues de la réalité de l'environnement thérapeutique, des réactions contretransférentielles «irréalistes», issues du passé ou du présent conflictuel du thérapeute. Ces dernières seulement relèveraient réellement du contretransfert. Les réactions du thérapeute, qui n'appartiennent pas à ses conflits ou vulnérabilités, précoces ou actuelles et qui sont des réponses naturelles, sinon inévitables, aux

communication du clients, n'appartiendraient pas au contretransfert. Cette vision modérée, plus large que la classique, considère que le contretransfert est une réaction au transfert du client en plus des autres réactions du thérapeute issues de ses propres conflits personnels. Malgré tout, les tenants de cette définition (Myers et Hayes, 2006; Fauth, 2006), ne perçoivent pas le contretransfert comme une entrave à la thérapie, ils le voient plutôt comme ayant un potentiel clinique utile à condition qu'il soit géré plutôt qu'agi. Gelso et Hayes (2007) discutent longuement de ce qui appartient ou n'appartient pas au contretransfert et questionnent s'il origine dans le transfert du client, dans ses défenses, ses besoins ou dans les conflits non résolus du thérapeute. Les questions sont intéressantes à considérer et les auteurs s'adressent ensuite à comment gérer le contretransfert, le prévenir ou en réparer les effets. Leurs réponses résident dans cinq facteurs généraux relatifs au thérapeute : la connaissance de soi, les habiletés de conceptualisation, l'empathie, l'intégration du soi et les habiletés de gestion de l'anxiété. Les auteurs reconnaissent que le processus d'acquisition de ces facteurs est extrêmement difficile.

Le contretransfert peut aussi être vu comme issu du champ relationnel et de ce fait n'appartenir en propre ni au thérapeute ni au client, mais à la relation émergente entre les deux (Holmqvist et Armelius, 1996). Ainsi défini, le contretransfert appartient à celui qui réagit au transfert de l'autre. Dans une grille ayant pour but de venir en aide au thérapeute dans l'analyse de la relation thérapeutique, Marshall et Marshall (1988) proposent d'ailleurs une analyse du contretransfert tenant compte de la source de celui-ci, de son niveau de spécificité et du niveau de conscience qu'en a le thérapeute. La notion de contretransfert, passionnément débattue, se trouve définie et redéfinie, nuancée, enrichie d'une kyrielle de contributions, mais cependant ne fait pas l'objet d'unanimité.

Le concept a par ailleurs, évolué vers une conception «totaliste» décrite comme étant tout ce qui, de l'analyste, intervient dans la thérapie (Kernberg, 1965; Laplanche et Pontalis, 2004), mais cette conception est surtout caractérisée par la position centrale du contretransfert comme outil thérapeutique indispensable. Afin de considérer la subjectivité de chaque intervenant et la contribution de chacun d'eux dans la relation thérapeutique, on le conçoit comme une cocréation dynamique d'influence réciproque qu'il devient nécessaire de réguler interactivement pour avancer dans le processus thérapeutique. Dans cette définition, les réactions du thérapeute dans la relation réelle sont considérées comme appartenant au contretransfert, même si elles ne sont pas uniquement tributaires du passé conflictuel de ce dernier, contrairement à ce qui est le cas dans la

version plus modérée de Gelso et Hayes (2007). On conçoit également que le contretransfert puisse être agi; mis en acte plutôt que conscientisé, et ce, pendant un certain temps avant que le thérapeute observe sa réaction et reconnaisse sa contribution dans cette mise en acte, ce qui lui permet d'utiliser le contretransfert comme un puissant levier thérapeutique éclairant sur la dynamique relationnelle du client (Wallin, 2007).

Nous avons retenu la notion du contretransfert totaliste comme élément central du travail d'élaboration du thérapeute malgré les reproches qui lui sont fait d'être trop englobante, ce qui la rend plus complexe et plus difficile à opérationnaliser. Le contretransfert est universel, il répond entre autres à la prédisposition de chacun à répéter un vécu primitif reproduit dans le temps présent. Il peut être ignoré, agi, exploré ou réfléchi, et peut aider à saisir la dynamique du client (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 2006). Pourtant Bouchard, dans un entretien avec Juston (1990) se questionne sur la manière d'amener le thérapeute à s'absorber dans l'élaboration intrapsychique de son contretransfert, qu'il considère comme nécessaire à son utilisation efficace, étant donné l'exigence de la démarche. On reconnaît de plus en plus à l'incontournable contretransfert un potentiel clinique utile, éclairant le processus thérapeutique et les dynamiques relationnelles en jeu et qui permet une plus grande compréhension du client (Heiman, 1950; 1960; Racker, 1957; Tansey et Burke, 1989; Wallin, 2007).

Toutes les discussions théoriques sur la nature du contretransfert et sur le fait qu'il soit ou non une entrave à la thérapie permettent de saisir la complexité du phénomène, mais elles n'éclairent en rien l'usage que peut en faire le thérapeute dans la relation thérapeutique. Les efforts de catégorisation contribuent à enrichir le concept, mais restent stériles pour guider le clinicien à travers son processus d'élaboration. Un consensus émerge concernant le potentiel utile du concept en thérapie quand le thérapeute le conscientise et l'utilise pour comprendre le client et les pressions relationnelles qu'il peut exercer sur lui. Toutefois, le thérapeute est relégué en formation, à sa thérapie personnelle ou à sa supervision professionnelle pour encadrer sa démarche (Jacobs, 2002; Gelso et Hayes, 2007) même si le contretransfert est considéré comme l'instrument clé du thérapeute dans le processus thérapeutique (Orange, 1995; Gilliéron, 2004). Ceci met en évidence le manque d'outil pour équiper le thérapeute à effectuer une activité réflexive minutieuse de son expérience contretransférentielle (Bordeleau et Drouin, 2006). Le fait de comprendre mieux la démarche du thérapeute qui utilise sa réaction contretransférentielle en thérapie permet d'espérer, éventuellement, que le concept soit davantage accessible et facilite la

compréhension de ce qui s'élabore dans la relation thérapeutique. Le thérapeute conscient des subtilités et des changements dans la relation qu'il perçoit à travers son expérience contretransférentielle peut fournir au client une occasion de revivre dans cette relation thérapeutique la façon limitative d'être en relation qui lui vient d'une expérience lointaine et qui peut alors être explorée et dénouée en thérapie (Khan, 2002).

Le contretransfert et la recherche empirique

Rosenberger et Hayes (2002) ont publié une revue de la littérature empirique du contretransfert et concluent que les recherches sont relativement peu nombreuses. Fauth (2006) a fait une recension des instruments actuels de mesure du contretransfert et déplore la difficulté à explorer le phénomène d'une manière empirique compte tenu de sa complexité. Il considère que les instruments de mesure sont encore très peu développés bien que le contretransfert soit éclairant pour la compréhension du processus thérapeutique. Friedman et Gelso (2000) ont développé un instrument pour évaluer la qualité positive ou négative des comportements contretransférentiels se manifestant par un surinvestissement ou un retrait de la relation thérapeutique. Robbins et Jolkovski (1987) ont relié la gestion à la conscience du contretransfert alors que VanWagoner, Gelso et Hayes (1995) et Diemer (1991) en ont fait un inventaire en cinq qualités («self insight», «self» intégration, conceptualisation, empathie et gestion de l'anxiété) tandis que Hayes (1995) l'a décomposé en cinq éléments (l'origine, le déclencheur, la manifestation, la gestion et l'effet). Tobin (2006) s'est intéressé à la contribution de l'expérience contretransférentielle aux interventions thérapeutiques et il a utilisé l'instrument développé par Holmqvists et Armelieus (1996) constitué d'une liste d'émotions, pour le qualifier. Marshall et Marshall (1988) ont proposé une matrice complexe du transfert-contretransfert et élaboré une typologie pour l'analyse des rapports entre les deux phénomènes qui permet au thérapeute d'orientation psychanalytique d'avoir accès à un moment de thérapie et de mieux le comprendre. Ils ont conçu leur modèle comme une boussole permettant au thérapeute de naviguer dans les eaux brumeuses et les moments incertains de la thérapie à partir de l'analyse des quatre variables suivantes : comportements du client et ses antécédents; événements actuels de la relation; réactions du thérapeute; effet de la réaction du thérapeute sur le client.

Normandin et Bouchard (1993) ont cherché pour leur part, à comprendre le processus interactionnel et produisent la grille d'analyse du contretransfert. Ils ont opérationnalisé le concept en un ensemble de comportements regroupés en trois grandes catégories de contretransfert, objectif-rationnel, réactif et réflexif qu'ils ont divisé en sous-catégories. Le contretransfert rationnel-objectif est défini comme une activité mentale visant la compréhension du client à l'aide d'un cadre objectif, une observation, une hypothèse ou une théorie sur le sens de l'expérience du client. Le contretransfert réactif réfère à une activité mentale subjective et inconsciente du thérapeute, liée à son monde interne ou/et à celui du client et qui manifeste des enjeux plus ou moins primitifs. Le contretransfert réflexif représente une activité mentale subjective et consciente du thérapeute qui considère son expérience affective pour comprendre le client et potentiellement pour élaborer une intervention psychothérapeutique (Parent 2005).

Cet outil vise à identifier le profil contretransférentiel du thérapeute, mais il n'est pas conçu pour une analyse des processus en cours de thérapie. La grille a fait l'objet de quelques études, elle a été utilisée dans des études empiriques qui ont développé les connaissances sur le contretransfert. Normandin et Bouchard (1993), à l'aide de cette grille, mettent à jour des différences de type de contretransfert (rationnel-objectif, réactif, réflexif) selon les orientations théoriques des thérapeutes ou selon leurs expériences professionnelles. Lecours, Bouchard et Normandin (1995), trouvent des différences entre les sexes quand à leur utilisation des différents types de contretransfert, Parent, Normandin et Dubé (2004) dévoilent un lien entre la psychothérapie personnelle du thérapeute et son activité mentale. Toujours à l'aide de cette grille, Baribeau (1999) met en évidence un lien d'influence de la supervision professionnelle sur l'activité mentale des étudiants en psychologie. Parent (2005) mesure les bénéfices de la formation à la pratique clinique sur l'activité mentale des thérapeutes et trouve un lien entre la formation didactique et l'activité relationnelle objective et un autre lien entre la formation expérientielle et l'activité mentale réflexive. Finalement, il n'y a pas beaucoup de piste pour équiper le thérapeute aux prises avec ses réactions contretransférentielle en séance de thérapie, en cela, les résultats ne sont pas prometteurs. Comme les autres outils présentés, celui-ci, malgré qu'il soit particulièrement intéressant, n'arrive pas plus que les autres à éclairer le processus clinique. Gelso et Hayes (2007) ont déploré le fait que même si l'on connaît les vertus potentielles du contretransfert, qu'on a produit des listes, des grilles et des modèles de gestion, la recherche n'offre encore rien de bien concret pour supporter le thérapeute dans la tâche complexe

et constante tout au long de l'exercice de sa profession d'identifier et de traiter son expérience contretransférentielle et c'est en cela que réside l'intérêt premier du chercheur alors même si le fait d'approfondir certaines des démarches déjà entreprises aurait été utile au domaine de connaissance, le chercheur a préféré tracer sa voix vers d'autres horizons.

Le contretransfert et la clinique

Tansey et Burke (1989) proposent une séquence du processus d'élaboration de l'expérience contretransférentielle en trois phases principales : Réception, Processus et Communication qui se divisent en sous-catégories. Ce travail élaboré est complexe et permet de comprendre l'utilité clinique du concept. Ils offrent définitivement aux cliniciens des pistes de réflexion pour leurs pratiques. Dans la phase réception, le thérapeute se prédispose à l'écoute, il se libère de ses préoccupations et se rend disponible à l'interaction. Il accepte en quelque sorte d'être influencé par le client tout en restant attentif à sa propre expérience et à sa réaction émotionnelle. Pendant le processus, le thérapeute tolère et contient sa réaction, ses pensées et ses émotions tout en les observant et en y réfléchissant. Pendant la phase de communication, le thérapeute choisit ses contributions relationnelles, verbales et non-verbales qui lui semblent les plus pertinentes pour favoriser les prises de conscience du client. Ici, Shore (2003 a et b) émettrait probablement des réserves sur le choix des communications non-verbales, considérant que le thérapeute, et le client par ailleurs, en communiquent beaucoup plus qu'ils ne croient le faire. Ces phases de Tansey et Burke ne sont pas linéaires, mais participent à un processus qui se valide et se raffine à mesure qu'il se met en place.

Selon Jones (2000), le contretransfert est observable en session de psychothérapie, le client et le thérapeute interagissent de façon répétitive et cette structure interactive peut se transformer lorsque la séquence caractéristique est reconnue, systématiquement explorée et comprise par le thérapeute et le client dans l'immédiateté de la relation.

Par ailleurs, une étude orientée sur l'utilisation clinique du contretransfert cherche à démontrer l'impact d'une démarche d'auto-analyse sur l'utilisation de sa réaction contretransférentielle (Schlesinger et Wolitzky, 2002). Les auteurs mentionnent l'unanimité des théoriciens sur la nécessité d'être attentif aux nuances de son expérience contretransférentielle, d'évaluer ses réponses à la lumière de sa connaissance de soi et de les distinguer des

contributions du client. Ils considèrent, comme Racker (1957) et Tansey et Burke (1989) l'auto-analyse de l'expérience contretransférentielle comme la contribution la plus importante du thérapeute au processus thérapeutique.

Delisle (1998) sensibilise le thérapeute en formation à l'importance de comprendre et d'explorer sa réaction contretransférentielle, surtout si elle est répétitive, afin qu'elle devienne utile au processus thérapeutique. Il engage le thérapeute dans un processus affectif, réflexif et interactif sur le phénomène contretransférentiel afin de l'amener à comprendre ce qui se passe dans l'ici-maintenant avec le client. C'est à partir de cet ici-maintenant que la reconnaissance et puis la réparation de blessures d'antan peuvent s'effectuer dans la relation. La supervision, l'expérience et la thérapie personnelle sont les trois principales sources de ce processus long, lent et continu que sont le développement professionnel et l'apprentissage de l'utilisation du contretransfert (Orlinsky, Norcross, Ronnestad et Wiseman, 2005; Ronnestad et Skovholt, 2003).

Il n'y a pas de raccourci, pas de moyen d'appréhender simplement le contretransfert sans y aller d'une simplification réductrice. Le thérapeute doit apprendre à vivre sans certitude. Il doit tolérer l'ambiguïté ainsi produite et rester présent à l'impact de ses interventions sur le client, c'est ce qui peut le guider dans ses choix cliniques (Buirski et Haglund, 2001). Cette prise de conscience progressive fait que les thérapeutes expérimentés sont reconnus pour avoir une compréhension intuitive des ingrédients actifs du processus thérapeutique et du «comment et quand» il est utile de les appliquer (Ablon, 1998). Il n'en demeure pas moins que cela reste à un niveau intuitif. Il serait donc intéressant de pouvoir décrire la démarche du thérapeute qui prend conscience de sa réaction contretransférentielle et qui cherche à la comprendre afin qu'elle soit utile à la représentation qu'il se fait de la dynamique du client et de l'expérience en thérapie, et afin qu'elle soit utile à la thérapie en soi. Comme le travail du contretransfert demande du temps, une démarche exploratoire gagnerait à se faire avec des thérapeutes expérimentés pour pouvoir observer le processus là où il apparaît le plus clairement. On peut supposer que le thérapeute d'expérience a intériorisé les processus de traitement de son expérience contretransférentielle et qu'il est possible de dégager, au moins en partie, des éléments de ce processus interne en observant et en interrogeant ces thérapeutes.

Il serait intéressant de tenter de retracer des indices de ce processus interne dans le discours des thérapeutes pendant une session de thérapie. On voudrait, entre autres, pouvoir repérer en les observant, des traces de ce que Bruisky et Haglund (2001) appellent «tolérer l'ambiguïté».

La neurodynamique du champ intersubjectif

Tous ces écrits et toutes ces recherches sur le contretransfert renseignent globalement le clinicien sur le phénomène, mais la dynamique et le processus par lequel passe le thérapeute pour appréhender et utiliser son expérience restent incomplètement décrits et élaborés. Il faut donc puiser ailleurs pour approfondir des éléments théoriques utiles à la compréhension du processus contretransférentiel qui se met en place en thérapie. Certaines observations du système parent-enfant ayant fait l'objet d'études peuvent être potentiellement transférables à la relation thérapeute-client et participer à l'amélioration de la compréhension de la dynamique de l'expérience contretransférentielle.

Les similitudes entre les deux systèmes nous permettent d'aborder les phénomènes comme la résonance, les microajustements mutuels et continus entre le parent et l'enfant, et de les transposer à la situation thérapeutique comme étant la réponse et les gestes attendus d'une figure accueillante fiable (Buirsky et Haglund, 2001). En s'inspirant du premier, il devient possible de poser les balises pour appréhender le second, la deuxième chance développementale:

Le nourrisson a un système de communication qui procède en grande partie du non-verbal, il n'a pas de mots et pourtant, il se fait bien comprendre. Peut-être que la communication qu'il utilise fait vivre à la mère les émotions qu'il ne peut lui communiquer autrement? Ces émotions éveillent dans la mère les traces d'états affectifs de base, issus de son passé et de son présent expérientiel. Siegel (1999) parle de cette communication comme d'un transfert d'énergie et d'information via des réponses verbales et non verbales qui signalent directement d'un esprit à l'autre en activant les circuits neuronaux qui modulent la réponse de celui qui reçoit. Ce processus de transmission primitif continue d'exister toute la vie durant et quand il est activé la qualité de l'attention aux signaux d'états affectifs est accrue et facilite l'accordage des états psychobiologiques (corps-esprit) des partenaires (Schoore, 2003b). Cela se passe aussi entre le thérapeute et le client et cela procède principalement de l'hémisphère droit du cerveau, cette structure neurobiologique connectée aux perceptions sensorielles, aux émotions et aux images, aux rêveries, aux analogies et aux impressions, qui nous renseigne sur notre monde interne et sur le monde externe dans un processus contextuel. En effet, l'hémisphère droit médiate la communication non-verbale et traite l'information et en particulier l'expression et la réception

des émotions, dont la perception implicite des expressions faciales, prosodiques et corporelles (Schore, 2003 a et b).

Le thérapeute qui se place en écoute de l'hémisphère droit cherche à laisser le client faire une impression globale sur lui. Quand il se place en écoute d'hémisphère gauche, il écoute les mots et conceptualise la dynamique du client. Le thérapeute oscille entre ces deux positions pendant la session de thérapie.

En plus des systèmes de communication traditionnels, le client a donc cette possibilité de communiquer directement des états affectifs à partir de son expérience interne. Cette communication se fait par la reproduction dans l'expérience actuelle d'un état affectif engrammé à partir des relations précoces. La communication des affects se réalise à partir de la détection et du traitement complexe des plus petits changements dans le visage regardé par l'interlocuteur, détection qui se fait en moins de 100 millisecondes. Cette détection provoque une réponse, également faite d'expressions faciales, immédiates et inconscientes (Schore, 2003 a et b). Toute cette communication bidirectionnelle se situe en dehors du champ de conscience. Elle est non symbolisée, non verbalisée, mais transmise par des expériences affectives. Ce mode de communication se confond avec les concepts de transfert et de contretransfert (Schore, 1994).

Selon Khan (2002), Gill, un précurseur de l'intersubjectivité, propose de décoder ce qui se passe dans la relation thérapeutique pour mettre à jour les difficultés acquises dans l'expérience précoce du client, l'amener à se souvenir et puis à revivre dans la relation thérapeutique actuelle cette même difficulté afin de la réparer de façon expérientielle, dans la relation thérapeutique, lieu optimal pour le faire, selon lui.

Pour saisir l'enjeu de la communication, le thérapeute est attentif aux signaux non verbaux du client, mais également à tout ce qui émerge en lui, la relation thérapeutique étant plus qu'un échange verbal, mais un processus transférentiel-contretransférentiel incorporé (Shaw, 2004). Le thérapeute a ainsi accès aux états affectifs inconscients du client et peut l'aider à les nommer, ce qui l'apaise et favorise la régulation. Le thérapeute reçoit puis contient cet état, le régule et permet au client de développer ses propres structures de régulations (Schore, 2003 a et b).

L'interface de l'expérience interactive dans laquelle on observe une série d'accordages, de désaccordages et de réaccordages permet de moduler l'état interne et aussi d'intégrer la capacité à s'organiser. L'autorégulation d'un des partenaires agit sur le processus interactif et permet la réorganisation de l'expérience. Elle est critique pour le développement de la capacité

d'autorégulation de l'autre partenaire (Beebe et Lachmann, 1998). Le client n'a pas conscience de ses dysrégulations ni du fait qu'il les reproduit dans la relation thérapeutique. Le thérapeute aperçoit à travers sa propre expérience contretransférentielle les biais perceptuels du client et l'intrusion de sa mémoire implicite dans la relation actuelle. Comme l'expérience se coconstruit (Delisle, 1998) le thérapeute doit être au fait de ses états affectifs et mentaux et de sa contribution à ce processus thérapeutique. La capacité à tolérer et à réguler ses propres affects est décisive dans le processus de modulation de l'affect de l'autre (Schore, 2003a et b).

Damasio (1994) précise que le changement dans l'état du corps est perçu et représenté par ce qu'il appelle un «marqueur somatique» qui s'exprime par la modification du tonus des muscles du visage et des membres ou bien par une modification d'un état dans les organes principaux (estomac, cœur, poumons ou intestins). La réception de la communication implicite du client est donc transférée et perçue par le thérapeute dans une modification de son expérience contretransférentielle par un marqueur somatique. Il s'agit à ce moment-là pour le thérapeute de focaliser alternativement son attention sur le contenu explicite sur le contenu non verbal de la communication du client et aussi sur ses propres émergences proprioceptives et intéroceptives (Knoblauch, 2005; Schore, 2005) afin de faciliter sa compréhension de ce qui se passe dans la relation thérapeutique.

Selon Delisle (2007), le premier temps de la thérapie serait d'accepter de porter l'intolérable et indicible communiqué implicitement et inconsciemment par le client et de le faire avec le plus de conscience possible. Il s'agirait donc d'interpréter explicitement les marqueurs somatiques de la communication et d'utiliser son corps pour médiatiser le contretransfert. Ce processus demande au thérapeute d'être disponible, de se mettre intentionnellement dans un état de réceptivité qui s'apparente à un état de rêverie, d'attention flottante, et qui lui permette de recevoir la communication et de la contenir. L'information perçue des stimuli visuels, auditifs, tactiles et olfactifs, de la prosodie et des expressions faciales et corporelles provenant du client est métabolisée en même temps que ses marqueurs somatiques. Le thérapeute associe les différents types d'information et en fait l'objet de sa réflexion. Il symbolise la synthèse et l'utilise dans sa réponse clinique (Delisle 2007; Knoblauch, 2005; Schore, 2003b).

Ces réflexions fertiles éclairent le processus de traitement du contretransfert. Les neurosciences actuelles objectifient à travers des mots l'expérience subjective du contretransfert.

