

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES STRATÉGIES DE RÉGULATION DE LA HONTE CHEZ DES
PSYCHOTHÉRAPEUTES DE DIFFÉRENTS NIVEAUX D'EXPÉRIENCE
PROFESSIONNELLE DANS UN CONTEXTE D'HOSTILITÉ

ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NANCY SMITH

DÉCEMBRE 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord remercier mon directeur de recherche, M. Marc-Simon Drouin Ph.D., pour son aide précieuse et son écoute empathique à travers les nombreux doutes et questionnements que j'ai eus au cours de cette démarche. Merci pour la confiance qu'il m'a témoignée. Merci également à M. Pierre Plante Ph.D. et M. J. Éric Dubé Ph.D. pour le temps accordé à la correction de cet essai.

Mes sincères remerciements à tous les psychologues-psychothérapeutes ayant participé à notre projet. Je tiens à souligner leur générosité dans le dévoilement de soi et ce, particulièrement dans un contexte thérapeutique difficile.

Un merci tout spécial, à Nadine Murard, Ph.D., mon amie et ma collègue, mais surtout la première à avoir cru en mon potentiel et à avoir appuyé ma candidature au doctorat. Merci à mes amies et collègues de psychologie, Roxanne Aubin et Stella Gurerri pour m'avoir soutenue pendant ce parcours doctoral. Merci à Jean Bégin, statisticien, pour ses connaissances et son aide précieuse à travers les étapes de ce projet doctoral. Je remercie également mes superviseuses cliniques pour leur soutien, leur expertise et leurs conseils judicieux au cours de mes stages.

Merci à Nathalie et Geneviève, pour leur amitié et leurs encouragements pendant les moments plus difficiles de ce projet de réorientation de carrière.

Enfin, Éric, merci pour ton soutien et surtout ta grande disponibilité pour notre famille qui m'auront permis de me développer et m'accomplir aux plans personnel et professionnel. Merci à vous mes trois amours, Félix, Justine et Antoine, pour votre patience et votre compréhension pendant ce long chemin qu'a été mon doctorat.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	iv
RÉSUMÉ.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I CONTEXTE THÉORIQUE.....	6
1.1 L'efficacité thérapeutique	7
1.1.1 La personne du psychothérapeute.....	9
1.2 Différentes phases de développement professionnel.....	12
1.3 Fonction et régulation des émotions.....	14
1.3.1 Les émotions et les différentes stratégies de régulation.....	14
1.3.2 La régulation émotionnelle en psychothérapie.....	16
1.4 L'hostilité du client	20
1.5 La honte	23
1.5.1 La honte chez le psychothérapeute.....	24
1.6 La conscience réflexive de soi.....	29

1.6.1 Impact sur les stratégies de régulation.....	31
1.7 La thérapie personnelle du psychothérapeute.....	34
1.8 Objectifs de l'essai.....	36
CHAPITRE II	
ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE.....	37
2.1 Type de recherche.....	38
2.2 Échantillon.....	39
2.3 Procédure.....	40
2.4 Instruments de mesure.....	41
CHAPITRE III	
RÉSULTATS.....	43
3.1 Analyses des données.....	44
3.2 Corrélations.....	48
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	58
4.1 Résumé du projet d'essai doctoral et des résultats obtenus.....	59
4.1.1 Niveau de conscience réflexive de soi et années d'expérience professionnelle.....	60
4.1.2 Niveau de conscience réflexive de soi et stratégies de régulation émotionnelle.....	61

4.1.3 Thérapie personnelle et prendre soin de soi-même.....	63
4.1.4 Thérapie comme stratégie de régulation émotionnelle.....	64
4.1.5 Prendre une pause ou mettre fin à la séance ou référer à un autre psychothérapeute....	65
4.1.6 Dévoilement de soi (son ressenti).....	68
4.1.7 Effets comportementaux de la psychothérapie personnelle et réaction hostile.....	69
4.1.8 Effets émotionnels et avoir recours à la supervision ou consulter des pairs.....	71
4.1.9 Traitement de la honte et ne pas prendre de pause ni mettre fin à la séance.....	71
4.1.10 Années d'expérience professionnelle et s'engager dans un mode réflexif	73
4.1.11 Se servir de sa conscience réflexive de soi.....	74
4.1.12 Supervision clinique ou consulter ses pairs.....	74
4.1.13 Ressasser après la séance.....	75
4.2 Implications pour la profession.....	76
4.3 Limites de l'étude.....	78
4.4 Pistes de recherches futures.....	82
CONCLUSION.....	83