Mais, dans la réalité clinique, nous nous demandons si on peut retrouver en analysant le discours des thérapeutes, des signes de cette attention au non-verbal, de l'accordage mutuel du thérapeute et du client. Pourrait-on même observer des signes des communications entre hémisphères droits pendant des sessions de thérapie? Peut-on observer un thérapeute être attentif à ce qui émerge en lui, à ses réactions proprioceptives et intéroceptives, à l'émergence d'images et de représentations concernant son client? Une telle observation requiert une approche théorique considérant la phénoménologie et le non-verbal autant que le contretransfert et la théorie du développement.

La théorie qui servira de base à la présente recherche combine les éléments essentiels décrits dans les écrits sur le contretransfert et sur la neurodynamique du champ intersubjectif inférée à partir de l'analogie avec la relation parent-enfant. Les thématiques qui serviront à la recherche seront construites à partir de ces fondements.

On peut retenir de tous ces concepts abordés dans la problématique l'attitude particulière que le thérapeute doit avoir face à sa subjectivité qui est d'être lui-même objet de sa propre analyse (Racker, 1968) pour éclairer le processus et les dynamiques relationnelles en jeu (Tansey et Burke, 1989; Delisle, 1998). On retient également la prédisposition à l'écoute de Tansey et Burke (1989) et l'intention d'accueillir avec l'hémisphère droit de Schore (2003 a et b). Également, nous conservons pour cette étude, la notion d'accepter l'influence du client, sentir et comprendre l'influence de l'autre (Jones, 2000; Delisle, 2007). La nécessité d'être attentif aux nuances de son expérience (Schlesinger et Wolitzky, 2002) et à ses marqueurs somatiques (Damasio, 1994) sera également retenue.

Nous voulons aussi retenir la tolérance à sa propre expérience et la nécessité de s'autoréguler (Schore, 2003 a et b), d'être attentif à son expérience affective, à ses rêveries et impressions émergentes, à la phénoménologie, à la prosodie et aux expressions faciales (Delisle, 1998; Schore, 2003 a et b) afin de réfléchir et d'interagir avec le client et de lui offrir une deuxième chance développementale (Delisle, 2007; Tansey et Burke, 1989).

Contexte théorique : l'approche thérapeutique choisie pour la recherche

L'approche choisie, la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet (PGRO), est une approche intégrative puisant ses racines dans deux modèles d'intervention, la Gestalt-thérapie humaniste et l'école britannique des relations d'objet. Elle diffère des approches humanistes

pures en ce qu'elle exige du thérapeute une attention soutenue à son expérience contretransférentielle et qu'elle fait du traitement de cette expérience l'un des ingrédients centraux de la relation et du travail thérapeutique. Elle diffère également de celles parmi les approches psychodynamique qui font peu de place à la relation réelle, colorée affectivement (Gelso et Carter, 1985). À ces deux niveaux de relation, elle ajoute la relation herméneutique. Celle-ci est vouée à la cocréation de sens dans laquelle les stratégies conscientes de réflexivité et de mentalisation se communiquent au client. En cela, la PGRO est particulièrement adaptée au présent projet et c'est à travers ce système thérapeutique que le traitement de l'expérience contretransférentielle sera exploré. De plus, cette approche reconnaît le besoin du thérapeute d'aller en thérapie régulièrement et de se former continuellement tout au long de sa carrière afin d'être bien au fait de son expérience.

Delisle (1998, 2001) propose la relation thérapeutique immédiate comme lieu privilégié d'espace de transformation thérapeutique. Le lien thérapeute-client, tissé dans l'expérience du transfert et du contretransfert, détermine l'issue de l'itinéraire thérapeutique. La reproduction mésadaptée, apparente dans la relation transférentielle est soumise à un travail herméneutique de reconnaissance qui permet d'en prendre conscience. Cette prise de conscience de ce qui est en cause dans la reproduction est une condition essentielle de la possibilité de restaurer la capacité de contact, d'élaborer une façon nouvelle d'être en relation, en meilleure prise sur le réel et sur l'expérience émergente. Une attention conjointe et interactive à la relation thérapeutique met à contribution l'effort du thérapeute et celui du client dans le but de réparer la souffrance d'aujourd'hui, liée à celle de jadis. La démarche thérapeutique s'enracine donc dans l'expérience contretransférentielle du thérapeute. La PGRO est une approche clinique qui correspond très bien aux éléments théoriques retenus que nous voulons explorer dans le contexte clinique. Elle est le modèle d'intervention et de formation des sujets de la recherche et aussi celui du chercheur.

Delisle décrit l'approche comme une parole et une écoute à deux. La contribution que le thérapeute fait à partir de son expérience contretransférentielle ne s'achève pas d'une façon autonome puisqu'elle est soumise, en thérapie, au dialogue herméneutique. Il ne s'agit pas d'offrir une interprétation en fin de processus de traitement de l'expérience contretransférentielle, comme c'est souvent le cas en analyse (Séguin et Bouchard, 1996), mais de mettre à contribution le client dans le dialogue herméneutique en lui offrant une hypothèse de sens ouverte, inachevée, empreinte d'indétermination. On peut se demander si cette caractéristique est percevable dans le

discours des thérapeutes en session. Le thérapeute doit être continuellement en contact avec la possibilité de se tromper, il doit départager ce qui vient de son propre fond et ce qui vient de la relation avec le client.

Peut-on voir en observant des thérapeutes de cette approche, des reflets explicites de la théorie dans leur pratique?

Compréhension intégrative du contretransfert par l'analyse du discours

Nous avons regroupé sous un certain nombre de thématiques des concepts qui reviennent tout au long de l'exposé de la problématique, des informations théoriques et cliniques sur le contretransfert ainsi que dans la neurodynamique du champ intersubjectif et dans l'approche choisie, la PGRO, sous une forme synthétique afin d'augmenter notre compréhension. Nous avons choisi des éléments qui nous semblaient importants et constitutifs du traitement de l'expérience contretransférentielle du thérapeute et nous les avons regroupés par affinités en 8 thèmes distincts. Il s'agit principalement des perspectives de Delisle (1998), Tansey et Burque (1989) et celle de Schore (2003 a et b). En fait, le chercheur a fait une synthèse personnelle de ces différents apports théoriques et rassemblé en un tout cohérent et concis divers éléments de ces théories.

Nous croyons que l'analyse du discours des thérapeutes nous permettra de savoir comment ces derniers élaborent leur expérience contretransférentielle pour l'utiliser dans la clinique et nous croyons que les thématiques seront des éléments autour desquels ce processus interne s'élaborera. Nous espérons pouvoir regrouper sous ces thématiques les éléments du discours des thérapeutes expérimentés.

Voici les thématiques :

- Intention d'accueillir le client avec l'hémisphère droit, consentement à l'expérience intuitive, disponibilité à la mémoire implicite, attention flottante, intentionnalité;
- Accueil attentif aux communications non-verbales de l'autre, aux stimuli visuels et auditifs, à la prosodie, aux gestes, aux expressions faciales, aux rythmes de la parole;
- Accueil attentif à son propre continuum d'awareness, particulièrement à ses états psychobiologiques viscéro-affectifs et kinesthésiques, identification des marqueurs

- Rêveries, imageries, analogies, impressions
- Tolérance de l'expérience et auto-régulation affective;
- Processus cognitivo-réflexif, reconnaissance potentielle, prise de sens hypothétique, liens avec des expériences antérieures, connaissances théoriques, questionnements, synthèse bi-hémisphérique;
- Contribution éventuelle au dialogue herméneutique, forme sémantique et signes d'ajustement éventuels en fonction de la réponse du client
- Retour à une position d'accueil intentionnelle.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative concernant certains processus actifs dans l'intervention thérapeutique professionnelle et plus particulièrement la mise à jour de la démarche utilisée par le thérapeute expérimenté pour élaborer son expérience contretransférentielle et l'utiliser en thérapie. La méthodologie qualitative est indiquée pour une recherche visant la compréhension et la signification d'une expérience subjective complexe. Le modèle choisi : la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967). Cette approche a évolué avec les nombreux travaux qui en ont été issus et les différentes stratégies, qui l'ont parfois érodé et parfois enrichie (Anadon 2006). Le pluralisme s'est imposé en fonction de la diversité et de la spécificité des sujets de recherche. Souvent, les premières données émergent d'un pré questionnement avec des spécialistes en la matière, comme l'ont fait Orlinsky et Ronnestad (2005), pour trouver leurs premières grandes catégories. des entrevues non dirigées servent aussi souvent cette fonction, comme dans la recherche chez les enseignants effectuée par Duchesne, Savoie-Zacj et St-Germain en 2005 ou dans celle sur le sens de l'expérience scolaire de Gauthier en 2007, dans laquelle des entretiens servent de cueillette de données. Ici, la compréhension intégrative, synthèse personnelle du chercheur a amené les pré-catégories qui ont servi pour la mise en contexte des données empiriques. Habituellement, le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature comme c'était le cas ici. Cependant, la synthèse personnelle ayant mené à l'élaboration des pré-catégories s'est effectuée à partir d'éléments de divers cadres théoriques

issus de plusieurs domaines de recherche; entre autre, la neurodynamique du champ intersubjectif, la PGRO, une approche thérapeutique et divers écrits sur le contretransfert. Ces pré-catégories restaient à réviser, raffiner par l'analyse itérative du discours des sujets, ce qui caractérise la théorisation ancrée ainsi que la posture d'ouverture à l'émergence à partir de l'expérience qu'en font les sujets de la recherche (Guillemette 2006), et c'est ce qui a été fait ici. Comme le dit Guillemette (2006) à trop vouloir faire abstraction des théories existantes, on peut vouloir réinventer la roue et obtenir des résultats déjà obtenus. Blais et Martineau (2006) dans un document synthèse sur la démarche inductive pour aider les étudiants à clarifier les démarches d'analyse qualitative ne les incitent pas à les suivre à la lettre mais à rester connectés aux données rapportées. Il s'agit de rendre la démarche facile à utiliser et produire des résultats défendables dans la communauté. De plus, La singularité de notre objet de recherche exigeait que nous restions proches des réactions spontanées des thérapeutes. Un questionnaire dans lequel on leur aurait posé des questions ouvertes les aurait éloignés de leurs réactions immédiates pour les amener dans un autre genre d'univers réflexif sur leur pratique. Enregistrer leur discours reste donc une stratégie plus pertinente en fonction des questions de recherches.

L'étude est exploratoire, mais de nombreux écrits sur le concept nous permettent de concevoir une expérimentation à partir d'une thématique enracinée dans la théorie et élaborée dans la problématique précédente.

Objectif

L'étude consiste à décrire le processus d'analyse réflexive du contretransfert et l'utilisation que prévoit en faire le thérapeute dans ses interventions, dans le but de comprendre mieux cette dimension associée au thérapeute et déterminante dans le processus thérapeutique. Les éléments sensoriels, affectifs, sémantiques et réflexifs de la démarche du thérapeute apparaissant dans son discours ont été notés et élaborés dans le but de mettre en évidence une partie de la dynamique des interactions transfert-contretransfert en PGRO. Bien que nous sachions que la communication passe par plusieurs canaux, nous ne pouvons pas tous les traiter et notre travail se limite aux aspects les plus directement accessibles.

Le but de l'étude est de pouvoir dégager la dynamique sous-tendant le traitement de l'expérience contretransférentielle, les manifestations observables dans le discours ainsi que les

préoccupations concernant l'intervention à venir. En d'autres termes, le but est de répondre de façon exploratoire aux questions de recherche suivantes :

Questions de recherche

Notre question fondamentale est de savoir comment le thérapeute utilise-t-il des éléments de son contretransfert – identifiés en termes de la neurodynamique du champ intersubjectif – pour formuler les interventions qu'il envisage. Pour répondre à cette question, nous allons répondre aux sous questions suivantes :

- * Est-ce que l'on peut repérer dans le discours des thérapeutes concernant le traitement de leur expérience contretransférentielle les éléments dégagés dans les thèmes intégratifs ?
- * Est-ce que l'on retrouve dans le discours des thérapeutes en PGRO une forme sémantique des interventions relatives au contretransfert impliquant une certaine forme d'indétermination?
- * Quelles sont les caractéristiques des interventions utilisant les éléments du contretransfert en PGRO?
- * Est-ce que le thérapeute accepte une bonne part d'ambiguïté dans ses interventions?

Sujets de la recherche. Les participants à cette recherche sont quatre thérapeutes d'expérience, deux hommes et deux femmes, recrutés au Centre d'Intervention Gestaltiste (CIG), centre de formation dans l'approche choisie pour la recherche. Chacun des quatre sujets a étudié le 3^e cycle, poursuivi sa formation en PGRO et cumulé plus de dix ans d'expérience en psychothérapie. Leur participation est exigeante et s'est faite sur une base volontaire.

Consentement. Après avoir été informés du projet de recherche, les thérapeutes ont rempli un formulaire de consentement. Il est entendu qu'il est possible pour chacun d'eux de se retirer du projet en tout temps s'ils le souhaitent. Les formulaires de consentement sont en annexe A.

Plan de la recherche

Production de matériel. La première étape a été la production des vignettes auxquelles les sujets de l'étude auront à réagir. Trois clients (eux-même thérapeutes mais figurant comme client), recrutés lors d'échange dans le milieu professionnel de l'auteure ont eu comme consigne de témoigner d'une expérience significative vécue en thérapie. Ces trois clients, ayant déjà fait au moins une démarche de thérapie personnelle d'une durée minimale d'une année et une formation en psychothérapie, ils ont acquis, dans leur cheminement, l'expérience suffisante de la thérapie pour décrire leur monde interne avec profondeur, ce qui permet de présenter un contenu condensé susceptible de susciter une réaction chez les sujets de la recherche. Cette technique présente l'avantage de favoriser l'émergence d'un contretransfert dans une courte période de temps et en plus, d'utiliser le même client pour chacun des thérapeutes, ce qui ne se produit pas dans le milieu naturel et devrait favoriser l'analyse des données, tout en constituant une limite en termes de validité écologique de notre recherche.

Chacun des clients a dû parler d'un moment réel de thérapie qu'il a lui-même vécu, un moment particulier, soit parce qu'il a été utile ou douloureux, ou parce qu'il a amené un changement important, ou encore qu'il représente un moment clé de la thérapie. Le client a témoigné de son expérience lors de cet épisode vécu. Il est invité à partager ses perceptions de lui-même, de son thérapeute et de la relation thérapeutique. Les vignettes d'une durée moyenne de 17 minutes ont été filmées en gros plan. Deux des 3 clients étaient des hommes.

Durée des vignettes

	Client 1	Client 2	Client 3	Total
Durée (minutes)	23	20	9.25	52.25

Le client a été invité à se mettre à l'aise et à donner un peu le contexte pour ensuite élaborer davantage sur son expérience interne, ses réactions, sensations, émotions, ainsi que ses perceptions de son thérapeute, comment il a ressenti ses interventions, ce qu'il a imaginé. Le client a été invité à donner libre cours à son flot de pensées, à ce qui lui venait concernant cet épisode et ses conséquences. Il était prévu que l'auteure agisse à titre d'interlocutrice intéressée

et plutôt silencieuse donnant un minimum d'encouragements, de reflets simples et de questions ouvertes au besoin, pour faciliter l'élaboration tout en minimisant l'impact de l'intervention d'une tierce partie. Après avoir fait une simulation de l'exercice, l'auteure s'est aperçue que les vignettes ainsi produites n'offriraient pas au sujet un contact visuel direct avec le client. Il s'est avéré préférable d'installer le client directement devant la caméra et de placer l'auteure en retrait pendant l'enregistrement. Les clients ont accepté ces modifications et ont demandé des consignes écrites avant les sessions d'enregistrement, ce qui a été fait; ces consignes sont en annexe B. Les sessions d'enregistrement des vignettes ont soulevé des émotions à chaque fois, chacun y allant d'une contribution généreuse et authentique de sorte qu'une session de débriefing a eu lieu pour chacun. Cela avait été prévu dans le formulaire de consentement, voir en annexe C, qui a été rempli par chacun des clients.

Déroutement de la recherche. Les thérapeutes ont visionné les trois vignettes dans lesquelles des clients narrent un épisode relationnel avéré avec leur thérapeute régulier. Les thérapeutes ont eu pour consigne de partager le plus librement possible tous les éléments du traitement de leur expérience contretransférentielle émergente devant le visionnement de l'enregistrement vidéo de ce client. Une copie des consignes a été redistribuée aux sujets juste avant le visionnement des vignettes.

Les thérapeutes ont été invités à élaborer leurs réactions et à interrompre au besoin le visionnement des vignettes pour partager leurs ressentis, leurs observations, faire part de leurs réactions internes, de leur questionnement et réfléchir ouvertement. Ils ont eu pour instruction de réagir de façon spontanée, la plus proche possible de leur réaction en milieu naturel, mais également, de partager leur démarche interne sensorielle, affective et cognitive. Le chercheur a assisté à toutes les sessions mais de la manière la moins intrusive possible, en rappelant les consignes occasionnellement et en restant silencieuse la plupart du temps, sans prendre de notes.

Les consignes ont été données à titre indicatif et le thérapeute était libre de faire part de son expérience spontanément et d'exprimer ouvertement son expérience interne :

- a) partagez librement votre expérience contretransférentielle
- b) explicitez votre réaction interne
- c) faites part de vos questionnements et réflexions
- d) partagez vos réactions sensorielles, affectives et cognitives

- e) communiquez votre première impression du client et comment vous la traitez
- f) nommez les objectifs thérapeutiques qui vous apparaissent
- g) élaborez les rêveries, les images suscitées, les expériences passées évoquées
- h) nommez les interventions que vous pourriez faire.

Les sessions de visionnement des vignettes ont été produites de façon semi-directive, le stimulus a été géré dans son déroulement par le sujet qui contrôlait la mise en arrêt de la vignette et le moment qui lui convenait pour commenter. Le stimulus est resté le même pour tous les sujets, tout comme les consignes. Ceci permet de suivre le fil conducteur intrinsèque du discours de chaque thérapeute afin de maximiser les opportunités d'exploration des émergences nouvelles.

Les sujets de l'étude ont été enregistrés pendant toute la session de visionnement des vignettes. Ces sessions, d'une durée moyenne de 2h, ont été visionnées et retranscrites intégralement pour servir à l'analyse des données.

Analyse des données

Les résultats des douze sessions de visionnement des vignettes (les quatre thérapeutes expérimentés, deux hommes, deux femmes, avec chacun des trois clients), ont été compilés et analysés de façon qualitative par deux juges, le chercheur et un collaborateur externe, diplômé dans une discipline de santé, familiarisé avec l'expérience contretransférentielle et formé en PGRO. Ces deux personnes ont travaillé de façon indépendante dans une première étape, c'est-à-dire qu'ils ont codifié les énoncés séparément, puis lors d'une discussion, ont fait consensus lorsque nécessaire. Ce recours à un deuxième juge permet de consolider la validité de la recherche (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006). Afin de préserver au mieux la confidentialité et comme c'est une pratique courante, tous les énoncés des exemples donnés, tout au long de cette recherche ont été écrits au masculin lorsque cela était possible.

Tableau 1 : Analyse des données : les 12 sessions analysées

Sujet 1	Client 1	Sujet 2	Client 1	Sujet 3	Client 1	Sujet 4	Client 1
	Client 2		Client 2		Client 2		Client 2
	Client 3		Client 3		Client 3		Client 3

Les bandes enregistrées des thérapeutes ont été visionnées et revisionnées. Le discours des thérapeutes a été transcrit verbatim avec chacun des clients et ensuite découpé en unités sémantiques. Ces unités ont été lues et relues puis classées dans ce qui a été originalement présenté comme les thématiques proposées dans la partie «la compréhension intégrative du contretransfert par l'analyse du discours» (p.13) de cette recherche et qui ont été utilisées comme pré-catégories pour réaliser l'analyse des données. Reprenons ici ces thématiques, devenues pré-catégories, initialement élaborées à partir des théories visitées, principalement les perspectives de Delisle (1998), Tansey et Burke (1989) et celles de Schore (2003 a et b).

Tableau 2 : Pré-catégories

Pré-Catégories	Descriptif
1	Intention d'accueillir le client avec l'hémisphère droit, consentement à l'expérience intuitive, disponibilité à la mémoire implicite, attention flottante, intentionnalité
2	Accueil attentif aux communications non-verbales de l'autre, aux stimuli visuels et auditifs, à la prosodie, aux gestes, aux expressions faciales, aux rythmes de la parole
3	Accueil attentif à son propre continuum d'awareness, particulièrement à ses états psychobiologiques viscéro-affectifs, kinesthésiques, identification des marqueurs somatiques, expérience corporelle, informations sur son système nerveux autonome (sympathique et parasympathique)
4	Rêveries, imageries, analogies, impressions
5	Tolérance de l'expérience et auto-régulation affective
6	Processus cognitivo-réflexif, reconnaissance potentielle, prise de sens hypothétique, liens avec des expériences antérieures, connaissances théoriques, questionnements, synthèse bi-hémisphérique
7	Contribution éventuelle au dialogue herméneutique, forme sémantique et signes d'ajustements éventuels en fonction de la réponse du client
8	Retour à une position d'accueil intentionnelle

Il était possible qu'une ou plusieurs catégories émergent des données et soient ainsi créées pour classer les unités sémantiques étudiées qui n'étaient pas classables dans les catégories existantes. Ces catégories provisoires indiquaient dans quelle direction regarder, mais au fur et à mesure de la création éventuelle de nouvelles catégories, les données brutes devaient être

réétudiées et les catégories transformées au besoin (Blais et Martineau, 2006). Les catégories de départ pouvaient donc être remaniées pour correspondre aux données. L'investigation est donc guidée par les théories explorées dans la problématique, mais elle ne se limite pas à ces conceptions et se veut ouverte à de nouvelles émergences, enracinées dans l'expérience directe des thérapeutes expérimentés. Ce qui reste important de savoir si l'on voulait reproduire la recherche, c'est la disposition initiale du chercheur et sa quête de données émergentes.

Plus spécifiquement, il était prévu de faire l'analyse des données du sujet 1 avec la vignette client 1. Si une nouvelle catégorie devait émerger, la vignette client 1 du sujet 2 serait analysée avec cette nouvelle catégorie. Si de nouvelles catégories émergent de nouveau, la vignette client 1 des sujets 1 et 2 sera de nouveau analysée. Cette façon de faire est promue comme étant porteuse de qualité et permettant de dégager les thèmes dominants, les phases, les phénomènes apparaissant (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006).

Les cotations et les révisions ont été effectuées pendant deux mois, par sessions de 2 ou 3 jours intensifs, pendant lesquels nous obtenions les mêmes cotes, chacun de notre côté et très peu de discussions étaient nécessaires, sauf exception, pour faire l'unanimité sur les unités de sens que nous avons cotés différemment. Comme ce travail était intensif, nous étions dans un processus de maturation similaire et nos conceptions des catégories se rapprochaient. Cela est un travail fastidieux qui permet l'imprégnation du chercheur et de son collaborateur face aux données (Savoie-Zajc, 2000).

Nous avons procédé comme suit avec les retranscriptions des discours des thérapeutes avec chaque client: d'abord, introduire dans le texte la séparation des unités de sens comme ceci : (/), ensuite, introduire la cote qui s'inscrivait ainsi : le premier chiffre indique le sujet de l'étude, le deuxième indique le client, ensuite il y a un point. Les troisième, quatrième et cinquième chiffres indiquent le numéro de l'unité de sens après lesquels il y a un autre point. Le dernier chiffre indique la catégorie. Par exemple la cote suivante :

23.146.7 indique qu'il s'agit d'une unité de sens du sujet 2 avec le client 3, il s'agit de la cent quarante sixième unité de sens et elle est de la catégorie 7, soit une contribution éventuelle au dialogue herméneutique.



Une fois l'analyse des données effectuée et dans le but de réduire les biais dans l'analyse qualitative, le chercheur a soumis les résultats préliminaires de son analyse aux sujets de la recherche afin d'obtenir leurs commentaires et de corroborer les premières données. Cette stratégie est recommandée par Boudreau et Arseneault (1994) pour améliorer la validité interne d'une recherche. La représentation iconographique des résultats a été réalisée à partir du logiciel Excel de la Suite MS Office. Pour faciliter la comparaison visuelle, tous les histogrammes ont les mêmes échelles, chaque catégorie et chaque client conservent la même couleur d'une figure à l'autre.

Tout au long du processus le chercheur a tenu un carnet de bord contenant des mémos ou notes descriptives, méthodologiques, théoriques et interprétatives, selon les recommandations de Baribeau (2005), afin d'enregistrer ses impressions, les idées émergentes à propos de la recherche et les décisions prises. C'est aussi un moyen d'améliorer la validité de la recherche. En analysant ses réactions et ses échanges avec le collaborateur, le chercheur documente l'effet de sa subjectivité sur le déroulement de la recherche (Laperrière, 1997b). Une recherche qualitative se doit de baliser la subjectivité du chercheur pour augmenter la validité interne et malgré le fait que la méthode choisie soit appelée théorisation ancrée, nous n'entretenons pas le but espéré de la théorisation, mais nous souhaitons qu'elle soit pertinente au travail clinique.

Résultats

Première question de recherche

Est-ce que l'on peut repérer dans le discours des thérapeutes concernant le traitement de leur expérience contretransférentielle les éléments dégagés dans les thèmes intégratifs?

Rappelons les huit catégories :

- 1- Intention d'accueillir le client avec l'hémisphère droit, consentement à l'expérience intuitive, disponibilité à la mémoire implicite, attention flottante, intentionnalité.
- 2- Accueil attentif aux communications non-verbales de l'autre, aux stimuli visuels et auditifs, à la prosodie, aux gestes, aux expressions faciales, aux rythmes de la parole
- 3- Accueil attentif à son propre continuum d'awareness, particulièrement à ses états psychobiologiques viscéro-affectifs, kinesthésiques, identification des marqueurs

somatiques, expérience corporelle, information sur son système nerveux autonome (sumpathique et parasymphatique)

- 4- Rêveries, imageries, analogies, impressions
- 5- Tolérance de l'expérience et auto-régulation affective
- 6- Processus cognitivo-réflexif, reconnaissance potentielle, prise de sens hypothétique, liens avec des expériences antérieures, connaissances théoriques, questionnements, synthèse bi-hémisphérique
- 7- Contribution éventuelle au dialogue herméneutique, forme sémantique et signes d'ajustements éventuels en fonction de la réponse du client
- 8- Retour à une position d'accueil intentionnelle

Une première prise de contact avec le matériel recueilli nous a permis de voir que les catégories 1 à 5 étaient bien représentées et facilement identifiables. Cependant, nous avons rapidement réalisé qu'il y avait une certaine confusion entre les catégories 6 et 7 qui rendait difficile l'exercice de cotation. Cette difficulté s'est résorbée dès que nous avons modifié légèrement les définitions des catégories 6 et 7. Comme nous avons prévu cette possibilité dans la méthodologie du projet, nous avons pu procéder à ce réajustement et reprendre les cotations depuis le début.

Nous avons donc retiré les éléments : »reconnaissance potentielle», «prise de sens hypothétique » et «liens avec des expériences antérieures » de la catégorie 6 et nous les avons additionnés à la catégorie 7. Ces trois éléments constituent vraiment une partie intégrante de la contribution éventuelle au dialogue herméneutique qui définit fondamentalement la catégorie 7. Le diagnostic clinique, puisqu'il a été abordé par les sujets, a été ajouté à la catégorie 6. Il nous est apparu naturel de le placer avec les connaissances théoriques, plus objectives et rationnelles.

Nous nous sommes également aperçus que la catégorie 8, bien qu'ayant un potentiel qui reste à vérifier avec des clients réels qui réagissent au thérapeute, n'apparaît pas dans le cas des vignettes, autrement que par le geste du thérapeute qui appuie sur la souris pour repartir le vidéo après avoir émis son commentaire. Nous n'avons pas coté ces gestes puisque nous travaillions à partir du discours des thérapeutes et nous n'avons donc rien enregistré dans cette catégorie. Cette dernière s'avère non pertinente dans la recherche, mais pas nécessairement dans les sessions réelles de thérapie, nous l'avons donc éliminée.

Le tableau 3 indique le résultat des modifications du descriptif des pré-catégories (tableau 2). Ces catégories constituent la base de la codification.

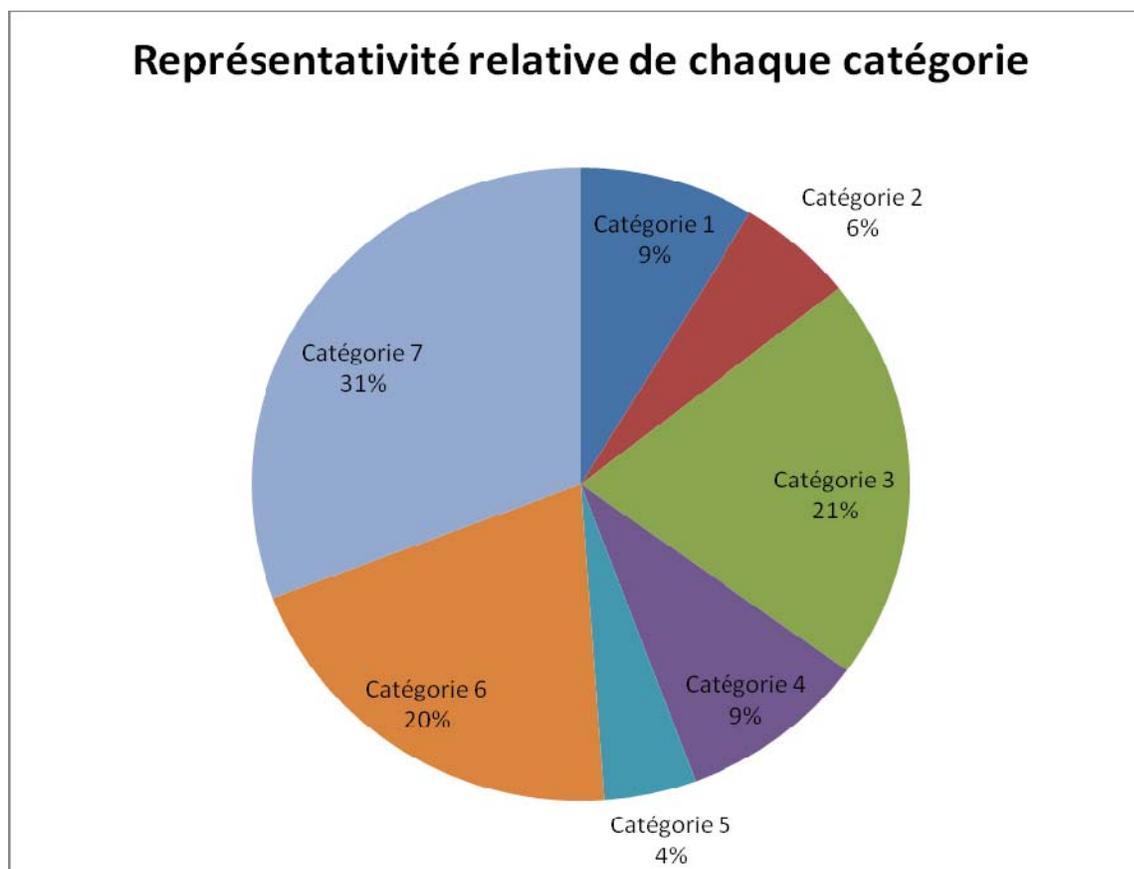
Tableau 3 : Les catégories modifiées

Catégories	Descriptif
1	Intention d'accueillir le client avec l'hémisphère droit, consentement à l'expérience intuitive, disponibilité à la mémoire implicite, attention flottante, intentionnalité
2	Accueil attentif aux communications non-verbales de l'autre, aux stimuli visuels et auditifs, à la prosodie, aux gestes, aux expressions faciales, aux rythmes de la parole
3	Accueil attentif à son propre continuum d'awareness, particulièrement à ses états psychobiologiques viscéro-affectifs, kinesthésiques, identification des marqueurs somatiques, expérience corporelle, informations sur son système nerveux autonome (sympathique et parasympathique)
4	Rêveries, imageries, analogies, impressions
5	Tolérance de l'expérience et auto-régulation affective
6	Processus cognitivo-réflexif, connaissances théoriques, questionnements, synthèse bi-hémisphérique, diagnostic clinique
7	Contribution éventuelle au dialogue herméneutique, reconnaissance potentielle, prise de sens hypothétique, liens avec des expériences antérieures, forme sémantique et signes d'ajustements éventuels en fonction de la réponse du client

Le fait que tout le matériel recueilli auprès des sujets de la recherche était cotable est, en soi, un résultat très intéressant. En effet, chaque unité de sens du discours des thérapeutes a pu être classée dans l'une ou l'autre des pré-catégories une fois celles-ci réajustées. Il semble donc que les catégories soient représentatives de la démarche de ces thérapeutes expérimentés en PGRO, en relation avec leurs expériences contretransférentielles, ce qui donne une certaine cohérence à l'étude et répond à notre première et principale question de recherche : est-ce que l'on peut repérer dans le discours des thérapeutes concernant le traitement de leur expérience contretransférentielle les éléments dégagés dans les thèmes intégratifs? Rappelons que les thèmes intégratifs sont devenus depuis nos catégories.

Plusieurs centaines d'unités de sens provenant du discours de nos thérapeutes ont été codifiées et regroupées par catégories pour l'ensemble des sujets et leur représentativité relative est illustrée à la figure 1.

Figure 1 :

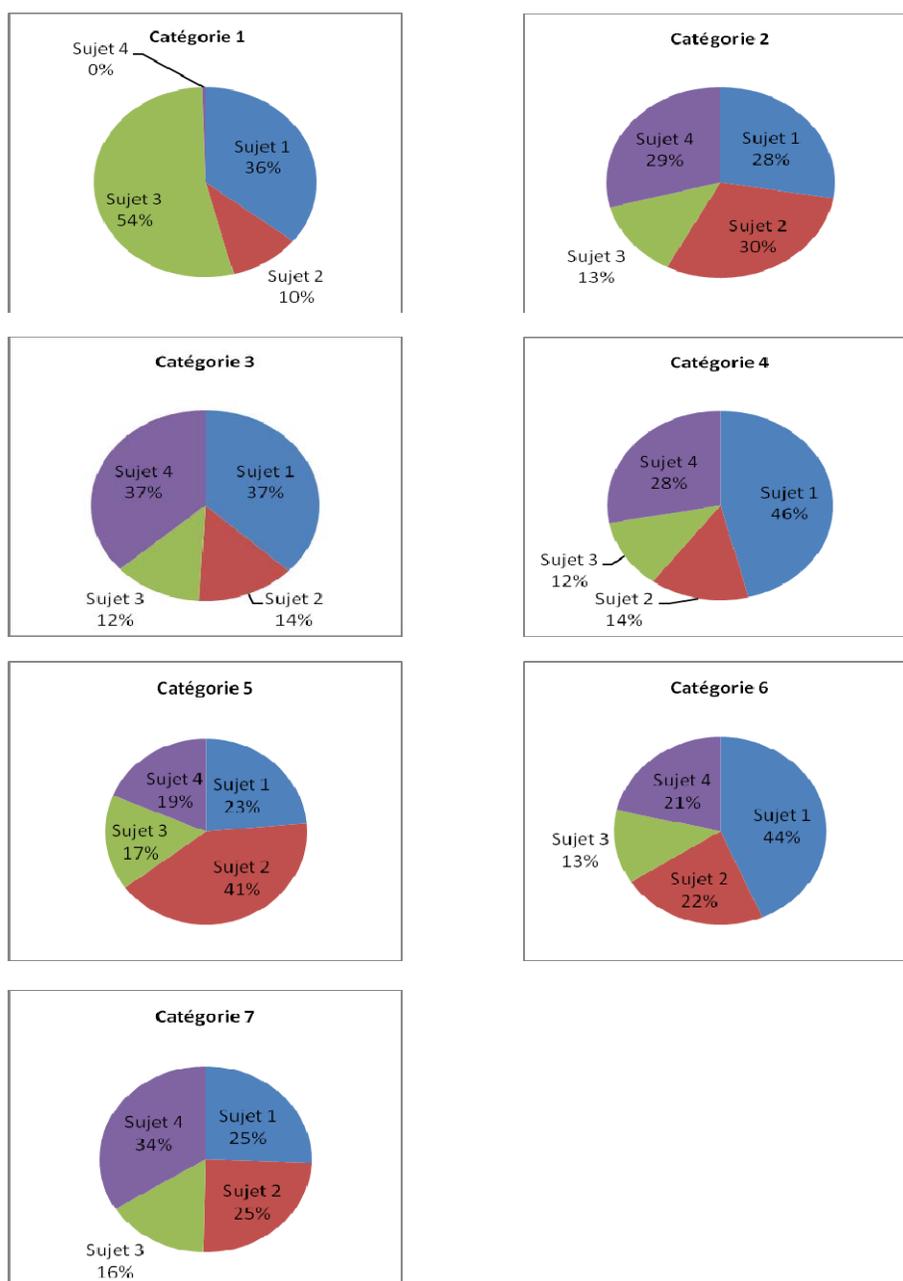


Il est intéressant de constater que les catégories ne sont pas également représentées. En effet les catégories 3, 6 et 7 représentent à elles seules plus de 72% du discours des thérapeutes, alors que les catégories 1, 2, 4 et 5 ne représentent que 28% des énoncés. De plus, un test de Chi carré¹ confirme qu'il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre la représentativité de chacune des 7 catégories par rapport à l'hypothèse nulle (incidence aléatoire de 14.3 %).

On peut aussi se demander si chaque thérapeute contribue de façon similaire pour chaque catégorie. Pour se familiariser avec le contenu de chaque catégorie, plusieurs unités de sens recueillies dans le discours des thérapeutes sont présentées. Nous avons choisi des exemples pas trop révélateurs afin d'éviter l'identification des clients ou thérapeutes impliqués dans les extraits. Chaque séquence d'exemples est suivie d'une figure illustrant la représentativité relative de la catégorie pour chacun des sujets.

¹ Le chi carré est présenté seulement à titre informatif. L'intention n'est pas de mettre l'accent sur un test statistique qui, compte tenu du nombre peu élevé de sujets ($n=4$) n'a qu'une valeur limitée. $Q=41.07$, chi carré 12.59, ddl=6, $p < 0.05$

Figure 2 : Les catégories en un coup d'œil



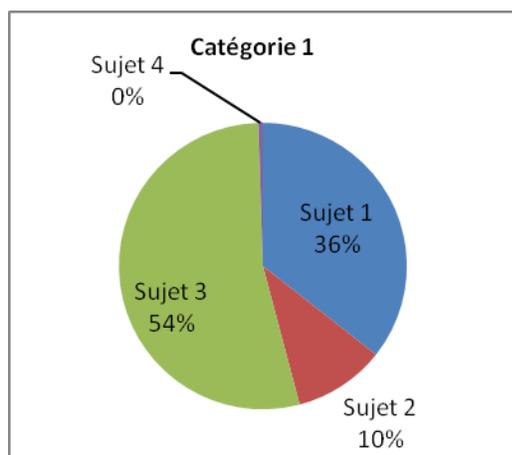
La figure 2 représente chaque catégorie et la proportion d'énoncés concernant cette catégorie pour chaque thérapeute. Dans les pages suivantes, les énoncés des catégories sont repris et des exemples pour chacune d'elles sont donnés. Il s'agit d'extraits du discours des thérapeutes. Ces extraits sont cités hors contexte pour garder l'homogénéité, les unités de sens d'une même catégorie sont présentées ensemble. Il y a quelques exemples en contexte dans l'analyse.

Les catégories

- **Catégorie 1 : intention d'accueillir le client avec l'hémisphère droit, consentir à l'expérience intuitive, disponibilité à la mémoire implicite, attention flottante, intentionnalité.**

«hum», «hum, hum», «oui», «juste l'accompagner dans son vécu», «comment ça va en ce moment?», «qu'est-ce qui se passe?», «on fait quoi avec ça?», «pouvez-vous m'en parler un peu», «vous vous ennuyez de lui hein?», «qu'est-ce que je fais avec cette douleur là, hein?», «c'est ça que tu viens de dire?», «et puis l'écouter là dedans», «tu connais ça toi des peurs hein?», «puis, l'aider à approfondir comment c'était».

Figure 3 : proportion de catégorie 1 à travers les 4 sujets



On se rend compte qu'il y a une grande variabilité dans la quantité d'unités de sens de la catégorie 1 à travers les sujets de la recherche (de 0% à 54%)

Notre hypothèse nulle est que les catégories apparaissent de façon aléatoire, à savoir que chaque sujet devrait utiliser 25% de chaque catégorie. Nous ne retrouvons pas cette représentation avec une différence

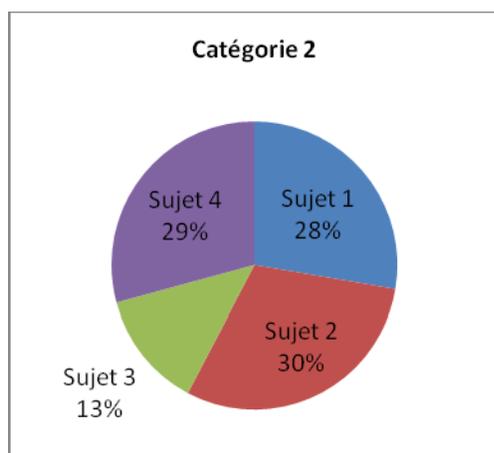
statistiquement significative en ce qui concerne les résultats obtenus pour la catégorie 1. Un test de Chi carré² démontre un $p < 0.05$.

² $Q=72.5$, chi carré 7.82, ddl=3, $p < 0.05$

- **Catégorie 2 : Accueil attentif aux communications non-verbales de l'autre, aux stimuli visuels et auditifs, à la prosodie, aux gestes, aux expressions faciales, aux rythmes de la parole.**

«je vois vraiment quelque chose de différent dans ses yeux», «tu souris quand tu dis cela», «comme un froncement des sourcils», «il y a quelque chose de saccadé même», «je trouve qu'il arrête abruptement», «il est en train d'être touché», «sa façon de se positionner», «il a vraiment quelque chose d'assez contenu», «en même temps qu'il dit cela, il s'est touché le cœur», «il gesticule aussi», «des sourires», «une personne articulée aussi, beaucoup», «dans sa façon, dans la musicalité de sa voix», «je le sens ému», «ça transparait beaucoup», «comme, j'entends son intensité», «il reste encore comme une certaine tension là», «quelque chose dans son non-verbal qui me donne à penser», «j'étais pour dire assez sur de lui», «j'étais sensible à son accent», «à peine un petit soupçon d'accent», «je le vois dire», «il le raconte comme tout bien enrobé, tout bien fait», «un état de tension», «une qualité dans la façon de s'exprimer».

Figure 4 : proportion de catégorie 2 à travers les 4 sujets



La répartition à travers les 4 sujets semble plus égale (variation de 13% à 30%) démontrant une attention assez semblable de ces 4 thérapeutes à accueillir les communications non-verbales, les stimuli visuels et auditifs du client. On remarque même que trois des sujets font des commentaires de cette catégorie dans un pourcentage ne variant entre eux que de 2 %.

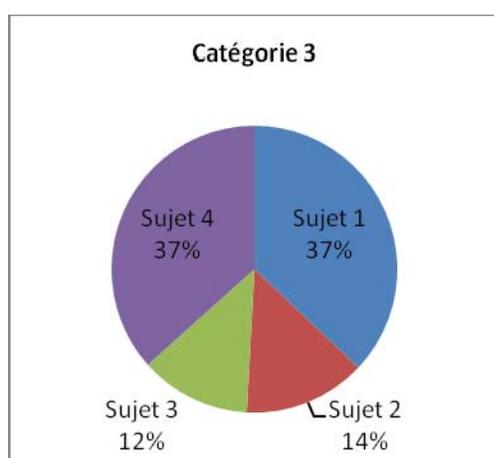
Le test de Chi carré³ ne réussit pas à montrer une différence statistiquement significative, $p = 0.051$

³ $Q=7.76$, chi carré 7.82, ddl=3, $p>0.05$

- **Catégorie 3 : Accueil attentif à son propre continuum d'awareness, particulièrement à ses états psychobiologiques viscéro-affectifs, kinesthésiques, identification des marqueurs somatiques, expérience corporelle, informations sur son système nerveux autonome (sympathique et parasympathique)**

«je suis vraiment ému», «ça m'a vraiment touché qu'il ait dit cela », «c'est agréable de l'entendre parler de cela», «moi-même j'ai les larmes aux yeux», «c'est difficile pour moi de le contacter», «je me sens touché là», «je me dis, cela éveille ma curiosité», «j'ai hâte de voir la suite», «ça évoque quelque chose oui oui, de sympathique, du plaisir d'être avec lui», «alors oups», «ça fait comme en dedans, ça éveille quelque chose de très chargé», «il y a une tristesse qui monte», «déjà, je trouve ça dur d'entendre ça», «très bouleversant», «je me sens avec lui», «ça fait déjà une couple de minutes que je me sens vaguement anxieux», «je le trouve vraiment touchant», «en ce moment, je ressens un peu d'anxiété», «ça m'empêche d'être complètement présente à l'autre», «Ça me donne le goût de me rapprocher de lui», «c'est comme si je ne suis pas sur», «je suis sensible à cela», «Je remarque que je suis en train d'écouter avec un certain sourire», «c'est tellement touchant de l'entendre dire qu'il trouvait beau son père», «je deviens triste là», «c'est bon», «ça ne m'étonne pas tant que cela».

Figure 5 : proportion de catégorie 3 à travers les 4 sujets



Les sujets 1 et 4 d'une part et les sujets 2 et 3 d'autre part ont contribué de façon similaire à cette catégorie.

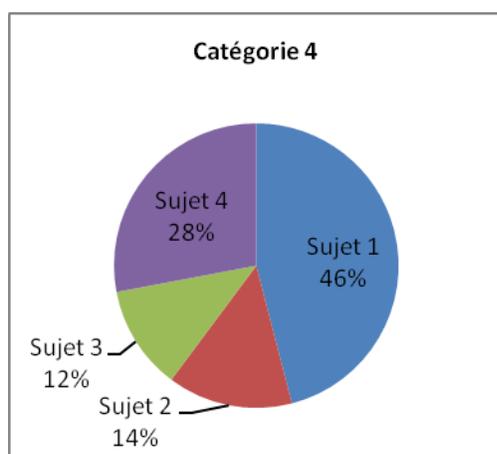
Un test de Chi carré⁴ démontre un $p < 0.05$.