APPENDICE A	
TABLEAU A.8 CORRÉLATIONS ENTRE CERTAINS ASPECTS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PERSONNELLE ET LES STRATÉGIES DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE.....	86
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	89
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRES.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	106

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau et figure	Page
1.1 La honte en contexte psychothérapeutique selon la conception théorique de Schore (2002).....	25
1.2 Intégration théorique des Modèles de Skovholt et Rønnestad (1992) et de Williams et al. (2003).....	31
1.3 La psychothérapie personnelle du psychothérapeute Norcross (2007) comme variable médiatrice entre les années d'expérience et les stratégies de régulation émotionnelle.....	35
3.1 Description des caractéristiques de l'échantillon.....	46
3.2 Corrélations entre les stratégies de régulation émotionnelle et la récence du souvenir.....	47
3.3 Moyennes d'utilisation des stratégies de régulation émotionnelle (variables continues).....	49
3.4 Pourcentages d'utilisation des stratégies de régulation émotionnelle par les psychothérapeutes (variables dichotomisées).....	50
3.5 Corrélations entre certains aspects de la thérapie personnelle, l'expérience clinique, et certaines stratégies de régulation émotionnelle.....	54
3.6 Corrélations entre l'expérience clinique, la conscience réflexive de soi et les stratégies de régulation émotionnelle.....	56
3.7 Corrélations entre l'expérience clinique et certains aspects de la psychothérapie personnelle.....	57
A.8 Corrélations entre certains aspects de la thérapie personnelle et les stratégies de régulation émotionnelle.....	86

RÉSUMÉ

Selon la théorie proposée par Rønnestad et Skovholt (1992), mieux comprendre la façon dont le thérapeute parvient à harmoniser la gestion des difficultés et ses expériences de croissance dans la relation thérapeutique est fondamentale. Cela constitue pour ces auteurs l'une des pierres angulaires du développement professionnel du psychothérapeute. Par exemple, réussir à contenir et à réguler la charge émotionnelle transmise par le client, tout en la différenciant de sa propre régulation émotionnelle, est un défi de taille au sein du processus thérapeutique. La façon dont il parvient à réguler certaines réactions en lien avec le sentiment de honte à même d'être ressenti face au comportement hostile d'un client demeure le phénomène principal à l'étude dans cet essai.

Les questions exploratoires suivantes ont été posées en vue d'apporter un éclairage à ce phénomène : 1) Face au sentiment de honte, le niveau de conscience réflexive de soi des psychothérapeutes varie-t-il en fonction des années d'expérience professionnelle? ; 2) Une différence au niveau de la conscience réflexive de soi lors d'un contexte de honte et d'hostilité entraîne-elle des stratégies de régulation émotionnelle privilégiées?; 3) Les expériences de psychothérapie personnelle ont-elles un lien avec le type de stratégies de régulation émotionnelle utilisées?; 4) Y a-t-il un lien entre les années d'expérience professionnelle et les stratégies de régulation émotionnelle?; 5) La conscience réflexive de soi et l'expérience de thérapie personnelle sont-elles des variables médiatrices dans la relation entre les années d'expérience et les stratégies de régulation émotionnelle?

L'étude a été conduite auprès de 57 psychologues-psychothérapeutes québécois provenant de milieux professionnels et d'allégeances thérapeutiques variés.

Un schème corrélationnel a été utilisé pour explorer les différentes relations entre le développement professionnel, les stratégies de régulation émotionnelle, la honte ressentie, la conscience réflexive de soi, et la psychothérapie personnelle. Plusieurs corrélations significatives sont ressorties entre les expériences de thérapie personnelle et différentes stratégies de régulation émotionnelle utilisées par le thérapeute, notamment le fait de ne pas prendre de pause ni de mettre fin à la séance avec un client hostile ou d'exprimer de l'hostilité envers le patient. Enfin, les implications professionnelles et les limites de cette étude sont discutées et des pistes de recherches futures sont proposées. Une conclusion générale suit le tout.