⁴ $Q=23.1$, chi carré 7.82, ddl=3, $p < 0.05$

- **Catégorie 4 : Rêveries, imageries, analogies, impressions**

«il me vient des images», «en danger», «on voit la claque venir», « je pouvais constater que, c'est comme si je voyais le build up ou la tension dramatique», «que c'est un enfant blessé», «sinon, je suis un voyageur», «il y a comme une quête», «un bonhomme qui est en réflexion», «je me rends compte qu'il veut et veut», «il est sur ce chemin là», «je vois ça dans son regard qui est le fun», «c'est un prudent», «c'est un monsieur qui n'a pas peur de plonger», «corporellement, c'est chaud», «et puis on est probablement sœurs là-dedans », « et puis là, il va vite le gars, il pédale», «je vois comme un petit gars qui a pas eu beaucoup de réponses», «je vois bien que le client en a tiré son miel», «a quel point la réactivation traumatique est à fleur de peau», «il me rappelle un livre que je viens de lire», «c'est comme si là, j'ai comme une boule d'argile», j'ai traversé la montagne, je suis correct maintenant».

Figure 6 : proportion de catégorie 4 à travers les 4 sujets



Il apparait une large disparité de l'utilisation des unités de sens de cette catégorie (de 12% pour le sujet 3 à 46% pour le sujet 1).

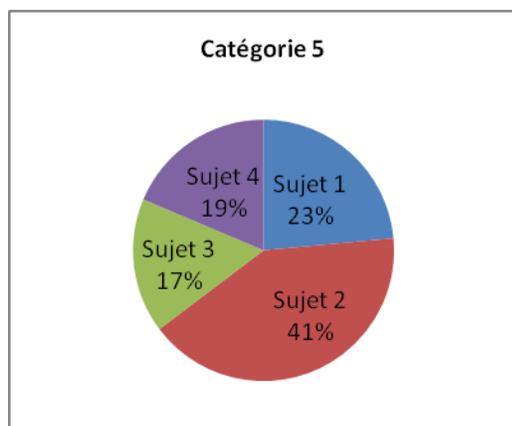
Un test de Chi carré⁵ démontre un $p < 0.05$.

⁵ $Q=29.6$, chi carré 7.82, ddl=3, $p < 0.05$

Catégorie 5 : Tolérance de l'expérience et auto-régulation affective

«essaie de ne pas quitter cette expérience-là », «je serais porté à m'occuper de lui», «le rassurer», «c'est ça, oui, il a juste, oui», «moi je dirais ça, oui, particulier», «dans le fond, c'est comme s'il répond à ma question», «je dirais ça, oui», «Ah oui!», «déjà je dirais vous en faites déjà beaucoup», «vous savez, c'est déjà beaucoup», «déjà, il y a un bon bout qui est fait, vous êtes capable de traduire à l'autre ce que ça vous fait», ben oui, on est vulnérable, et puis c'est vrai.», «c'est déjà comme si, mon dieu», «qu'il ait de la place pour l'aider à respirer», «je pourrais essayer de tonifier cela», «voilà!», «je m'entends dire cela et je me dis oups attention là, pas trop vite».

Figure 7 : proportion de catégorie 5 à travers les quatre sujets



Bien qu'ici aussi, la variabilité soit assez large (de 17% pour le sujet 3 à 41% pour le sujet 2), il existe malgré tout une représentativité plus équilibrée chez les 4 sujets que pour la catégorie 1 et la catégorie 4.

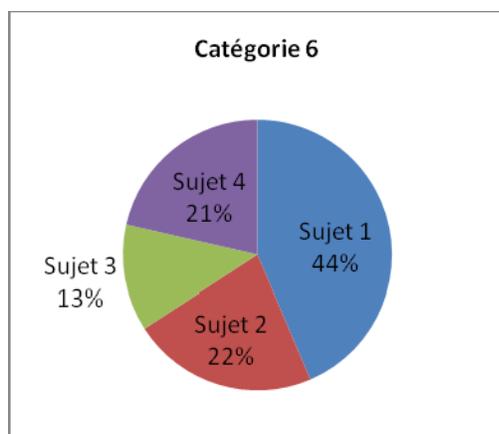
Un test de Chi carré⁶ démontre un $p < 0.05$.

⁶ $Q=14.4$, chi carré 7.82, ddl=3, $p < 0.05$

Catégorie 6 : Processus cognitivo-réflexif, connaissances théoriques, questionnements, synthèse bi-hémisphérique, diagnostic clinique

«je voudrais essayer d’approfondir cela un peu», «quelque chose dans les eaux d’une anxiété de séparation», «je garde cela en tête», «ça me parle de son monde interne», «par le contraste entre son apparence extérieure et ce qu’il vit en dedans», «ça fait quelques fois qu’il revient sur cette émotion», «je serais porté à aller voir cela avec lui», «comme s’il avait réussi à métaboliser quelque chose», «depuis que je constate le thème», «j’aurais le goût de valider cela», «déjà, on entre dans une autre zone», «ce n’est pas tant l’insight que l’expérience de cela», «je pense que j’aurais envie d’en savoir plus sur son histoire développementale», «il a besoin d’une réparation dans le lien cet homme là, c’est évident», «mais je reconnais cela chez moi quand il y a quelque chose d’important qui se passe», «je veux rester attentif à la possibilité d’être infirmé dans cette chose là», «je voudrais solidifier et cimenter ces bases là», «mais c’est juste maintenant que je me rends compte que cela m’habite et que je le mets de coté», «et cela peut avoir eu un effet très réparateur», «comment effectivement, il se montre peu en même temps qu’il raconte quelque chose de très touchant», «il a appris à ce couper de cela, d’être à l’extérieur de lui», «alors c’est intéressant, je relève ça», «oui, je trouve cela intéressant, comme si, oui, c’est un homme qui semble avoir une bonne structure», «je ne suis pas intervenu», «à deux ou trois reprises, je ne sais pas ou cela va aller», «alors d’où la difficulté a tout intégrer ça vraiment», «on sentirait qu’il parle d’un objet interne», «mais pour l’instant, cela a plutôt l’air de vraiment l’histoire d’une thérapie très réussie».

Figure 8 : proportion de catégorie 6 à travers les 4 sujets



Cette catégorie est aussi sujette à une grande variabilité (de 13% pour le sujet 3 à 44% pour le sujet 1), variation similaire à celle de la catégorie 4

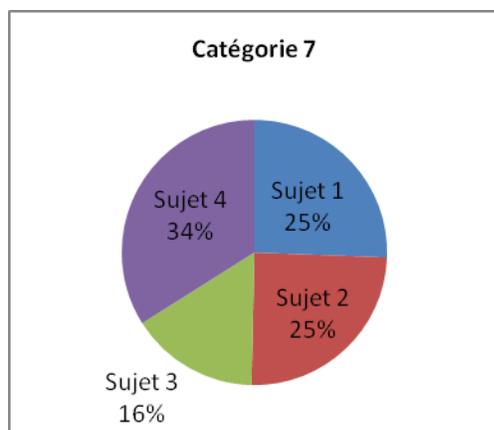
Un test de Chi carré⁷ démontre un $p < 0.05$.

⁷ $Q=21.2$, chi carré 7.82, ddl=3, $p < 0.05$

Catégorie 7 : Contribution éventuelle au dialogue herméneutique, reconnaissance potentielle, prise de sens hypothétique, liens avec des expériences antérieures, forme sémantique et signes d'ajustements éventuels en fonction de la réponse du client

«C'est comment pour toi de me dire cela?», «qu'est-ce qui arrive pour toi quand il y a trop d'émotions?», «tu es en train de nous dire que tu as peur de ne pas bien faire», «ben c'est comment pour toi de me raconter cela», «qu'est-ce qui fait que maintenant, tu peux le faire?», «qu'est-ce qu'il y a dans notre relation qui te permet de risquer cela?», «vous êtes capable de me dire ce qui se passe et on va essayer de voir ensemble comment on peut prendre soin de cela», «si c'était moi qui était son thérapeute, je voudrais voir comment ça se passe entre nous», «et ton papa, penses-tu qu'il était conscient de l'émotion de son petit garçon?», «on dirait que c'est difficile d'ouvrir», «mais tu as le goût de faire le pont avec les autres», «et c'est comme si en même temps, c'est bien épouvantable encore», «on dirait que tu es capable maintenant de t'occuper de ces endroits-là, à l'intérieur de toi qui sont préoccupants», «pour une fois que vous viviez cela avec quelqu'un», «ça me paraît insuffisant pour endiguer toute la blessure, ou la souffrance dans tout ça», «mais est-ce que vous prenez soin de vous qui avez vécu cela?» «je, dans le sens que ce n'est pas simple de se rapprocher autant de sa vulnérabilité».

Figure 9 : proportion de catégorie 7 à travers les 4 sujets



Comme pour la catégorie 2, la répartition de la contribution de chaque sujet à la catégorie 7 est plus concentrée, elle est répartie plus également entre les sujets que toutes les autres catégories.

Ce que nous venons de voir est la contribution globale par catégorie, voyons comment cela s'articule par client, pour chacun des sujets. Est-ce qu'il y a une constance des contributions des sujets à travers les clients? D'où

l'utilité de présenter les données en considérant la représentation par sujet.

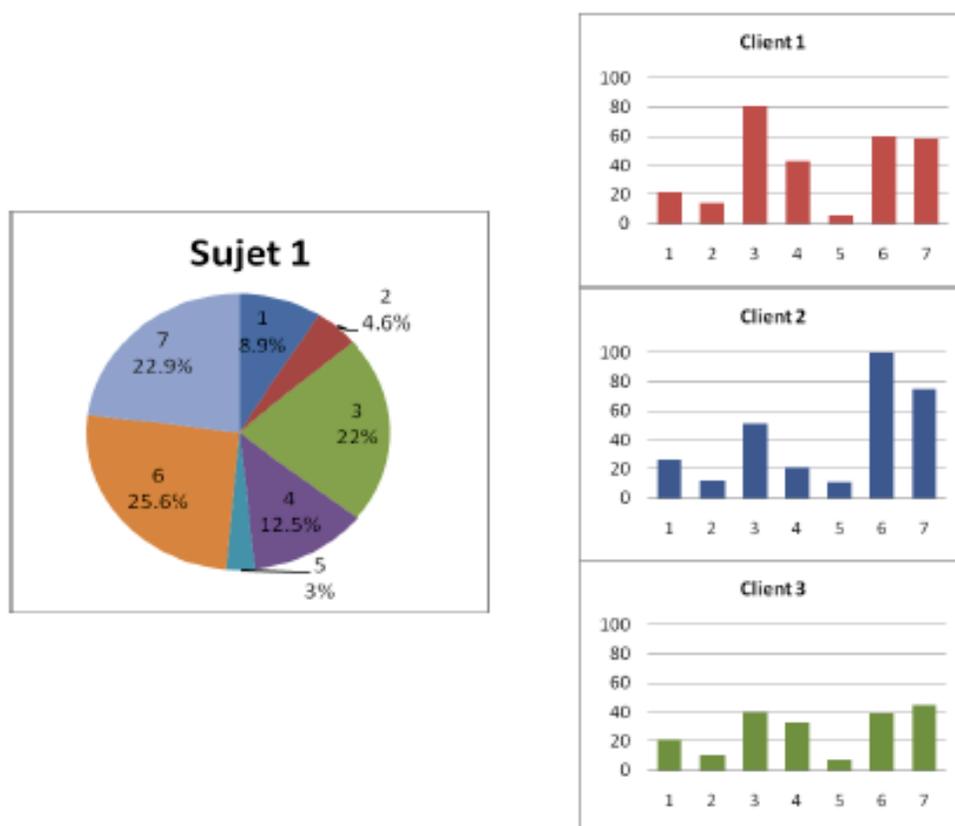
Le test de Chi carré⁸ ne réussit pas à montrer une différence statistiquement significative, $p = 0.09$.

⁸ $Q=6.48$, chi carré 7.82, ddl=3, $p>0.05$

Les sujets

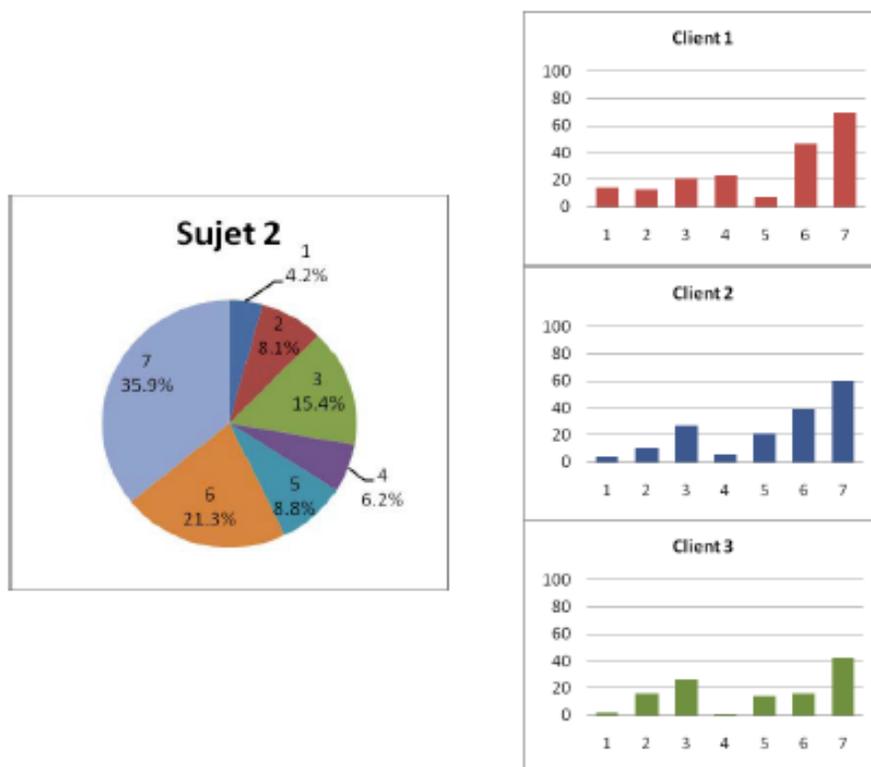
Voici les figures illustrant pour chacun des sujets l'utilisation qu'il fait des catégories. Pour chacune des figures 10-11-12-13, le panneau de gauche représente la répartition par catégorie du nombre total d'unités de sens (client 1 + client 2 + client 3) du sujet, et le panneau de droite, chaque barre représente le nombre total d'unité de sens par catégorie pour les clients identifiés pour le sujet indiqué dans le panneau de gauche.

Figure 10 : Le sujet 1 avec les 3 clients



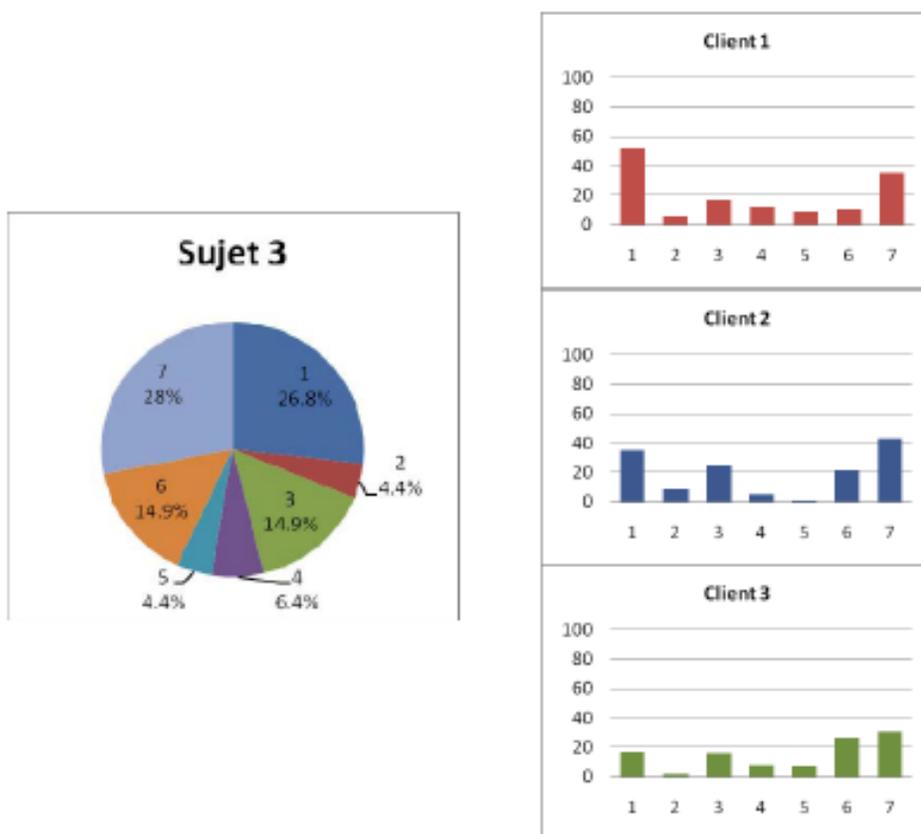
Il semble que le sujet 1 soit assez régulier dans chacune des catégories avec chacun des clients. Rappelons que la durée des vignettes variait d'un client à l'autre, elle a duré 23 et 20 minutes, respectivement, pour les clients 1 et 2 alors que la vignette du client 3 n'a duré que 9.25 minutes, ce qui rend compte du fait que le client 3 ait suscité moins d'énoncés par sujet. Sinon, nous aurions pu penser que l'ordre dans lequel les sujets ont visionné leurs clients aurait eu un effet important sur la régularité du thérapeute, ce qui ne semble pas être le cas.

Figure 11 : le sujet 2 avec les 3 clients



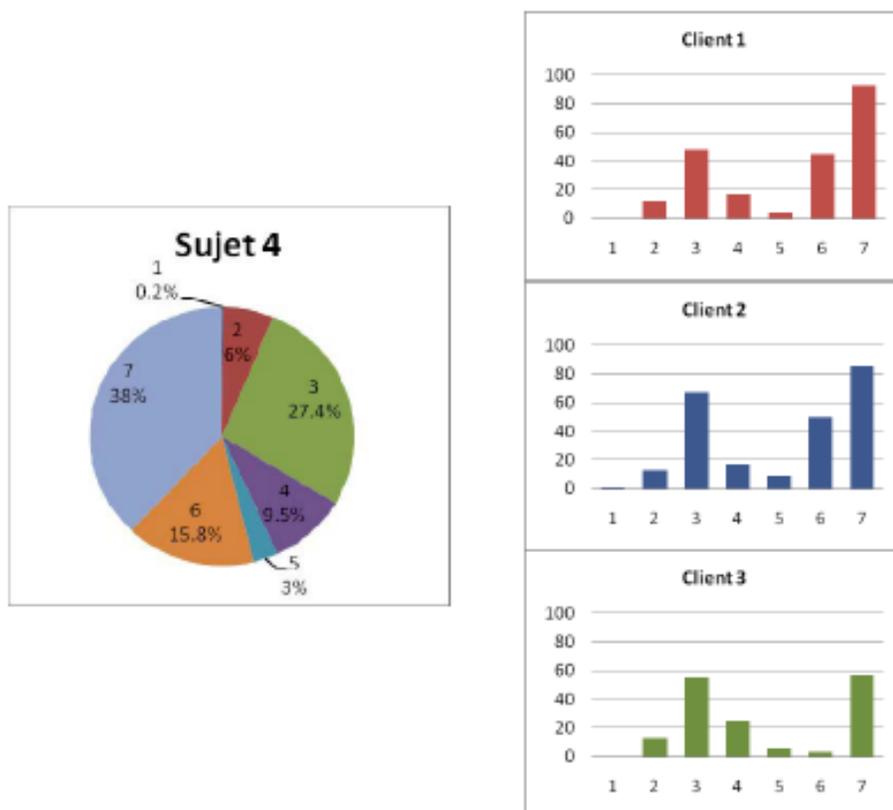
Pour le sujet 2 également, on peut voir une certaine constance d'un client à l'autre. Les plus grandes variabilités concernant les catégories 4 et 6. Avec un nombre d'unités de sens par catégorie qui demeure relativement bas pour la catégorie 4.

Figure 12 : le sujet 3 avec les 3 clients



Pour ce sujet, la constance semble assez grande d'un client à l'autre. Une diminution progressive des unités de sens de la catégorie 1 est visible à mesure que l'expérimentation progresse dans le temps.

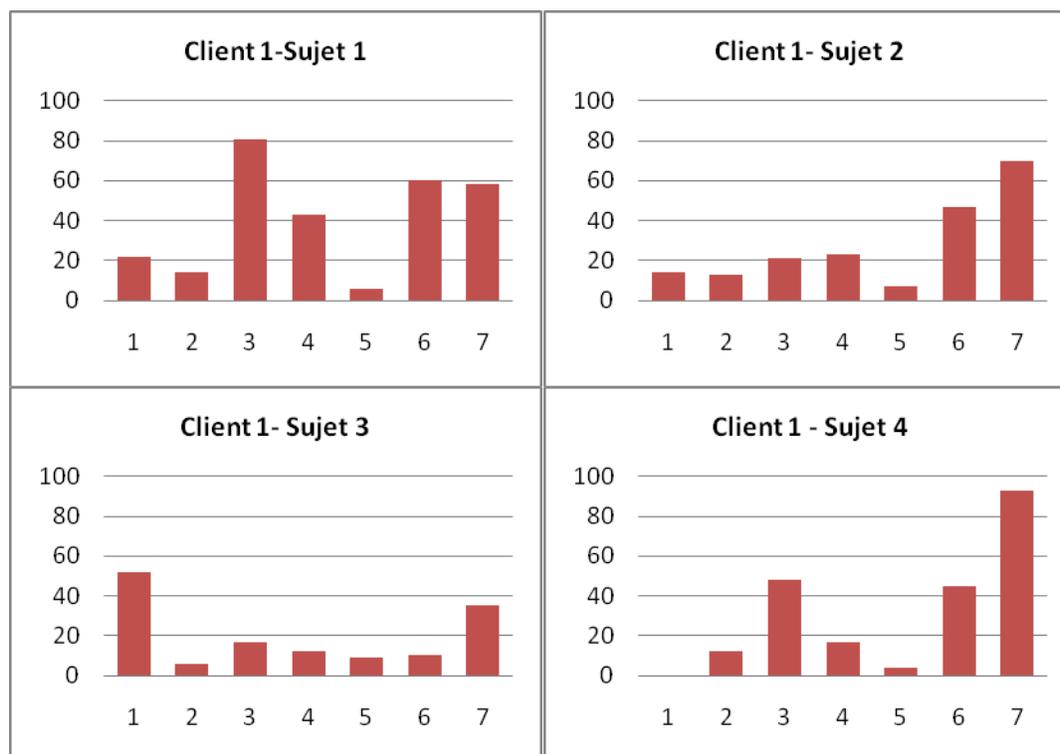
Figure 13 : le sujet 4 avec les 3 clients



Pour ce sujet également, la constance entre les 3 clients est assez grande excepté en ce qui concerne la catégorie 6, beaucoup moins représentée avec le client 3.

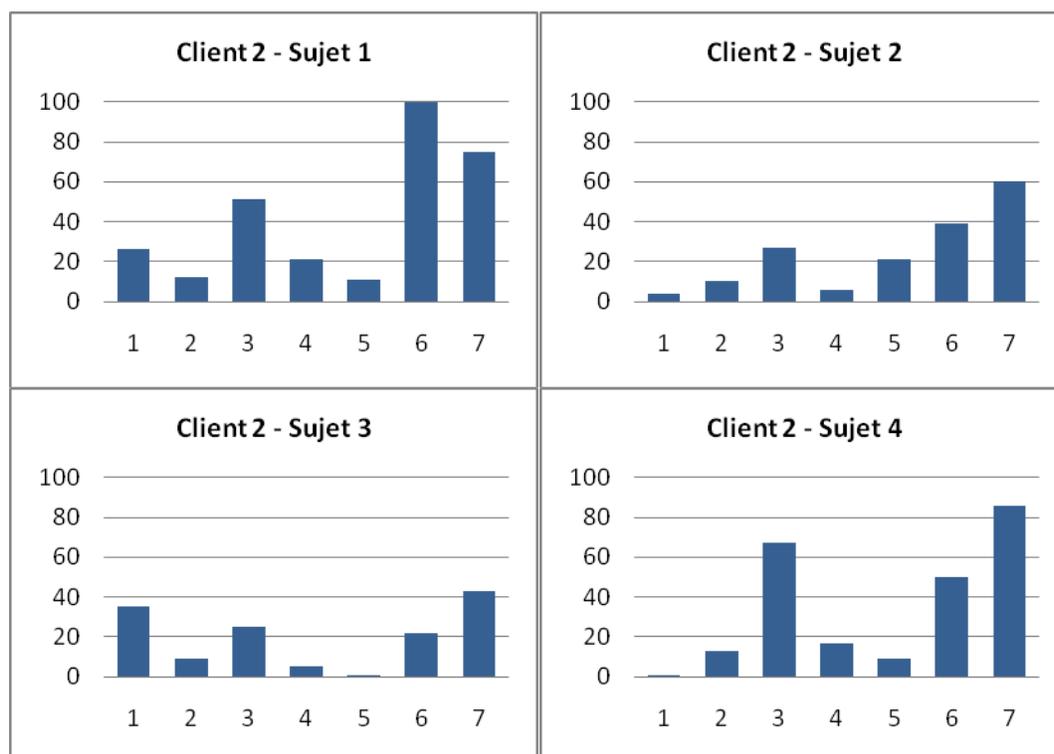
Rappelons que les sujets ont visionné les vignettes dans l'ordre de présentation, à savoir client 1, puis client 2 et enfin client 3. Il est intéressant de constater une sorte d'adaptation des sujets qui se manifeste par la diminution du nombre d'unités de sens de certaines catégories à travers les sujets et peut-être à travers le temps. Cependant, la catégorie 7 reste relativement constante et élevée pour chaque sujet. On ne peut s'empêcher de se demander si chacun des clients suscite le même genre d'énoncé chez les sujets.

Figure 14 : le client 1 à travers les 4 sujets



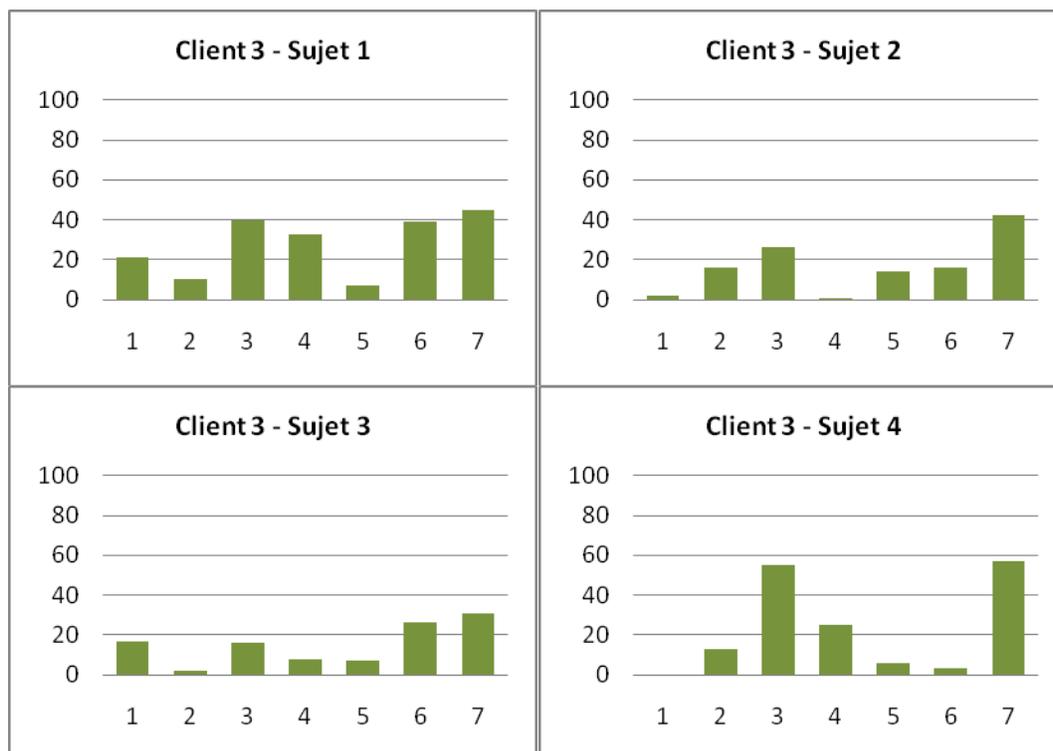
Une grande variabilité des contributions des sujets en regard de ce client 1 est éminemment observable en un seul coup d'œil. À travers les 4 sujets, le client 1 suscite un nombre très variable d'unités de sens des catégories 1, 3, 6 et 7. Nous verrons dans l'analyse quel sens cela pourrait avoir.

Figure 15 : le client 2 à travers les 4 sujets



Comme avec le premier client, il appert que les 4 sujets contribuent bien différemment aux catégories en réaction à ce 2^e client. Les plus grandes variances concernent aussi les catégories 1, 3, 6 et 7. Pour les catégories 2, 4 et 5, le nombre d'unités de sens reste en deçà de 20 pour chaque sujet.

Figure 16 : le client 3 à travers les 4 sujets



La variabilité des contributions est confirmée avec ce troisième client. Il semble donc qu'il y a plus de constance pour un même sujet d'un client à l'autre que pour un même client d'un sujet à l'autre, comme s'il y avait une sorte de signature de chaque thérapeute.

Nous nous sommes posé la question : existe-t-il un schéma de séquence des unités de sens? En regardant nos données d'une façon sérielle, nous n'avons pas observé de séquence particulière pour l'ensemble des sujets ni pour un même sujet. Il semble qu'il s'agisse plutôt de réactions instinctives et instantanées.

Deuxième et troisième questions de recherche

Pour tenter de répondre à nos deux questions de recherche suivantes, à savoir:

- Est-ce que l'on retrouve dans le discours des thérapeutes en PGRO une forme sémantique des interventions relatives au contretransfert impliquant une certaine forme d'indétermination?
- Quelles sont les caractéristiques des interventions utilisant les éléments du contretransfert en PGRO?

Nous allons procéder à une analyse plus sémantique du discours des thérapeutes pour les unités de sens de la catégorie 7. Pourquoi la catégorie 7? Parce que c'est celle qui traite de l'utilisation que le thérapeute fait de son expérience pour formuler ses éventuelles interventions et mettre son contretransfert au service de la création du sens de l'expérience du client.

Nous avons donc regardé le langage comme phénomène manifeste. Après avoir fini de codifier toutes les sessions, nous avons eu l'impression que les unités de sens de la catégorie 7 étaient plus longues que les autres. L'analyse plus systématique montre qu'au contraire, elles sont plus courtes (tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de mots par unité de sens pour l'ensemble des catégories et pour la catégorie 7, chez chacun des sujets.

Toutes catégories	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4
a- Nombre total de mots	12221	11778	10823	13470
b- Nombre total d'unités de sens	775	479	388	621
c- Nombre total de mots par unité de sens	15,8	24,6	27,9	21,7
Catégorie 7				
d- Nombre total de mots dans la catégorie	1515	2534	2474	3433
e- Nombre total d'unités de sens 7	178	172	109	236
f- Nombre de mots par unité de sens 7	8,5	10,6	22,7	14,5
Nb mots sens 7 / Nb total mots sens (f/c)	54%	43%	81%	67%

Bien que plus courtes et ne représentant qu'entre 43 et 81% de la taille moyenne des unités de sens, les unités de sens de la catégorie 7 représentent 31% du total des catégories (voir Figure 1) et la catégorie 7 est la plus représentée et elle l'est de façon relativement constante par les 4 sujets (voir figure 8). Le nombre de mots de la catégorie 7 est statistiquement différent et inférieur au nombre de mot de l'ensemble des catégories, $p < .05$.

Afin de raffiner l'analyse de cette catégorie et d'illustrer des caractéristiques de ce type d'énoncés, nous avons cherché d'autres indices langagiers. Lors de la cotation, nous avons l'impression qu'il y avait une bonne quantité de verbes conjugués au conditionnel et comme le conditionnel peut indiquer une certaine forme d'indétermination, nous avons compté le nombre de verbes à travers toutes les unités de sens cotées 7 et noté le temps de ce verbe (par exemple, à l'infinitif, au présent, au passé, au futur ou au conditionnel). Nous avons également considéré les formes interrogatives qui peuvent aussi indiquer une certaine forme d'indétermination.

Afin de faire les cotations de la forme interrogative, nous avons considéré les séries d'unité de sens de la catégorie 7 en attribuant la forme interrogative à chaque unité qui fait partie d'un ensemble de forme interrogative. Par exemple, la série :

«C'est comment par rapport à «être dedans» (7) ou un peu «en dehors», avec moi (7), ici (7)?»

Dans l'énoncé réel, il n'y a qu'une seule forme interrogative, cependant, pour respecter le sens donné par le sujet, nous avons considéré que ces trois unités de sens avaient une forme interrogative.

Tableau 5 : Analyse grammaticale des unités de sens de la catégorie 7 (temps et forme interrogative).

	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Total
Infinitif	110 (22%)	141 (28%)	102 (21%)	142 (29%)	495 (25%)
Présent	165 (16%)	302 (30%)	225 (22%)	329 (32%)	1021 (51%)
Passé	43 (15%)	66 (23%)	107 (37%)	70 (24%)	286 (14%)
Futur	5 (16%)	5 (16%)	5 (16%)	16 (52%)	31 (1%)
Conditionnel	17 (10%)	40 (23%)	55 (32%)	62 (36%)	174 (8%)
Total	340 (17%)	554 (28%)	494 (25%)	619 (31%)	2007 (100%)
Interrogatif	60 (27%)	57 (25%)	55 (24%)	54 (24%)	226

On s'aperçoit que la moitié des verbes est conjuguée au présent et que le passé est plus utilisé que le conditionnel. La forme interrogative est utilisée pour 25% des énoncés des sujets de la recherche.

Afin de faire une comparaison avec les autres catégories, nous avons compté les verbes et déterminé le temps de leur conjugaison ainsi que détecté la présence de la forme interrogative pour les autres catégories pour l'ensemble des 4 sujets. Voici les résultats :

Tableau 6 : analyse grammaticale des unités de sens de l'ensemble des catégories

Catégorie	1	2	3	4	5	6	7	Total
Infinitif	35 (3%)	35 (3%)	130 (13%)	60 (6%)	31 (3%)	217 (22%)	495 (49%)	1003
Présent	68 (2%)	155 (6%)	512 (19%)	262 (10%)	80 (3%)	624 (23%)	1021 (38%)	2722
Passé	8 (2%)	14 (3%)	49 (10%)	36 (8%)	3 (0.6%)	82 (17%)	286 (60%)	473
Futur	2 (4%)	2 (4%)	5 (10%)	1 (2%)	0 (0%)	10 (20%)	31 (61%)	51
Conditionnel	7 (2%)	4 (1%)	61 (15%)	17 (4%)	9 (2%)	125 (31%)	174 (44%)	397
Total	120 (3%)	210 (5%)	752 (16%)	376 (8%)	123 (3%)	1058 (23%)	2007 (43%)	4646
Interrogatif	12 (5%)	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (0.3%)	7 (3%)	10 (4%)	226 (88%)	257

Une première observation intéressante, 88% des formes interrogatives sont dans la catégorie 7 et 43% de tous les verbes se retrouvent également dans cette catégorie. On retrouve également dans cette catégorie la majorité des usages du futur, du passé et de l'infinitif et tout près de la moitié des conditionnels. En soi, ces résultats sont informatifs sur le choix des temps de conjugaisons, mais il faut mettre en perspective le fait que la représentativité de chaque catégorie est différente (voir figure 1). Par exemple, la catégorie 7 représente 38% des verbes au présent, mais elle constitue 31% des unités de sens de l'ensemble des catégories.

Quatrième question de recherche

Est-ce que le thérapeute accepte une bonne part d'ambiguïté dans ses interventions? Nous restons un peu perplexes face au dispositif que nous aurions bien pu prendre pour y aller d'une analyse qui aurait quelque chose de plus qu'une opinion à offrir. Nous n'avons pas d'éléments dans les données de la recherche nous permettant de répondre à cette question.

Ce qu'il est utile de dire c'est que les théoriciens encouragent le thérapeute qui veut maintenir un environnement contenant, à accepter une bonne part d'ambiguïté et d'incertitudes dans ses hypothèses de sens, dans l'affect éprouvé, dans la création du dialogue herméneutique et dans ses interventions (Delisle, 1998; Tansey et Burke, 1989; Buirsky et Haglund, 2001; Schore, 2003 a et b). En fait, pour pratiquer la PGRO, le thérapeute doit questionner son besoin personnel de certitude puisque pour faire de l'herméneutique, la disposition, *sine qua non* est de lever les obstacles au dialogue et reconnaître la possibilité que l'autre ait raison. Une condition essentielle à l'élaboration d'un dialogue herméneutique est la réciprocité dans la reconnaissance de la singularité et de la subjectivité de chacun. Ce dialogue s'élabore lentement, pendant une longue période, ce qui exige de ne pas trouver l'incertitude trop anxiogène pour être supportée pendant le processus. Nous serions portés à croire que les thérapeutes expérimentés tolèrent, au moins dans une certaine mesure, une bonne part d'ambiguïté. Si nous leur posions la question, la réponse serait probablement oui, mais tout un autre dispositif devrait être élaboré pour en savoir réellement davantage et cela n'est pas l'objet de la recherche.

Ce qui nous motivait à l'origine à poser cette question c'était le désir d'augmenter notre propre tolérance à l'incertitude. Reconnaissons que le moyen était bien mal choisi. Est-ce qu'il y a lieu de faire un lien avec la catégorie 5? Probablement, mais nous ne trouverons pas en se posant cette question.

Discussion

Commentaire sur la première question de recherche

Les résultats ont montré que tout le discours des thérapeutes a pu être codifié dans les catégories définies. Il semble donc que le contretransfert ne soit pas uniquement omniprésent dans la littérature théorique et clinique, mais qu'il soit aussi omniprésent dans le discours des thérapeutes de façon continue. Suite aux questions formulées après une revue de la littérature suggérant une position totaliste du contretransfert impliquant toutes les réactions du thérapeute à son client et à défaut d'être anesthésié ou de transcender la nature humaine, l'expérience affective de celui-ci est toujours présente. Nous avons pu décrire, à l'aide des catégories, elles même issues des théories de Tansey et Burke (1989), Delisle (1998), et de Schore (2003 a et b), le processus

interne de traitement des réactions contretransférentielles des thérapeutes expérimentés à partir de l'analyse de leur discours. Le concept de contretransfert est souvent considéré comme central en psychothérapie, nous avons montré qu'il est non seulement incontournable, mais qu'il existe en toile de fond tout au long du déroulement des séances avec nos sujets de recherche.

Notre première question de recherche trouve sa réponse dans la codification, dans le fait que chaque énoncé de chaque sujet se classe dans une catégorie ou une autre. L'ensemble des catégories devient donc porteur de sens et il serait intéressant de persévérer dans cette direction de recherche et d'aller vers ce qui nous échappe encore. Nous pouvons raisonnablement conclure que le contretransfert dans sa définition totaliste, est présent de façon continue dans les séances de nos sujets, tous les énoncés ont été catégorisés. Il est incontournable, même si sa qualité et son intensité peuvent varier d'un moment à l'autre. Il s'agit là, à la fois d'un résultat attendu et d'un résultat qui suscite de la surprise. Il serait maintenant intéressant de voir comment un thérapeute imprégné des catégories pourrait les utiliser en cours de session avec un client réel pour mettre son contretransfert au service du processus thérapeutique.

Tous les sujets ont mentionné l'élaboration affective et cognitive fluide des clients, ce qui leur donnait accès en peu de temps à des réactions contretransférentielles riches et variées. Cette fluidité a été attribuée, entre autres, au fait que les clients soient des thérapeutes. Comment cela a-t-il influencé le contretransfert de nos sujets? Selon Norcross, Geller et Kurzawa (2000), il semble que des dilemmes cliniques spécifiques doivent se présenter, concernant la réaction contretransférentielle et le traitement de celle-ci lorsque le client est un thérapeute. On pourrait se demander si une identification partielle peut-être favorisée par le partage d'une même profession et amener le thérapeute à se sentir plus semblable à ce client-ci qu'à d'autres avec qui il ne partage pas la profession. Cela pourrait-il entraîner une sur-identification? On peut se demander aussi si le thérapeute est aussi persévérant avec ce client là, ou bien s'il n'a pas plus tendance à faire de l'anxiété par rapport à l'évaluation de sa performance. Norcross, Geller et Kurzawa (2000) posent ces questions et ils mentionnent aussi le fait que le thérapeute qui a des clients thérapeutes peut se demander comment le client parle de lui dans la communauté de thérapeutes, ce qui peut l'amener à questionner sa compétence, ses habiletés, ses frontières et à être intimidé ou à se sentir entrer en compétition avec son client. Ces questions sont intéressantes à aborder, mais nous n'avons pas suffisamment d'informations avec le matériel obtenu pour en tirer de conclusion. Par contre, nous pouvons dire que tous les sujets ont mentionné qu'ils travailleraient

avec plaisir avec ces clients là et aucun n'a évoqué de préoccupations dues au fait qu'ils soient thérapeutes.

Catégorie 1

Nous pouvons facilement imaginer que la représentativité de chaque catégorie varierait dans un contexte réel de thérapie. Par exemple, en ce qui concerne la catégorie 1, les sujets de la recherche savaient bien que le client ne pouvait réagir à leurs encouragements et eux-mêmes ne pouvaient pas faire les micros ajustements qui permettent l'accordage avec le client, il est alors possible qu'ils aient eu moins recours à ce type de commentaires puisque cela restait relativement vain. C'est possible aussi que leurs réactions aient été différentes en présence de l'autre, ils auraient pu filtrer certaines expressions puisqu'il n'était pas nécessaire de les réfléchir étant donné l'absence réelle du client. On voit d'ailleurs à la figure 12, que le sujet 3 fait de moins en moins d'interventions de la catégorie 1, peut-être que cela s'explique par une acclimatation du sujet à l'expérience d'avoir un client qui ne réagit pas à ses ajustements.

Nous avons aussi remarqué que plusieurs énoncés de la catégorie 1 étaient en fait des répétitions de ce que le client venait de dire, très similaire au modèle des encouragements ou des reflets empathiques des approches rogériennes, cousines de la PGRO en ce qu'elles sont des approches humanistes. Par exemple :

Client : «mais que quelqu'un soit avec moi»

Thérapeute : «que quelqu'un soit avec moi (1)».

Client : «...et sa capacité de rester là, dans tout ça»

Thérapeute : «Oui hein, de rester là dans tout cela (1)». Et cet autre exemple :

Client : «mais je m'ennuie beaucoup de lui»

Thérapeute : «hum, vous vous ennuyez de lui hein?» (1). Évidemment, le thérapeute poursuit son énoncé et il va amener le client ailleurs par exemple :

Client : «je me sentais en sécurité, je me sentais reçu, je me sentais, je me sentais bien respecté dans ce cadre là.»

Thérapeute : «Ça a l'air important pour lui de ressentir ça (1) de se sentir en sécurité (1) bien reçu (1) je peux imaginer que c'est pas quelque chose qu'il connaît beaucoup dans le contact avec un homme (4) je peux sentir cela (3), à vérifier (6), en tout cas, il prend le temps de me le dire (7), ça doit être important pour lui (1).»

C'est comme si cette catégorie était à la fois partie du dispositif pour mettre en place le processus thérapeutique et à la fois de la phase de réceptivité de sa propre expérience contretransférentielle. En effet, lorsque nous remarquons que certains types d'énoncés reviennent chez les thérapeutes et qu'ils peuvent être considérés comme des interventions thérapeutiques plutôt que la manifestation de l'intention d'accueillir le client, on peut voir ce chevauchement. Delisle (1998) parle de l'oscillation constante dans l'écoute du client et l'écoute de ce qui se passe en soi. Peut-être que ce que nous avons coté représente davantage l'intention d'écouter le client que la manifestation de l'intention d'accueillir avec l'hémisphère droit ou par exemple, l'attention flottante, qui caractérise la catégorie 1. C'est bien possible que l'attention flottante, cette forme d'écoute, de disponibilité à ce qui émerge n'ait pas de composante verbale et n'apparaisse pas dans le discours. D'ailleurs, l'hémisphère droit n'est pas celui du langage.

C'est à cette catégorie que correspond l'étape de réceptivité de Tansey et Burke (1989), caractérisée par l'attention flottante au client, à l'interaction et à sa propre réaction. Le thérapeute accepte l'influence du client, se soumet à la pression que ce dernier exerce pour reproduire ses impasses de contact et il le fait par une série d'accordage, de désaccordages et de réaccordages qui n'ont pas de correspondant dans le discours. Consentir consciemment à la communication implicite n'est pas une intention qui se met en mots.

Catégorie 2

La catégorie 2 ne représente que 6% des commentaires des sujets, cependant, nous serions portés à penser qu'elle a une représentation supérieure à celle que des thérapeutes expérimentés issus d'une autre approche auraient obtenue. En effet la PGRO est une approche qui s'est développée à l'intérieur de l'approche gestaltiste qui fait largement usage de la communication non-verbale et s'enracine dans les observations phénoménologiques, il n'est donc pas étonnant que les thérapeutes expérimentés soient attentifs aux contenus non-verbaux de leurs clients et commentent leurs réactions. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ces pourcentages avec des thérapeutes issus d'autres approches thérapeutique mais il nous semble que nous pouvons dire que les données semblent confirmer le fait que les thérapeutes expérimentés en PGRO ont des réactions face aux stimuli visuels et auditifs que dégagent leurs clients et ils les expriment, même si le pourcentage de leurs énoncés dans cette catégorie reste mince. En réalité il est fort possible que ce faible pourcentage de commentaires obtenus repose sur la définition même de la

catégorie qui représente une réalité moins vaste que la catégorie 7 par exemple. Le thérapeute se représente les dissonances apparentes entre le discours du client et son expression et il peut, ou non, le signaler au client. Il note l'indice de cette dissonance qui pourrait l'amener à prendre conscience d'une reproduction d'une situation non résolue issue du passé du client (Delisle, 1998). Voici un exemple d'énoncé d'un sujet: «bon, je suis comme interpellé (3) tout de suite (6) par un état de tension (2) je me dis, je ne sais pas de quoi il s'agit (6), c'est peut-être le contexte je ne sais pas (6) mais en tout cas, je remarque cela (6), comme un froncement des sourcils (2).» Un autre exemple : « son non verbal me prédisposait à l'entendre dire que cela l'agaçait d'avoir un homme aussi affectueux que cela (2), Or, quand il a dit que cela était très bon, j'étais un peu comme étonné (3) alors peut-être que je voudrais questionner cela (7)... il y aurait une sorte de perplexité autour de c'est-tu si bon que cela?»(7). Et celui-ci : «d'entendre cela, c'est comme si je suis impressionné (3) encore, par son discours cohérent (2) c'est cohérent, bien structuré (2) le gars qui s'arrange tout seul depuis longtemps (4) et comment, effectivement, il se montre peu, en même temps qu'il raconte quelque chose de très touchant (6), il le raconte comme tout bien, tout bien enrobé, tout bien fait (2) comme si, je sens que je pourrais avoir peu de place pour être (3).»