Mots-clés : Développement professionnel, psychothérapeute, régulation émotionnelle, honte, hostilité, conscience réflexive de soi, thérapie personnelle

INTRODUCTION

L'avènement de la Loi 21 au Québec qui régit le titre de psychothérapeute et les actes réservés qu'il comporte entraîne un contexte de remise en question de la profession. En conséquence, on peut se demander quel sera l'impact des recherches portant sur les traitements validés empiriquement sur le domaine de la psychothérapie. Alors que l'efficacité de la psychothérapie n'a jamais autant intéressé les institutions de la santé, les employeurs aux prises avec des employés souffrant de troubles psychologiques ou encore les compagnies d'assurances qui remboursent les coûts des soins psychothérapeutiques, la recherche sur l'efficacité thérapeutique et le processus thérapeutique nous apprend que la variance au sein des résultats est davantage expliquée par la personne du thérapeute que par l'approche thérapeutique et les techniques utilisées (Norcross et Lambert, 2006; Wampold, 2001, 2007). En effet, la personne du thérapeute influence de façon significative l'issue de la thérapie, mais aussi le processus en soi. Or, lors de la formation des futurs psychologues et tout au long de la formation continue des psychologues en exercice, peu d'attention est portée actuellement à leur histoire antérieure, aux enjeux précoces qui contribuent à leur expérience subjective et qui pourraient entraver la pratique et la réussite de la psychothérapie (Norcross, 2005).

Dans une réflexion portant sur l'efficacité thérapeutique et la formation professionnelle des psychothérapeutes, (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon. (2004) soulignent le nombre restreint d'études s'intéressant aux qualités et attributs des psychothérapeutes efficaces. Selon eux, la quête de compétence technique de l'étudiant comme du psychothérapeute peut expliquer ce manque d'intérêt en regard de la variance dans les résultats due à la personne du thérapeute. Face à une profession caractérisée par l'ambiguïté et la complexité, on peut être tenté de rechercher des certitudes pour parer aux sentiments d'impuissance et d'incertitude parfois éprouvés par les psychothérapeutes. Cela peut être rassurant de s'intéresser davantage aux aspects techniques et théoriques du processus qu'aux aspects relationnels. Ce faisant, les

ateliers cliniques portant sur le savoir et le savoir-faire sont davantage recherchés, mais les résultats attendus quant au rétablissement du client n'étant pas toujours atteints, nombre de psychothérapeutes se retrouvent aux prises avec un sentiment d'incompétence (Lecomte et al., 2004)). Cela dit, la recherche sur les processus et les variables associées à la personne du thérapeute représente un univers complexe et difficile à étudier (p.ex. des difficultés de recrutement et des défis méthodologiques de taille) où les résultats robustes et récurrents peuvent être difficiles à faire ressortir (Beutler et al., 2004). De ce fait, le présent projet n'a pas pour objectif de démontrer des liens causaux entre ces variables, mais plutôt de les explorer afin de souligner des aspects importants devant être pris en compte pour la formation des futurs psychothérapeutes. De plus, comme l'efficacité thérapeutique est fortement reliée à la relation thérapeutique (Norcross et Lambert, 2006), la présente recherche s'intéressera au processus thérapeutique sous l'angle de la régulation émotionnelle du psychothérapeute.

Au plan intersubjectif, on peut s'interroger à propos de cet échange singulier et à la fois intime qui a lieu entre deux êtres humains lors de la psychothérapie. Par exemple, de quelle façon deux individus parviennent-ils à réguler leur expérience interne et à s'influencer mutuellement au sein d'une interaction où l'un des membres de la dyade souffre de détresse psychologique? Or, la régulation de l'expérience interne est un processus important dans la relation thérapeutique et ce, pour les deux participants. La régulation émotionnelle prend naissance au sein d'un système relationnel composé des premières figures significatives dans l'entourage du nourrisson et ces structures organisent par la suite les perceptions, les cognitions et les émotions que l'être humain éprouvera dans sa vie adulte (Banai, Mikulincer et Shaver, 2005; Bateman et Fonagy, 2011; Davidson, 2000 ; Hilliard, Henry, et Strupp, 2000; Greenberg, 2008; Safran et Muran, 2000; Schore, 2003). En effet, plusieurs individus manifestant de la détresse psychologique rapportent avoir vécu des relations précoces caractérisées par des mécanismes dysrégulés au plan émotionnel découlant d'enjeux relationnels précoces (Beebe et Lachman, 2002). Comme dans le système parent enfant, l'amélioration en thérapie passe par une interaction où le thérapeute offre au client un contexte où il pourra retrouver une meilleure régulation émotionnelle. Puisque le thérapeute doit offrir un contexte qui s'apparente à celui de type « parent enfant » (Schore, 2003), il est