Les thérapeutes sont sensibles à l'expérience corporelle immédiate des clients. Six pourcent des commentaires des sujets s'enracinent dans la phénoménologie. La PGRO semble donc conserver ce lien qui la relie à son parent, la Gestalt, reconnue pour son usage de la phénoménologie. Avant de faire un commentaire issu de sa réaction contretransférentielle aux stimuli émis par le client, le thérapeute se donne la permission d'observer ce phénomène et de le mentaliser, c'est ce que nos sujets semblent faire aisément. Ils voient leurs clients et on peut supposer qu'ils leur diraient «je te vois». En effet les commentaires enracinés dans l'expérience corporelle comme : «tu souris quand tu dis cela (2)», «un malaise (2)», «cela transparait beaucoup (2)» pourraient être nommés au client pour faire avancer le dialogue thérapeutique.

Catégorie 3

Vingt et un pourcent de tous les commentaires appartiennent à la catégorie 3, au continuum d'awareness du thérapeute. Il est clair que les thérapeutes portent attention à leurs émergences et qu'ils sont capables de les nommer. En PGRO, cette catégorie s'apparente au dévoilement de soi qui se manifeste dans le champ actuel avec le client. Le champ actuel concerne la relation thérapeute-client, l'ici-maintenant. Cette approche encourage le thérapeute à aller dans le champ

actuel et à s'impliquer dans la relation comme sujet. L'engagement du thérapeute comme personne entière est privilégié sans pour autant minimiser l'importance des moments où il est cliniquement avantageux de faire acte de saine rétroflexion. En PGRO, le client a droit à l'expérience du thérapeute ici-maintenant mais pas à son expérience ailleurs et jadis. De plus, le thérapeute a la légitimité clinique de ne pas dire toute la vérité, mais jamais celle de dire autre chose que la vérité. On peut voir cela dans ces énoncés : «Ça, je ne lui dirais pas», «Ça, je lui dirais», «peut-être je le dirais» et : «je me dis en moi-même, peut-être qu'il devait être malcommode aussi (3) mais cela, je ne le dis pas à voix haute (6).»

Les énoncés captés dans la catégorie 3 font référence aux concepts théoriques de Delisle (1998) qui stipulent que le thérapeute maintient l'affect du client et le sien à proximité et osciller de l'un à l'autre afin qu'il puisse vibrer à la résonance du client et ressentir la pression exercée par ce dernier pour communiquer affectivement une reproduction, s'il y a lieu, ou une impasse de contact. Le thérapeute est conscient que cette réaction contretransférentielle signale potentiellement la présence d'une impasse relationnelle que le client connaît et remet en scène avec lui afin de chercher à la métaboliser. Par exemple : «...ça vient de me réveiller là, si j'étais endormi là, je ne suis plus du tout endormi (3)» et «...je le trouve très sympathique (3) très, ça évoque quelque chose de, oui oui de sympathique, du plaisir d'être avec lui (3) en même temps, il y a une certaine, dans ce qu'il dégage, quelque chose d'une gravité (2) que je ne saisis pas (6).» Et ceci : «Particulier, ce qui me vient c'est comme si (3) : je veux, je voudrais que tu puisses avoir accès à tout de moi (7) au moment où ça se passe (7), fait que déjà, cela fait, en dedans cela fait, oui (3) fait comme si : j'ai besoin que tu me voies tout entier (7) alors oups (3)».

Conséquemment, nous ne sommes pas surpris du résultat obtenu. En fait, nous sommes portés à penser que cette catégorie représenterait une caractéristique du contretransfert des thérapeutes en PGRO qui s'autorisent à visiter leurs affects. Si nous avions pu observer un plus grand nombre de thérapeutes, nous aurions pu davantage oser nous aventurer dans cette direction qui reste exploratoire.

Par ailleurs, l'intensité d'une unité de sens de la catégorie 3 et le type d'affect évoqué peut varier avec celle d'une autre unité de sens de la même catégorie. Ceci s'observe non seulement d'un sujet à l'autre, mais également pour un même sujet. Considérons par exemple ces unités de sens de la catégorie 3 du sujet 1 :

«Ça va», «je souris», «C'est juste comme plaisant d'être avec lui dans cette expérience là», «cela me rend triste», «encore une fois, comme, je pourrais me mettre à me sentir aux aguets», «c'est comme si je suis vraiment touché».

Ou encore ces unités de sens de la catégorie 3 du sujet 2 :

«J'ai hâte de voir la suite», «Oui, touchant», «ça y est spontanément», «cela fluctue, mais je, comme un peu de confusion, comme actuellement, en écoutant cela, c'est comme mélangé», «En même temps, a un autre niveau, je dirais WOW».

Dans ces exemples, on peut voir que l'expérience de chaque sujet, à chaque moment, varie considérablement, en intensité et en qualité même si on reste dans la même catégorie et qu'à chaque fois, on est dans le continuum d'awareness du thérapeute, dans son expérience à lui et donc dans la catégorie 3.

Au cours de cette étude, des thérapeutes expérimentés se sont rendus disponibles à leur expérience contretransférentielle au moment de son émergence et l'ont fait d'une façon bien intentionnelle, en l'accueillant ouvertement, sans jugement. Cette attitude reflète de façon plus concrète ce que Damasio (1994) décrivait en précisant que le changement dans l'état du corps est perçu et représenté par un «marqueur somatique» qui s'exprime par la modification du tonus des muscles ou des organes. En fait, il s'agit de se sensibiliser à son expérience contretransférentielle en médiatisant intentionnellement le contretransfert par les marqueurs somatiques afin d'en prendre conscience et de pouvoir traiter cette expérience. Par exemple : «je suis frappé (3) par le contraste entre son apparence extérieure et ce qu'il vit en dedans (6)».

Dans la même veine, Schore (2005) et Knoblauch (2005) parlent de focaliser alternativement son attention sur le contenu explicite et sur ses propres émergences proprioceptives et intéroceptives pour faciliter la compréhension de ce qui se passe dans la relation thérapeutique et de départager ce qui vient de soi de ce qui vient de l'autre. Cela est mis en évidence dans ces énoncés:

«C'est comme si je ne suis pas avec lui (3), il ne me laisse pas être avec lui là dedans (6), je ne sais pas, des hypothèses (6)»

ou encore : «J'ai comme un peu senti tantôt (6) quasiment comme si j'étais intrusif à (3), comme si, ah, il veut-tu une femme là? (6)»

et «L'autre chose, cela fait un bout de temps que cela m'habite (6) mais c'est juste maintenant que je me rends compte que cela m'habite et que je le mets de coté (6), c'est que je

me sens rejoint dans quelque chose de tout à fait condition masculine (3), la condition des hommes et leur profonde solitude dans le rapport au père (7).»

Catégorie 4

La catégorie 4 représente 9% du discours des thérapeutes. D'un côté, cela peut paraître très peu, mais quand on considère la nature de cette catégorie, on peut penser au contraire que ces thérapeutes l'ont largement utilisée et qu'ils manifestent une capacité de rêver leurs clients au-delà de ce qui est attendu généralement. Bien sûr, les images évoquées varient chez un même sujet et d'un sujet à l'autre, certaines sont très puissantes, d'autres représentent plutôt des impressions diffuses. Les unités de sens de cette catégorie n'ont donc pas toutes la même intensité. Par exemple : «il y a quelque chose de tendu dans son expérience interne» apparaît d'une moindre intensité que : «Ah! Une tête, une tête d'Esméralda!» Ou encore : «j'aurais l'image d'un voyage» semble moins puissant que : «Là, je vois l'ours, ce n'est plus l'ourson, c'est l'ours».

La PGRO, à l'instar de sa parente la Gestalt, ne veut pas enfermer le thérapeute dans un style dépersonnalisé d'intervention. Une place prépondérante est faite à l'expression singulière de la créativité du thérapeute et à sa spontanéité à la frontière contact (Delisle, 1998). La présente recherche met en évidence l'expression de cette créativité et l'usage d'images comme sources d'information sur la dynamique du client. Cette catégorie est en lien avec un espace intuitif où le thérapeute peut créer une image pour faire sens de son contretransfert et l'offrir au client. Il est intéressant de remarquer que le rêve et l'image relèvent davantage du cerveau droit, plus onirique que du cerveau gauche, plus langagier. Est-ce qu'il y aurait dans 9% des énoncés une démonstration de l'intention de rendre disponible à la rêverie son cerveau droit syntonisé avec le client? Il serait bien tentant de répondre par l'affirmative surtout lorsque l'on considère des exemples comme ceux-ci qui mettent en évidence le choix du thérapeute de se laisser aller à des images : « il me vient des images là, (4) quand il parle d'être seul dans une pièce avec un homme (1) d'être pris au piège (4) piégé (4) il n'y a personne pour le protéger (4)... ça a un impact sur moi (3) comme ouf (5) Ou encore : «il me vient des fantasmes de, il pourrait y avoir, je ne sais pas (4) certains désirs par rapport à ses thérapeutes (7) mais ce n'est pas, c'est peut-être complètement fantaisiste (6), «c'est le prince charmant (4)», «et je serais un public captivé (4)».

Catégorie 5

4% seulement du nombre total d'unités de sens appartiennent à la catégorie 5, cela semble bien peu et nous doutons que ce pourcentage soit représentatif de ce qui se passe dans une session normale. Premièrement, nous avons remarqué en visionnant les vidéos qu'à plusieurs moments nous aurions eu envie de coter, mais ce qui se passait se déroulait dans le non verbal. Par exemples, il y a eu des silences, des soupirs, des sourires et des rires, que nous voyions comme étant de l'auto-régulation de la part des thérapeutes, mais que nous n'avons pas pu coter étant donné l'objet de l'analyse qui est le discours des thérapeutes et non pas toute leur expression.

Nous pensons également que cette catégorie pourrait varier considérablement en présence d'un client réel, alors que le thérapeute est concrètement vu par le client. L'auto-régulation est un processus qui se transforme dans le contact. Dans le texte ici, nous avons coté des unités de sens qui avaient une autre forme, qu'on ne retrouverait pas normalement en thérapie et qui se manifestaient par une certaine auto-confirmation de ce que le thérapeute venait de dire. Par exemple, nous avons coté un bon nombre d'expressions telles que : «voilà», «je dirais ça, oui», «c'est ce que je peux en dire», «oui, c'est ça!» qui confirment le thérapeute dans ce qu'il vient d'exprimer, mais qui n'auraient sans doute pas eu lieu dans un contexte réel de thérapie.

La régulation, modulation large d'un grand éventail d'affect, procède d'abord de la tolérance des affects à laquelle la PGRO a fait une grande place. En effet, dans cette approche, on parle de trois grandes compétences;

- a) la compétence affective qui a rapport à la tolérance des affects du client et des siens propres. Un signe de compétence réside dans l'utilisation de l'affect comme signal plutôt que comme source de désorganisation. La catégorie 5, les expériences contretransférentielles relatives à la régulation se situent dans cette compétence.
- b) la compétence réflexive qui serait dominante dans notre catégorie 6 et
- c) la compétence interactive qui elle, dominerait les catégories 1 et 7, la catégorie 1 pour écouter, recevoir d'une certaine façon, avec la volonté d'entendre l'implicite et la catégorie 7 pour trouver une façon de dire qui soit assimilable par le client une façon qui préserve le lien et qui a une prosodie empreinte de lenteur, avec un volume bas et une tonalité grave.

Comme pour une partie de la catégorie 1, la catégorie 5 appartient à un autre univers que celui du langage, cette catégorie appartient au monde du non-verbal.

Catégorie 6

La catégorie 6 représente 20% des commentaires des thérapeutes et cela n'est pas très surprenant. Nous pouvons imaginer que dans une autre approche, plus cognitive ou rationnelle, ce pourcentage serait encore augmenté, mais en PGRO, selon l'observation de nos quatre sujets, il semble que 20% du discours soit de l'ordre d'un commentaire plus théorique. Nous avons observé que les commentaires de cette catégorie s'apparentent à ce que l'on peut entendre généralement dans le cadre d'une supervision didactique. Les références à des auteurs, les explications théoriques, les réflexions, les observations, les doutes, les questions constituent une bonne part de cette catégorie (voir les exemples cités dans les résultats).

Nous avons remarqué dans cette catégorie l'usage fréquent du «je ne sais pas», faisant référence à un savoir ou à l'expression d'un doute quant à la pertinence dans le contexte de ce savoir en particulier. Également beaucoup de «je remarque ça», «j'en prends note» qui manifestent la réflexion du thérapeute et la construction d'une réserve d'observations dans le but d'arriver à confirmer ou à infirmer une éventuelle hypothèse explicative qui serait en émergence.

Nous avons eu un commentaire intéressant ici d'un des sujets de la recherche à l'effet que lui, il était à se faire une idée du client et que nous on savait ce qui s'en venait à savoir si ses réflexions seraient contredites ou appuyées. En fait, il est arrivé que les hypothèses des thérapeutes soient confirmées, quelques lignes plus loin par les clients. Il est arrivé également que leurs hypothèses ne soient pas confirmées.

La catégorie 6 correspond à ce que Tansey et Burke (1987) ont appelé le processus interne du thérapeute qui lui permet de contenir sa réaction afin de l'examiner. Ces auteurs parlent également de se représenter le modèle d'interaction du client. En PGRO, le regard qu'on porte sur son expérience se fait en puisant dans un grand réservoir de théories et de savoirs. Il y a en effet une volonté de considérer plusieurs théories développementales dans ce qu'on appelle une ouverture multimodale (Delisle, 1998). La réalité des clients est trop complexe pour être cernée par une seule théorie développementale, dans la mesure où une théorie a à dire quelque chose sur l'impasse d'un client, elle est considérée comme un outil conceptuel utile et le thérapeute reste mobilisé à cultiver des savoirs tout au long de sa pratique pour élargir son éventail de connaissances (Delisle, 1998). Le discours des sujets de la recherche qui réfèrent à un cadre conceptuel a été codifié dans la catégorie 6. Par exemple : «cela cultive un transfert de toute-puissance», «cela me parle plus de l'intensité du traumatisme que de la confiance qu'il peut

démontrer», «il a besoin d'une réparation dans le lien cet homme là, c'est évident», «quelque chose dans les eaux d'une anxiété de séparation», «si je l'entendais évoquer un sentiment de culpabilité qui concerne le tord potentiellement fait à l'objet», «ce qui n'est pas possible sur le plan de l'attachement», «il y a un déficit dans l'intériorisation d'une figure apaisante».

Catégorie 7

La catégorie 7 domine l'ensemble du discours des thérapeutes expérimentés en PGRO et il ne fallait pas s'en étonner puisqu'elle est un élément du dialogue herméneutique constituant un élément essentiel de cette approche thérapeutique (Delisle, 1998). Tous les sujets ont fait un usage important de ce moyen de contribuer à la création du sens de l'expérience du client. La catégorie 7 est une réaction contretransférentielle utilisée pour mettre en place le dialogue avec le client, afin d'activer l'expérience et de réintégrer des fragments de sens disparus. Par exemple : «c'est comme si c'était tellement difficile pour toi (7) de concevoir d'être reçu autrement que par un jugement (7) ou par un dénigrement (7), te faire rentrer dedans à tout coup (7), c'est ça que tu connais hein (7)?...je me sens vraiment touché par ce qu'il dit, c'est vrai qu'il y a une partie de son expérience qui m'est inconnue (7).»

Dans le dialogue herméneutique, le thérapeute repère des affinités thématiques dans les expériences du client, il fait des liens et il les communique au client, il aide le client à porter une meilleure attention à son expérience actuelle. Par exemple : «tu me parles d'un moment fort (7), peut-être banal mais cela n'était certainement pas banal pour toi (7)», et «qu'elle est ton expérience d'être dans l'immédiateté? D'être là, maintenant? (7)». Dans la catégorie 7, nous retrouvons une partie des éléments de ce dialogue et le thérapeute offre à la considération du client une parcelle de sens, ou un lien thématique ou une contribution personnelle. Il faut se rappeler que le discours des thérapeutes est découpé en unité de sens, ce qui ne constitue pas un dialogue.

On peut souvent voir une direction se dessiner dans les commentaires du thérapeute pour aboutir à une unité herméneutique. Par exemple : «je vois comme un petit gars qui a pas eu beaucoup de réponses (4) Il a du se répondre tout seul a bien des questions (7)». Ou encore : «Visiblement, c'est un client qui mentalise (2) ... la piste herméneutique que j'envisageais me semble se solidifier (7)», ou encore «mais je trouve cela très touchant (3) très bouleversant (3) qu'il semble avoir été victime de pas mal de maltraitance ce monsieur là (7)».

En fait, les catégories 2, 3 et 4 sont incluses dans le dialogue herméneutique. Elles sont des éléments contretransférentiels du discours des thérapeutes qui contribuent à construire l'herméneutique et qui seraient nommés dans le dialogue herméneutique en coconstruction évolutive, qui s'élabore progressivement, lentement, avec le client. D'ailleurs, Delisle (2001) mentionne que l'attention au corps du client, aux microsignes donnés par le corps fait «absolument» partie du dialogue. Par exemple : «sur une partie fragile (4)...que c'est un enfant blessé (4), c'est vrai qu'au premier look on dirait qu'il s'est bâti comme une espèce de carapace (2)...il me donne accès à tout (7) au petit garçon délaissé (7) et maltraité (7)...»

Dans cette catégorie, on retrouve les éléments inclus dans la phase de communication du contretransfert de Tansey et Burke (1989) tels la proposition que le thérapeute fait part au client d'une partie de sa représentation de lui et de son modèle interactif. Le thérapeute rend explicite le résultat de ses processus internes de traitement de son expérience contretransférentielle. Il ajoute à ce que le client dit, tout en exprimant un doute, en gardant toujours à l'esprit qu'une alternative existe, que le client a peut-être raison (Delisle, 1998).

En fait, le sens n'est jamais final, le thérapeute n'est pas attaché à la vérité objective. En PGRO, on reconnaît une multiplicité de sens et de perspectives qui se complètent et qui évoluent dans l'espace et le temps. Le thérapeute reste détaché de l'idée d'un sens définitif, ses hypothèses peuvent être invalidées, il a le droit à l'erreur, mais pour éviter d'être nocif, il ne doit pas persister dans l'erreur (Delisle, 2001). En contribuant ainsi, le thérapeute stimule la créativité du client, par exemple, cet énoncé d'un sujet : «on dirait que ça te touche encore, ça te bouleverse encore beaucoup (7)» qui devrait susciter une élaboration de la part du client qui pourrait se développer en dialogue herméneutique, ou encore cette suite : «Qu'est-ce qui arrive pour toi quand il y a trop d'émotions (7) trop de choses à ressentir (7), qu'est-ce qui se passe avec toi? (7)». Les unités de sens de la catégorie 7 participent à ce que pourrait devenir le dialogue herméneutique.

Commentaires sur les différences et les similitudes entre les sujets

En présentant les résultats pour chacun des sujets, on s'aperçoit qu'il devient possible de faire le profil de chacun des thérapeutes puisque ceux-ci semblent assez constants d'un client à l'autre. Cela présente une certaine utilité, mais avec un si petit nombre de sujets, nous ne pouvons pas vraiment tirer de conclusions. Peut-être qu'il serait utile pour un thérapeute de se questionner

sur son style de contretransfert afin de voir s'il tient une partie de sa réaction dans l'ombre, à son propre insu, cela pourrait l'amener à se trouver des voies de développement professionnel.

Il est utile de se rappeler que la définition du contretransfert retenue pour la présente recherche est la définition totaliste de Kernberg (1965) ce qui fait en sorte que tout ce qui émerge du thérapeute fait partie de son expérience contretransférentielle et peut servir à l'herméneutique de la relation thérapeutique. En PGRO, on est dans une co-construction du sens de l'expérience et chacun contribue avec sa propre subjectivité à la situation thérapeutique ce qui permet à chacun de s'ajuster en prenant conscience de ce qui vient de lui et de ce qui vient de l'autre. Il ne s'agit plus de se méfier de ce qui vient du thérapeute, mais de créer un lieu d'intégration des processus du changement thérapeutique.

De plus, en faisant son profil, on serait tenté de vouloir le comparer à un modèle PGRO. Serait-ce un projet utile? Est-ce que cela enfermerait les thérapeutes dans un modèle qui deviendrait dogmatique? Il faudrait se prémunir contre une telle initiative! La PGRO est une approche valorisant les variations de styles individuelles, n'oublions pas qu'elle est issue en partie de la Gestalt et elle évolue dans le même sens, elle accorde la priorité au client, bien sur et ensuite à la vitalité et à la grâce spontanée du thérapeute à la frontière contact. Au thérapeute de se créer librement, en respectant une démarche rigoureuse qui ne saurait l'enfermer dans l'uniformité d'une règle (Delisle, 1998). Oui à une identité PGRO mais dans une diversification des tons et des styles.

Commentaire sur les deuxième et troisième questions de recherche

Le dialogue herméneutique, à l'intérieur duquel sont traités les cycles de reproduction des impasses de contacts du client dans les divers champs expérientiels est le stratagème thérapeutique caractérisant la PGRO (Delisle, 1998). C'est un dialogue qui se construit à deux, par une parole et une écoute à deux, il est marqué par une lenteur élégante et une longue élaboration (Delisle, 2001).

Un dialogue, c'est plus que deux personnes qui parlent à tour de rôle, comme ici le contexte ne se prête pas au dialogue, la catégorie 7 ne le représente qu'en partie. Le discours des thérapeutes n'est pas un dialogue, même si quelques interventions étaient faites «comme si» nous étions dans un dialogue.

Par ailleurs, un chevauchement est fréquemment apparu entre les catégories dans une même phrase composée de plusieurs unités de sens. Par exemple, un thérapeute commence à exprimer son expérience ressentie et élabore ensuite avec une contribution que nous qualifions d'herméneutique : «...je suis vraiment touché par ce qu'il dit (3), c'est vrai qu'il y a une partie de son expérience qui m'est inconnue (7)». Nous avons alors classé la première partie de la phrase dans la catégorie 3 et la deuxième dans la catégorie 7, alors que le dialogue herméneutique comprendrait les unités de ces deux catégories et plus encore. Cela a une incidence sur l'analyse.

De plus, même si nous analysons une série d'unités de sens de la catégorie 7, à la suite les unes des autres, on reste dans une contribution qui n'est pas un dialogue et dans laquelle plusieurs unités de sens n'ont pas de verbe et aucun sens en elle-même. Pour illustrer ce point, voici une séquence d'unités de sens codifiées dans la catégorie 7 :

«la maladie de son père a créé une espèce de choc salutaire (7) qui l'a mis en contact avec des réalités inéluctables (7), la vie (7), la finitude (7), la maladie (7), le fait que les gens qu'on aime finissent par mourir (7) ou on meurt avant eux-mêmes (7) mais le caractère incontournable de la séparation (7), de la fin (7)...et qu'en s'approchant de cette chose-là, il s'est approché de quelque chose d'essentiel chez lui (7)».

En fait, dans toutes les catégories, se retrouvent des unités de sens qui ne sont pas des phrases complètes et plusieurs phrases sont constituées d'énoncés de plusieurs catégories, l'analyse de la forme perd alors de son intérêt et de sa pertinence puisque nous n'avons pas de phrase complète et pas de dialogue.

Peut-être que le projet de décortiquer la catégorie 7 était représentatif de l'intention de l'auteur de comprendre mieux le dialogue herméneutique et d'en trouver les composantes et les caractéristiques, ce qui serait intéressant en soi comme projet de recherche, mais trop ambitieux pour être intégré à celui-ci. Il apparaît maintenant que le libellé de ces deux questions de recherche illustre les profondes marques de la PGRO sur le chercheur. La question générale de la recherche s'adresse au monde des psychothérapies en général et voilà que les deux sous-questions font directement référence à l'approche pratiquée par le chercheur. Cette particularité peut s'expliquer par le fait que le chercheur n'est pas issu du milieu de la recherche mais bien du milieu clinique. Aussi, l'indétermination reste un élément secondaire présenté dans le contexte théorique mais il est relativement plus caractéristique des différences de la PGRO avec d'autres

approches thérapeutiques et en cela, il a suscité l'intérêt du chercheur d'une façon imprévue pour venir prendre place dans les questions de recherche.

Bien sûr il existe des affinités entre la catégorie 7 et le dialogue herméneutique, mais la catégorie 7, herméneutique, est composée d'unités de sens découpées alors que le dialogue herméneutique est une cocréation qui s'élabore dans le temps. L'usage important que font les sujets d'énoncés de la catégorie 7 illustre bien un phénomène important dans la PGRO, la contribution du thérapeute à la construction du sens de l'expérience du client. Mais nous ne pouvons faire l'équivalence avec le dialogue herméneutique.

Malgré tout, les unités de sens ont été utiles à comprendre les catégories et entre autres, la catégorie 7. Chacune est un ensemble d'unités de sens différentes les unes des autres et c'est pourquoi nous les avons divisées ainsi. Notre première et principale question de recherche interrogeait le contretransfert et non le dialogue herméneutique.

Dans l'espoir de contribuer tout de même à la compréhension du développement de l'herméneutique, plusieurs observations ont été réalisées. Nous savons d'ores et déjà qu'elles ne sont pas généralisables au dialogue herméneutique.

Lorsque nous évoquons le conditionnel comme marque potentielle de «l'indétermination», nous ne considérons pas le fait que les énoncés de forme herméneutique se font dans le dialogue qui se déroule dans le champ actuel, dans le contact ici et maintenant, entre le thérapeute et le client. Ce contexte favorise l'usage du temps présent, ce qui correspond aux données obtenues.

Quant à la forme interrogative, nous pouvons croire qu'elle marque en effet une forme d'indétermination qui permet au client de participer à l'élaboration du sens de son expérience. La variété des formes grammaticale utilisée dans la catégorie 7 pourrait provenir de la nature de cette catégorie dans laquelle on fait des liens entre différentes expériences, passées et présentes afin de créer un sens pour comprendre le vécu actuel.

Limitations de la recherche

Le client qui décrit un épisode relationnel vécu avec son thérapeute n'est pas en train de construire l'espace intersubjectif avec le sujet de la recherche et ce dernier non plus. Il n'y a pas d'échange thérapeutique. Les clients ont été généreux, mais ils n'ont pas eu de contact avec les sujets, ils sont restés seuls en face de la caméra, le chercheur étant présent, mais l'interaction était

limitée au maximum. Les sujets ont commenté le fait qu'ils étaient touchés par les clients un peu comme si chaque client avait été là, mais il n'y avait pas d'ajustement mutuel, de calibrage, d'accordage possible, il y a une différence entre le fait d'être en présence d'un client qui voit le thérapeute versus être en présence d'un client que le thérapeute voit, mais qui ne peut pas voir le thérapeute. La résonance empathique du thérapeute n'a pas la même utilité que dans le réel. Cette considération peut influencer la présence de cette résonance chez nos sujets pendant l'expérimentation.

Que penser de l'influence de la présence du chercheur sur les commentaires des sujets? Et que penser de la différence entre faire un discours sur son expérience contretransférentielle dans le cadre d'une recherche et le considérer pour soi? Il peut bien sur y avoir quelque chose qui diffère, et le fait de le nommer est une façon d'en rendre compte.

Malgré tout, il est intéressant de remarquer dans les exemples choisis pour illustrer les catégories, comment les sujets de la recherche ont par moments adressé leurs commentaires directement au client en l'appelant «tu» ou «vous». Cependant, par moments, les sujets s'adressaient à nous, en parlant de «lui», le client. Pour contourner cette difficulté et aux fins de la codification, nous avons considéré que le sujet s'adressait au client. Nous avons interprété cette particularité comme s'il s'agissait d'une conséquence du dispositif technique imparfait. Nous sommes conscients du choix subjectif que nous avons fait, mais il est par ailleurs inconcevable de considérer que le thérapeute s'adresse à son client à la troisième personne.

Par exemple, le thérapeute ne dirait pas en session : «Je vois vraiment quelque chose de différent dans ses yeux (2)» mais plutôt : «je vois vraiment quelque chose de différent dans tes yeux»(2) et encore : «en même temps qu'il dit cela, il s'est touché le cœur (2)» deviendrait : «en même temps que tu dis cela, tu t'es touché le cœur (2)». Le même phénomène s'est produit dans chacune des catégories : par exemple, pour les catégories 3 et 4 : «ça m'a vraiment touché qu'il ait dit cela (3)» : «ça m'a vraiment touché que tu ais dit cela (3)» et «je vois ça dans son regard qui est le fun (4)» : «je vois ça dans ton regard qui est le fun (4)». De même pour la catégorie 7, les réflexions théoriques nous étaient adressées comme si elles l'avaient été au client en début de contribution herméneutique. Par exemple : «il fallait qu'il fasse plus que d'habitude pour prendre, interioriser, placer à l'intérieur de lui». Nous avons considéré d'un commun accord que ce commentaire d'apparence plutôt théorique, surtout hors contexte, appartenait à la catégorie 7, croyant que le sujet, dans une session réelle de thérapie, aurait abordé cela dans le dialogue

herméneutique plutôt que comme un commentaire objectif fait à des observateurs. Bien sûr, tout cela démontre des choix méthodologiques pour la cotation qui impliquent des limites, c'est vrai et nous le reconnaissons, mais nous avons fait au mieux et en toute bonne foi. Le saut inférentiel est risqué, mais nécessaire.

De plus, le comportement non-verbal du sujet a occasionnellement été considéré dans la confirmation de nos choix de catégorie, afin d'obtenir un consensus entre le chercheur et le collaborateur. Lorsque nous n'étions pas certains de la codification, nous re-visionnions le vidéo et cela nous permettait de clarifier notre choix. Encore une fois, cette façon introduit une autre limitation à la recherche. En fait, cela confirme ce que nous avons mentionné dans la section neurodynamique du champ intersubjectif, une grande partie de la communication est implicite et non verbale et il est impossible de complètement faire fi de cette réalité. En dévoilant ceci, nous espérons mettre en lumière certains biais potentiels qui pourraient nuire sinon, à la validité interne.

Les données, malgré leur intérêt certain, ne sont pas généralisables, ce n'était d'ailleurs pas le but de notre recherche, avec un si petit nombre de sujets, nous ne pouvions prétendre à la généralisation. Nous cherchions plutôt à décrire et comprendre plus en profondeur le phénomène du contretransfert.

Nouvelles perspectives

L'ensemble des catégories reste complexe. Au début du processus de recherche, les catégories étaient largement élaborées, leur descriptif incluait le maximum d'éléments théoriques. Curieusement, à l'issue de ce travail, un descriptif simplifié et largement symbolique de chaque catégorie (tableau 7) semble plus adéquat, surtout s'il est utilisé pour un travail d'apprentissage personnel sur le contretransfert à partir de codifications.

Tableau 7 : Grille simplifiée des 7 catégories

Catégories	Descriptif
1	Prédisposition
2	non-verbal et phénoménologie
3	attention à son propre continuum d'awareness,
4	Rêveries, imageries,
5	autorégulation affective
6	Processus cognitivo-réflexif,
7	dialogue herméneutique

Est-ce que cette simplification se ferait à outrance? Est-ce qu'elle viderait de son contenu chacune des catégories? Est-ce qu'elle faciliterait la cotation? Les thérapeutes avaient la liste des catégories et la feuille des consignes à leur portée pendant l'expérimentation. Ils semblaient davantage disposés à participer à l'expérience qu'à s'arrêter sur les aspects plus théoriques, qu'ils ont préféré mettre de côté pendant le visionnement des vignettes. Peut-être que le descriptif des catégories est un peu trop touffu pour être d'une grande utilité pratique. La question de l'usage éventuel des catégories pour faciliter l'apprentissage des thérapeutes, même si elle n'a pas été retenue pour le présent projet de recherche n'a pas cessé d'être présente à nos préoccupations d'où l'idée de proposer la simplification des catégories. Est-ce que cette forme simplifiée faciliterait l'apprentissage d'une activité réflexive minutieuse de son expérience contretransférentielle? Il y a là des pistes qui pourraient être ultérieurement poursuivies.

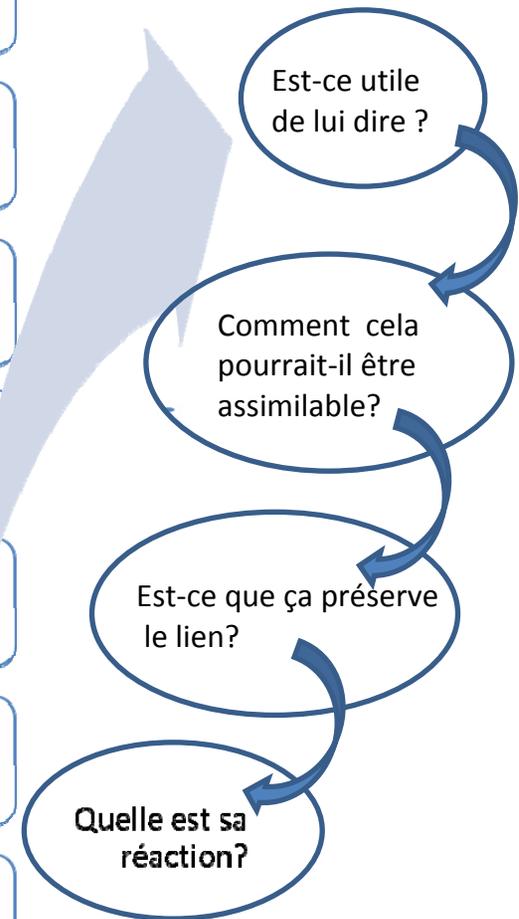
Nous avons en effet considéré d'élaborer un exercice de formation pour mieux comprendre son expérience contretransférentielle. L'exercice pourrait être constitué d'une première partie de discussions sur la théorie, suivie de questions sur les réactions contretransférentielles de chacun. Lors d'une formation, des vignettes cliniques pourraient ensuite être visionnées en équipe dans lesquelles chacun des membres, à tour de rôle, laisserait émerger ses réactions contretransférentielles et serait enregistré pendant ce temps. L'équipe visionne ensuite ces sessions et procède à la cotation à partir du descriptif simplifié des catégories. Une discussion suit l'exercice, pendant laquelle le contenu de chacune des catégories est élaboré. En fait, les thérapeutes en formation feraient sensiblement la même expérimentation que les sujets de la recherche et participeraient à la cotation.

Les sujets de notre recherche ont tous exprimé l'intérêt qu'ils ont eu à se prêter à cette expérience et comment il leur est apparu utile et intéressant de réfléchir tout haut à leur expérience contretransférentielle. La méthodologie de la recherche pourrait s'adapter favorablement à un contexte de formation et permettre aux thérapeutes de se conscientiser à leurs processus internes, de comprendre l'importance de ne pas se soustraire à leurs expériences parce que cet «ordinaire» peut devenir révélateur au point de vue clinique. Une recherche ultérieure pourrait mesurer l'impact d'un tel exercice.

Pendant le déroulement de la recherche, une autre façon de la rendre utilisable aux cliniciens s'est révélée, il suffisait de construire une grille de réflexion sur sa propre expérience contretransférentielle à partir des catégories utilisées dans la présente étude et de la rendre disponible. Cela pourrait être d'autant plus utile sachant que d'après Tansey et Burke (1989), le contretransfert s'analyse plus facilement entre les sessions, quand la pression interactionnelle est levée. Voici cette grille qui pourrait également être l'objet d'une recherche ultérieure pour en valider l'utilité:

Tableau 8: Grille de réflexion sur le contretransfert

1	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est ma qualité de présence? Comment est-ce que je me mets à l'écoute? • Quelle est ma prédisposition?
2	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que je vois? Qu'est-ce que j'entends? • Quelle est mon impression de son expérience corporelle? • À qui ressemble-t-il?
3	<ul style="list-style-type: none"> • Comment est-ce que je me sens? Qu'est-ce que je ressens? • À qui est-ce que je ressemble avec lui?
4	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle image me vient? Quel rêve ce client suscite-t-il? • Quelle représentation ai-je de lui?
5	<ul style="list-style-type: none"> • Comment est-ce que je me régule avec lui? Optimalement? • Ai-je tendance à défléchir; à me défendre; à me mettre en retrait?
6	<ul style="list-style-type: none"> • A quoi est-ce que je pense? Qu'est-ce que je sais de cela? • Quel concept? Auteur? Diagnostic?
7	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des affinités thématiques inter champs? • Y a-t-il des reproductions? Comment le client me voit-il? • Que se passe-t-il entre nous? Qui devient-on?



Par ailleurs, la surprise face à nos résultats de recherche nous vient de l'effet inopiné que ces catégorisations ont produit sur nous le chercheur et son collaborateur. En fait, nous avons été touchés, bouleversés même, de voir les processus internes des thérapeutes se dérouler devant nos yeux. Nous avons eu la chance de décortiquer lentement ce qui se fait habituellement de façon plus rapide en temps réel. Nous avons vu les thérapeutes avoir des ressentis, rêver leurs clients, faire des choix cliniques et construire leurs interventions telles que les consignes leur avaient suggéré de le faire. Nous les avons vus se questionner sur leurs réactions internes, sur leur expérience actuelle au contact des clients, nous les avons vu réfléchir à leurs réactions sensorielles, affectives et cognitives, nous les avons vus élaborer des rêveries, évoquer des expériences passées. Nous n'avions pas prévu à quel point cette expérience pourrait être excitante et formatrice. En fait, nous prenions conscience de la trame continue de l'expérience contretransférentielle et de l'aisance que démontraient ces thérapeutes expérimentés à y accorder une attention consciente et intentionnelle.

Nous étions témoins du fait que traiter son expérience contretransférentielle dépasse largement la notion d'outil thérapeutique véhiculée dans la littérature explorée. Le contretransfert peut contribuer au processus thérapeutique, comme le disait Racker (1968) à condition que l'analyste développe une attitude particulière face à cette expérience. Non seulement le contretransfert est un outil thérapeutique indispensable, il est le matériau premier, la subjectivité du thérapeute au service du processus thérapeutique. On n'en est plus à démontrer que la neutralité absolue est illusoire (Bouchard, Frote, Normandin, 1994), mais bien que le thérapeute accepte d'être influencé par le client en restant attentif à sa propre expérience, en tolérant et en contenant sa réaction (Tansey et Burke, 1989). La recherche nous permet d'en mesurer davantage la portée, d'une façon bien concrète en observant nos sujets qui semblent avoir une pratique habituelle, quasi instinctive d'interroger leur contretransfert tant elle est mise à contribution. Aborder le concept de façon théorique est fascinant, mais de se rapprocher de l'expérience enrichit le concept.

En étant témoins du fait que les sujets notaient leurs sensations, accueillaient leur ressentis et permettaient l'émergence dans leur conscience de tout ce qui arrivait, images, émotions, pensées, etc., nous étions amenés à comprendre comment, dans la pratique, le contretransfert devient d'une grande utilité clinique. Les voir accueillir sans réserve ce qui émergeait dans leur conscience, simplement parce que cela émergeait et l'utiliser comme guide de leurs

comportements thérapeutiques, amène à valoriser la prise de conscience de sa propre réaction contretransférentielle. La pertinence et la justesse de l'action de s'interroger sur sa réaction, d'en aiguïser la conscience d'un moment à l'autre pour y ancrer nos choix cliniques, apparaissent essentielles. Le contretransfert est non seulement un outil de compréhension du client, mais un outil de développement du thérapeute, il semble bien vrai que le thérapeute est son instrument premier (Delisle, 2005) et cela se module par le contretransfert. En fait, nous avons saisi que c'est non seulement un lieu très vivant de la réflexion sur la pratique, mais que c'est aussi le lieu d'intégration de toutes les connaissances acquises au cours des formations de psychothérapeutes.

Buirski et Haglund (2001) nous disent qu'il n'y a pas de raccourci ni de moyen d'appréhender le contretransfert sans se prêter à une pratique attentive pendant de longues années. Nous avons vu que chez des thérapeutes expérimentés, cette pratique est une habitude, elle semble cultivée et entretenue, nous pourrions penser qu'il y a moyen de l'appréhender.

Siegel (2007) parle plus spécifiquement d'une approche qui s'apprend et qui permet de cultiver une pratique attentive à ce qui émerge de soi dans le moment présent : la pleine conscience.

Tansey et Burke (1989) parlent de l'exigence requise pour le thérapeute de se séparer de sa propre expérience immédiate pour observer et questionner les sources sous-tendant sa réaction contretransférentielle et ils articulent l'idée d'établir une distance psychologique suffisante et de suspendre son jugement temporairement pour tolérer l'expérience possiblement induite par le client. Cela fait référence également au concept de pleine conscience, et à l'acceptation de soi évoquée par Delisle (2001) quand il exprime son souhait que le thérapeute n'ait jamais à avoir honte de quoi que ce soit qu'il éprouve ou qu'il pense en situation thérapeutique.

Presque tous les auteurs cités nous entretiennent à tour de rôle au sujet de : l'intention de prendre conscience, de l'attention consciente, d'avoir une attention focalisée sur les stimuli externes et sur les marqueurs somatiques, d'accueillir ce qui émerge, de présence à soi, d'observation de soi, de l'expérience immédiate, de subjectivité, de départager ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre, de non réactivité, de non action à partir de l'expérience interne, de persévérance et de continuité, l'utilisation du corps comme médiateur, de pratique attentive, de développer le soi témoin, ou encore d'autorégulation de l'attention et des émotions. Ces mots et concepts qui reviennent dans le discours des auteurs et qui caractérisent l'attention portée au contretransfert par nos sujets, évoquent également un autre concept, celui de la méditation de

pleine conscience, traduction de «mindfulness», dont l'origine viendrait d'une pratique bouddhiste, la méditation Vipassana, vieille de plus de 2,500 ans.

Voici la définition opérationnelle de ce concept formulé par Jon Kabat-Zinn (2003) : la conscience qui vient du fait de porter intentionnellement attention à l'émergence de l'expérience telle qu'elle est, en ce moment, sans la juger. C'est un engagement à accueillir le flot continu de stimuli internes et externes émergeant sans s'y attacher, et en les observant.

Il s'agirait d'une pratique qui agit comme une sorte d'entraînement favorisant l'accordage intrapersonnel qui stimulerait l'intégration neuronale et l'autorégulation affective (Siegel 2007). Non seulement c'est une habileté qui s'acquiert, mais elle aurait aussi comme avantage de développer la tolérance aux affects et la sensibilité à saisir les signes non verbaux des autres.

La similitude des mots employés pour traiter de ces concepts amène à vouloir rapprocher la méditation de pleine conscience de la notion de contretransfert qui est au cœur de nos préoccupations. Se pourrait-il que la pratique de la méditation de pleine conscience puisse être un moyen d'apprendre à diriger son attention et d'entraîner sa capacité à utiliser son expérience contretransférentielle? Peut-être y a-t-il moyen, avec le développement d'une pratique formelle de la méditation de pleine conscience qui a lieu en dehors de la thérapie, de faciliter la conscientisation et l'utilisation de ses réactions contretransférentielles pendant la thérapie?

Germer, Siegel et Fulton (2005), promeuvent la pratique de la méditation consciente pour entraîner les psychothérapeutes de différentes allégeances, en guise de formation avancée, pour aiguïser leurs qualités et leurs capacités de créer la relation thérapeutique optimale. Ils considèrent que cette pratique aide à établir la présence du thérapeute, améliore sa qualité d'attention et sa tolérance aux affects et aide à réduire l'autocritique qui parfois altère ses habiletés interactives. D'après eux, la pratique de la méditation consciente favorise l'acceptation de soi et celle de l'autre tout en cultivant l'empathie et la compassion. C'est curieux comme une pratique qui se fait en solo semble venir enrichir la relation thérapeutique qui s'élabore à deux.

Notre recherche ne nous amène pas là, mais les concepts clés de la méditation de pleine conscience, la présence attentive à ses stimuli internes et externes concernent tout à fait le discours sur la première attitude à avoir avec sa réaction contretransférentielle, c'est-à-dire, manifester l'ouverture à l'égard de ce qui émerge en soi. Évidemment, le thérapeute traite ensuite ses émergences dans le contexte thérapeutique et il reste soucieux de ne dire au client que ce qui

lui paraît cliniquement utile, judicieux, assimilable par le client et qui préserve le lien thérapeutique.

D'après Siegel (2007), non seulement cette approche s'apprend, mais elle laisse des traces dans le cerveau, cet organe plastique qui se transforme et change de structure selon l'usage que l'on en fait. La manière de porter attention, de réguler ses émotions, la capacité d'observer son monde interne sont des habiletés qui s'entraînent et transforment le cerveau de façon durable, en enrichissant les connections neuronales et en augmentant l'intégration neuronale, principalement dans le lobe préfrontal. Cet état de pleine conscience qui demande au départ de faire l'effort d'une pratique rigoureuse, se transforme et devient un trait caractéristique de la personne, accessible aisément. Nous avons été témoins de cette aisance en observant nos sujets de recherche.

Conclusion

La valeur de la recherche fait peu mention des apprentissages que nous avons vécus dans le processus, ce qui pourtant nous semble un atout important. En fait, nous avons compris que le contretransfert ne peut être abordé uniquement du point de vue théorique, ce serait un grand manquement à sa compréhension dans la clinique. Tout le travail nécessaire d'accorder une attention consciente à son expérience, et le questionnement sur cette expérience est fondamental. C'est dans la pratique attentive à son expérience contretransférentielle que le thérapeute apprend à savoir ce qui vient de lui et à le distinguer de ce qui vient de l'autre et à cheminer dans sa profession. Ce n'est pas aussi simple que cela en a l'air, c'est une habitude qui se cultive, qui s'entretient et qui se développe avec la pratique et la persévérance, elle peut devenir ensuite une habitude.

Pour le chercheur et le collaborateur, l'expérience concrète de cet exercice a facilité l'émergence de rappels fréquents de l'utilité d'être présent à soi. Cet exercice nous a permis de comprendre que nous pouvions être plus conscients de nos réactions que nous ne le sommes habituellement et il a donné un sens à l'expression «ne pas l'agir, mais être conscient de sa réaction». En fait, il y a quelque chose de très intentionnel dans l'action de questionner son contretransfert, une pratique qui demande un engagement pour se développer. Par contre, elle peut nous libérer de nos actions thérapeutiques automatiques en nous donnant accès à un

territoire qui reste parfois inexploré. Il nous semble que toute cette recherche nous permet d'étoffer le concept, d'en percevoir une dimension qui nous apparaissait imperceptible dans la théorie.

Cette recherche contribue à l'élargissement du savoir dans le domaine du contretransfert et elle sert à étayer minimalement, la théorie existante. C'est une démarche exploratoire d'un processus interne vécu en psychothérapie et elle apporte un éclairage nouveau sur les processus d'élaboration de l'expérience contretransférentielle en PGRO. Il s'agit d'une immersion éclairée dans l'expérience contretransférentielle de psychothérapeutes expérimentés en PGRO qui nous aide à construire une compréhension du phénomène. Cette compréhension s'inscrit dans la démarche clinique du thérapeute qui, à partir de son expérience contretransférentielle, comprend le client, l'aide à se reconnaître, crée avec lui un moment de réparation, ce qui redonne une deuxième chance développementale au client. Une des découvertes pour le chercheur et le collaborateur est l'impact que cette recherche a eu sur eux personnellement. Ils n'avaient pas prévu vivre une transformation profonde de leur conception du phénomène du contretransfert et de sa pertinence dans leur processus thérapeutique et c'est pourtant ce qui émane de ce travail. Chacun se trouve personnellement transformé par une attention plus soutenue à conscientiser ses réactions contretransférentielles, moment par moment, dans les sessions de thérapie.

La PGRO se prêtait bien à l'étude. C'est une approche qui n'a pas encore suscité une recherche abondante, cette petite contribution ajoute à ces débuts. Les nouvelles perspectives nous amènent à conclure que la supervision et la thérapie ne sont plus les seuls lieux possibles d'exploration du contretransfert.

Références bibliographiques

Ablon, J. S. (1998). Empirical validation of treatment models: an examination of psychotherapy process and outcome. *University of California, Berkeley, Doctoral Dissertation*.

Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.

Anadon, M. (2006). La recherche dite *qualitative* : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents, *Recherches qualitatives 26(1)* 5-31

Association pour la recherche qualitative (2007). Avis, *La recherche qualitative dans le contexte de L'ÉPTC*, Association pour la recherche qualitative (ARQ)

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. et Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance,-outcome correlation : exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 75(6)*, 842-852.

Baribeau C. Le journal de bord du chercheur, *Recherches Qualitatives*, hors série 2, 98-114

Blais, M., Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes, *Recherches qualitatives 26(2)*, 1-18

Bordeleau, V. et Drouin, M-S. (2006). De l'expérience contre-transférentielle à la construction du sens, le travail psychothérapeutique avec les pathologies de l'estime de soi. *Revue Québécoise de Gestalt, 9*, 91-119.

Bouchard, M.-A., Normandin, L. et Frôté, P. (1994). De l'écoute à l'interprétation : une approche des phénomènes de contre-transfert. *Revue Québécoise de Psychologie, 15*, 155-192.

Boudreau, C. et Arseneault, A. (1994). La recherche qualitative : une méthodologie différente, des critères de scientificité adaptés, *Revue de l'association pour la recherche qualitative*. Vol 10. 121-137

Buirsky, P. et Haglund, P. (2001). *Making sense Together*, Jason Aronson.

Castonguay, L. G. et Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that works*. Oxford University Press, N-Y.

Crits-Christoph P., Baranackie, K., Kurcisl, J.;Beck, A.; Carroll, K.; Perry, K.; Luborsky, L.; McLellan, A.; Woody, G. Thompson, L.; Gallagher, D.;Sitrin, C. (1991) Meta-Analysis of therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research, 1(2)*, 81-91.

Crits-Christoph, P.; Cooper, A.; Luborsky, L. (1988) The Accuracy of therapists' Interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (4)*, 490-495.

- Damasio, A. (1994) *L'erreur de Descartes*, Odile Jacob
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en gestalt thérapie*. Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2001). Le dialogue herméneutique en psychothérapie, conférence. *Actes des Journées d'études 2001, Champ G*, Institut de Gestalt du Nord, France.
- Delisle, G. (2005) préface de : *le concept d'amour en psychothérapie* de Dunn, S.
- Delisle, G. (2007). Une neurodynamique du self en dialogue thérapeutique. *Revue Québécoise de Gestalt*, 10, 111-137.
- Drouin, M.S. ((2005) Les compétences et les Écueils du thérapeute, *Revue Québécoise de Gestalt*, Editions de l'AQG, 8, 55-68
- Drouin, M.S. (2001). *Étude du jugement clinique du thérapeute*. Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Duchesne, C., Savoie-Zajc, L., St-Germain, M. (2005) La raison d'être de l'engagement professionnel chez des enseignantes du primaire : une perspective existentielle, *Revue des sciences de l'éducation* 31(3) 497-518
- Dunn, S. (2005) *Le concept d'amour en psychothérapie*, Editions Nouvelles
- Fauth, J. (2006). Toward more and better countertransference research. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 43, 16-31.
- Fleischer J.A. et Wissler, A. (1985). The therapist as patient : special problems and considerations. *Psychotherapy*. 22 (3).
- Freud, S. (1910). The future Prospects of Psychoanalytic Therapy. Dans *Essential Papers on Countertransference*, Benjamin Wolstein Ed. N-Y University Press 1988.
- Friedman, S. M. and Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behaviour. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221-1235.
- Frote, P.; Bouchard, M.-A. (1993) Le contre-transfert : d'obstacle à Instrument, *Psychotherapies*, 13,3, 145-160
- Gardner, M.R. (1985). *Enquête sur soi*. Aubier Ed.
- Gabbard, G.O. et Wilkinson, S.M (2000). *Management of countertransference with borderline patient*. Jason Aronson.
- Gauthier, R. (2007). Une demarche inductive, un choix qui s'impose dans les études sur le sens de l'expérience scolaire: L'exemple d'une recherche portant sur le rapport à l'institution scolaire en milieu autochtone, *Recherche Qualitative* 27(2) 78-103

Geller, J.D.; Norcross, J.C. et Orlinsky, D.E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy*, Oxford University Press

Gelso, C.J. et Carter, J.A. (1985) The relationship in counseling and psychotherapy, components, consequences and theoretical antecedents, *Counseling psychologist* vol 13 no 2 155-243

Gelso, C.J. et Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship : their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 296-306.

Gelso, C.J. et Hayes, J.A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience*. Lawrence Erlbaum Publishers.

Germer, C.K., Siegel, R.D., Fulton, P.R. (2005) *Mindfulness and psychotherapy*, Guilford

Gill, M.M., Hoffman, I.Z. (1982) *Analysis of transference* vol 2, International Universities Press.

Gilliéron, Edmond (2004) *Le premier entretien en psychothérapie*, Dunod

Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Transaction.

Guillemette, F. (2006). L'approche de la *Grounded theory* pour innover? *Recherches Qualitatives*, 26(1) 32-50

Hayes, J.A. (1995) Countertransference in group psychotherapy: Walking a sleeping dog. *International journal of group psychotherapy*, 45 521-535

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

Heimann, P. (1960). Counter-transference, Part II. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 9-15.

Holmqvist, R. et Armelius, B. A. (1996). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, 6, 70-78.

Jacobs, T.J. (2002). Secondary Revision : on rethinking the analytic process and analytic technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 22 (1), 3-28.

Jones, E. (2000) *Therapeutic action : A guide to psychoanalytic therapy*, Rowman and Littlefield

Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness based intervention in context : past present and future Clinical psychology: *Science and Practice* vol 10 no.2 144-156

Kahn, M. (2002) *Between therapist and client: the new relationship*, Owl

Kernberg, O. F. (1984). *Les troubles graves de la personnalité*. PUF

Kernberg, O.T. (1965). Notes on Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.

Knoblauch, S.H. (2005). Body rhythms and the unconscious toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6), 807-827.

Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, *La recherche qualitative enjeux épistémologiques et méthodologiques* Gaétan Morin

Laperrière, A. (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives, Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, *La recherche qualitative enjeux épistémologiques et méthodologiques* Gaétan Morin

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

Luborsky, L. et Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. N-Y, Basic Books.

Marshall, R.J. et Marshall, S. V. (1988) *The transference countertransference Matrix: The Emotional Cognitive Dialogue in Psychotherapy, Psychoanalysis and supervision*, Columbia

Mukamurera J., Lacourse, F., Couturier, Y. (2006) Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives* 26(1) 110-138

Norcross J.C. (2002). *Psychotherapy Relationship That Works*. Oxford University Press.

Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy : educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.

Norcross, J. C., Geller, J. D., et Kurzawa, E. K. (2000). *Psychotherapy*, 37(3).

Normandin, L. et Bouchard, M.-A. (1993). The effect of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.

Orange, D. M. (1995). *Emotional Understanding*. Guilford Press.

Orlinsky, D.E.; Norcross, J.C.; Ronnestad, M.H.; Wiseman, H. (2005) Outcomes and impacts of the psychotherapists own psychotherapy: a research review in Geller, J.D.; Norcross, J.C. et Orlinsky, D.E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy*, Oxford University Press

Orlinsky, D.E. et Ronnestad, M.H. (2005). How psychotherapist develop, American Psychological Association

Parent, Kathy (2005) Bénéfices respectifs de deux modèles de formation à la pratique clinique et influence de variables de personnalité et de variables liées à l'ajustement émotionnel sur l'activité mentale de futurs psychothérapeutes, Thèse de Doctorat, Université Laval

Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.

Racker, H. (1968) *Transference and Countertransference*. Maresfield Library London.

Robbins, S. et Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings : an interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 276-282.

Ronnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counsellor and therapist : research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.

Rosenberger, E. W. et Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject : a review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counselling and Development*, 80, 264-270.

Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitative: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD.IST, *Recherches qualitative*, 21,99-123

Schlesinger, G. et Wolitzky, D. L. (2002). The effects of a self-analytic exercise on clinical judgment. *Psychoanalytic psychology*, 19, 651-685.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Lawrence Erlbaum.

Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Norton and company.

Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. Norton and company.

Schore, A. N. (2005). A neuropsychoanalytic viewpoint : commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 829-855.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. The Guilford Press.

Siegel, D.J. (2007) *The mindfull brain*, Norton

Searles, H. (1979). *Le contre-transfert*. Folio.

Séguin, M-H, et Bouchard, M-A (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic psychology*, 13, 457-474.

Shaw, R. (2004). The embodied psychotherapist : an exploration of the therapist' somatic phenomena within the therapeutic encounter. *Psychotherapy Research*, 14, 271-288.

Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. Basic Books.

Tansey, M. J. et Burke W. F. (1989). *Understanding counter-transference : from projective identification to empathy*. Ed. The Analytic Press, Hillsdale, NJ. Hove and London.

Tobin, M. J. (2006). Countertransference and therapeutic interaction : an exploratory study
Thèse de Doctorat, Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies.

VanWagoner,S.L.; Gelso, C.J.; Hayes, J.A.; Diemer, R.A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 28(3) 411-421

Wallin, David J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*, Guilford Press

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, method and finding*. NY, Laurence Erlbaum.

Wampold, B.E (2006). The psychotherapist. In Norcross, J.C.; Beutler, E.; Levant, R.F., *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* 200-208

Westen, D, Novotny, C.M. et Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663

Yeomans, F. E., Clarking, J. F. et Kernberg, O. F. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ : Jason Aronson.

Annexe a : Information et consentement pour les sujets de la recherche

Titre : Le traitement des réactions contretransférentielles avec un client thérapeute

Nous sollicitons votre participation pour une recherche réalisée dans le cadre du doctorat en psychologie pour professionnel en exercice de l'université de Sherbrooke.

Personnes responsables du projet : Denise Ouellet est l'étudiante chercheuse responsable de ce projet. Vous pouvez joindre Mme Ouellet au numéro de téléphone 819-770-3127 ou par courriel à l'adresse suivante : oued@videotron.ca, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Directeur de recherche :

Marc-Simon Drouin, professeur à l'UQAM, drouin.marc.Simon@uqam.ca

Co-Chercheur :

Martin Ouellet, 514-484-0232

But et objectifs : Le but de l'étude est de pouvoir dégager la dynamique sous-tendant le traitement de l'expérience contretransférentielle, les manifestations observables ainsi que les préoccupations concernant l'intervention à venir. L'étude consiste à décrire le processus d'analyse réflexive du contretransfert et l'utilisation que prévoit en faire le thérapeute dans ses interventions dans le but de comprendre mieux cet aspect de la variable du thérapeute, déterminante dans le processus thérapeutique. Les éléments sensoriels, affectifs, sémantiques et réflexifs de la démarche du thérapeute seront observés et élaborés dans le but de mettre en évidence une partie de la dynamique des interactions transfert-contretransfert en PGRO. Bien que nous sachions que la communication passe par plusieurs canaux, nous ne pouvons pas tous les traiter et notre travail se limitera aux aspects les plus facilement accessibles.

Raison et nature de votre participation

Nous nous intéressons tout particulièrement à votre expérience contretransférentielle, à la façon dont vous traitez votre expérience interne au contact des clients, à vos émergences viscéro-sensorielles, kinesthésiques, affectives, cognitives, à vos observations, imageries, analogies et réflexions ainsi qu'aux liens que vous faites avec vos expériences passées, personnelles et professionnelles. Nous nous intéressons à tout ce qui émerge en vous dans ce contact avec le client et à la façon dont vous traitez cette information. Bref, nous voulons savoir comment se passe pour vous l'expérience du contre-transfert depuis le début de la rencontre jusqu'à la verbalisation d'une ou plusieurs hypothèses d'interventions que vous pourriez faire pour enrichir le dialogue herméneutique avec ce client.

Dans cette étude, nous vous présentons trois courts extraits vidéo d'une douzaine de minutes d'une narration d'un épisode relationnel significatif qu'un thérapeute, figurant comme client pour les fins de la recherche, a eu avec son thérapeute. Nous vous encourageons à contribuer spontanément et à élaborer ce qui vous semble le plus important dans votre réaction. Nous vous demandons de faire part de vos réactions internes, de votre questionnement et de réfléchir ouvertement, nous allons enregistrer vos contributions sur un support audio et vidéo. Vous pourrez arrêter le visionnement à tout moment pour élaborer vos commentaires. Nous vous demandons de traiter ce matériel de façon confidentielle, il s'agit de narrations réelles

d'événements survenus entre un client et son thérapeute. Cette tâche devrait prendre un peu plus d'une heure.

Le chercheur vous soumettra par courriel les résultats préliminaires de son analyse afin d'obtenir vos commentaires et de corroborer les premières données si vous le jugez bon. Vous aurez alors le loisir de commenter par courriel ou par téléphone les résultats préliminaires et il vous sera accordé une période d'un mois pour le faire.

Confidentialité : Le matériel généreusement produit sera retranscrit, analysé par l'équipe de recherche et traité de façon strictement confidentielle, dans les limites prévues par la loi, conservé sous clé et détruit 5 ans après le début de la collecte de données. Si certaines portions du matériel devaient être publiées, l'anonymat sera assuré et aucune information permettant de vous identifier ne sera dévoilée. Le matériel ne servira qu'à la seule fin de cette recherche. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. A des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaine ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Risques et avantages : Votre participation ne vous apportera pas d'avantages directs mais la satisfaction de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques. Une copie de la thèse vous sera remise. Nous estimons que cette recherche comporte un risque minimal, comparable à ceux auxquels vous êtes exposés dans votre vie quotidienne. Nous sommes conscients qu'il s'agit là d'une dépense en temps et en énergie aussi, nous nous engageons à vous rencontrer à l'endroit et à l'heure qui vous conviennent.

Droit de retrait sans préjudice de la participation : Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, les documents vous concernant seront immédiatement détruits.

Nous vous remercions de votre généreuse participation

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez discuter avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Madame Dominique Lorrain président le comité d'éthique de la recherche de la faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Vous pourrez la rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat en composant le numéro suivant : 819-821-8000, poste 62644 ou par courriel à cer_lsh@usherbrooke.ca :

Consentement libre et éclairé :

Je, _____ (nom en lettre moulées), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer à cette recherche en psychothérapie,

Nom _____ date _____

Fait à _____

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que mon directeur de recherche, le chercheur collaborateur ainsi que moi-même sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Denise Ouellet, étudiante date : _____

Tél. : 819 956-9543 ou tél. : 819 770-3127; courriel : oued@videotron.ca

Fait à _____

Annexe b : Consignes pour les clients des vignettes

Après avoir décrit brièvement l'événement relationnel signifiant, peux-tu parler de comment tu t'es senti à ce moment là? Élabore, remet toi dans la situation et parle en comme si cela venait d'arriver, laisse monter ce qui émerge en toi, contacte tes émotions, parle-en comme si tu en parlais avec un nouveau thérapeute.

Que s'est-il passé? qu'as-tu fait?, Qu'elles étaient tes attentes vis-à vis de l'autre personne? Qu'elles étaient tes perceptions? :

- Tu t'attendais à quelle sorte de réaction? Tu espérais quoi?
- La réaction que tu as obtenue a suscité quoi chez toi?
- Qu'est-ce que tu pensais que l'autre vivait? (voulait, ressentait...)
- Qu'est-ce que tu pensais que l'autre pensait de toi?
- Et si ta première impression avait été vraie ?
- Est-ce que tu as vécu des situations semblables avec d'autres?

Si j'avais été là, qu'est-ce que j'aurais vu? Pensé? Ressenti?

Qu'est-ce que cela éveille chez toi d'en parler aujourd'hui?

Comment penses-tu que l'autre t'en parlerait aujourd'hui?

Qu'est-ce que cela a eu de bon?

Comment penses-tu à l'autre aujourd'hui? Comment te sens-tu?

Qu'est-ce que tu imagines que cela me fait de t'entendre parler de cela?

Qu'est-ce que tu souhaiterais que la personne qui t'écoute en ce moment ressente?

Annexe c : information et consentement pour les thérapeutes figurants comme clients

Titre du projet: Le traitement des réactions contretransférentielles avec un client thérapeute

Nous sollicitons votre participation pour une recherche réalisée dans le cadre du doctorat en psychologie pour professionnel en exercice de l'Université de Sherbrooke.

Personnes responsables du projet : Denise Ouellet est l'étudiante chercheuse responsable de ce projet. Vous pouvez joindre Mme Ouellet au numéro de téléphone 819-770-3127 ou par courriel à l'adresse suivante : oued@videotron.ca, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Directeur de recherche :

Marc-Simon Drouin, professeur à l'UQAM, drouin.marc.Simon@uqam.ca

Co-Chercheur :

Martin Ouellet, 514-484-0232

But et objectifs : Le but de l'étude est de pouvoir dégager la dynamique sous-tendant le traitement de l'expérience contretransférentielle, les manifestations observables ainsi que les préoccupations concernant l'intervention à venir. L'étude consiste à décrire le processus d'analyse réflexive du contretransfert et l'utilisation que prévoit en faire le thérapeute dans ses interventions dans le but de comprendre mieux cet aspect de la variable du thérapeute, déterminante dans le processus thérapeutique. Les éléments sensoriels, affectifs, sémantiques et réflexifs de la démarche du thérapeute seront observés et élaborés dans le but de mettre en évidence une partie de la dynamique des interactions transfert-contretransfert en PGRO. Bien que nous sachions que la communication passe par plusieurs canaux, nous ne pouvons pas tous les traiter et notre travail se limitera aux aspects les plus facilement accessibles.

Raison et nature de votre participation

Nous avons besoin de votre aide pour figurer comme client dans cette expérimentation.

Nous voulons présenter à des thérapeutes expérimentés en Psychothérapie Gestaltiste des Relation d'Objet, (PGRO) des vignettes sous forme de courts vidéos dans lesquelles des thérapeutes figurant comme clients narrent un épisode relationnel ayant eu lieu avec leur thérapeute habituel afin d'analyser le traitement des réactions des thérapeutes expérimentés en PGRO qui visionneront les vignettes.

Cet épisode doit être significatif pour vous soit parce qu'il a été particulièrement utile, difficile, douloureux ou bien qu'il a été à l'origine d'un changement important. Vous êtes invités à témoigner de votre expérience personnelle, à partager vos perceptions de vous-même dans l'épisode relaté, à expliciter également vos perceptions de votre thérapeute et de la relation thérapeutique. Vous élaborez le plus complètement votre expérience, donnez des informations sur votre expérience sensorielle, affective, perceptuelle et cognitive pendant et après l'épisode. Vous partagez aussi ses réflexions personnelles et les échanges avec votre thérapeute qui ont suivi l'épisode, s'il y a lieu.

Vous serez filmés pendant une douzaine de minutes et votre témoignage sera visionné par les thérapeutes expérimentés, sujets de l'étude. Le lieu de la rencontre pour votre participation sera déterminé selon votre convenance et disponibilité.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Le matériel (vidéo et transcriptions) sera traité de façon strictement confidentielle dans les limites prévues par la loi, conservé sous clé et détruit 5 ans après le début de la collecte de données. Si certaines portions du matériel devaient être publiées, l'anonymat sera assuré et aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier votre thérapeute ne sera dévoilée. Le matériel ne servira qu'à la seule fin de cette recherche. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. A des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaine ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et organismes adhèrent à une politique de confidentialité

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Risques et avantages : Votre participation ne vous apportera aucun avantage direct mais vous aurez une copie de la thèse qui vous fournira des informations potentiellement intéressantes quand au contretransfert. De plus, votre participation vous apportera la satisfaction de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques. Il se peut que le rappel de l'épisode relationnel suscite chez vous des émotions. Il vous sera possible d'en discuter avec la chercheuse, au moment de l'enregistrement ou lors d'une séance ultérieure si vous le souhaitez. Nous estimons que cette recherche comporte un risque minimal, comparable à ceux auxquels vous êtes exposés dans votre vie quotidienne.

Droit de retrait sans préjudice de la participation : Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, les documents vous concernant seront immédiatement détruits.

Nous vous remercions de votre généreuse participation

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute

modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez discuter avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Madame Dominique Lorrain président le comité d'éthique de la recherche de la faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Vous pourrez la rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat en composant le numéro suivant : 819-821-8000, poste 62644 ou par courriel à cer_lsh@usherbrooke.ca :

Consentement libre et éclairé :

Je, _____ (nom en lettre moulées), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer à cette recherche en psychothérapie,

Nom _____

date _____

Fait à _____

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que mon directeur de recherche, le chercheur collaborateur ainsi que moi-même sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Denise Ouellet étudiante

date _____

Tél. : 819-956-9543 ou 819-770-3127, Courriel : oued@videotron.ca

Fait à _____