pertinent que la recherche sur les processus thérapeutiques s'intéresse à la régulation affective du psychothérapeute. Dans cette relation asymétrique qu'est le processus thérapeutique, on peut se demander dans divers contextes, particulièrement ceux étant chargés sur le plan affectif, de quelle manière le psychothérapeute parvient à réguler sa propre expérience émotionnelle en vue de l'utiliser au service de la relation thérapeutique plutôt qu'au détriment de celle-ci. En effet, non seulement les clients, mais aussi les psychothérapeutes rapportent vivent des émotions négatives en psychothérapie (Miller et Draghi-Lorenz, 2005; Pine, 1995).

Parmi les émotions plus difficiles à réguler en contexte interpersonnel et potentiellement incapacitante et déstabilisante se trouve celle de la honte (Hahn, 2000), un phénomène universel vécu tant par les thérapeutes que les clients (Miller et Draghi-Lorenz, 2005; Pine, 1995). Dans le but d'apporter un éclairage nouveau sur les mécanismes de régulation émotionnelle de la honte du psychothérapeute en lien avec son développement professionnel, ses capacités de conscience réflexive de soi et ses expériences de thérapie personnelle, une étude quantitative a été menée auprès de psychologues québécois de divers milieux professionnels, d'allégeances théoriques diversifiées et de différents niveaux d'expérience professionnelle. Le choix des variables a été guidé par une question centrale, soit l'exploration des mécanismes de régulation émotionnelle du psychothérapeute.

Plus spécifiquement, afin de mieux comprendre comment cette capacité à réguler ses propres émotions en tant que psychothérapeute peut varier au fil du développement professionnel, l'émotion de honte en particulier a été sélectionnée pour cette étude. En effet, la honte vécue lors du processus thérapeutique a un potentiel déstabilisant et possiblement dévastateur pour le développement professionnel d'un nouveau thérapeute et d'un thérapeute d'expérience (Alonso et Rutan, 1988; Harder et Greenwald, 2000; Resnick, 1997; Tangney, 1995). De plus, cette émotion fait partie intégrante de la grande majorité des processus thérapeutiques, et elle est au cœur de bien des relations thérapeutiques complexes et difficiles (Orange, 2008). Dans la présente étude, c'est la honte ressentie par le thérapeute face au client hostile qui est d'intérêt. La définition retenue pour étudier la honte est la suivante : Avoir le sentiment d'être inadéquat, indigne et peu aimable et se percevoir incompetent

relativement à certaines normes au sein d'un groupe social ou se sentir menacé dans sa relation à autrui. Notons que la honte du psychothérapeute est également considérée comme une expérience émotionnelle qui pourrait avoir des origines en lien avec son histoire personnelle. Parmi les situations thérapeutiques susceptibles de favoriser l'émergence de la honte chez le thérapeute se trouve celle où le client se montre hostile envers lui. En effet, l'hostilité du client est un facteur de stress significatif qui peut entraîner un sentiment d'incompétence voire même d'inadéquation chez le psychothérapeute (Deutsch, 1984; Farber, 1979; Matsakis, 1998). Au cœur des difficultés et défis découlant d'un contexte thérapeutique hostile pour la régulation émotionnelle du psychothérapeute on retrouve certaines réactions nuisibles au processus thérapeutique comme des réactions contre-transférentielles d'hostilité, de détachement ou de dépréciation de la part du psychothérapeute (Hill et al., 2003). Les résultats d'une étude auprès de 13 psychothérapeutes expérimentés démontrent que l'hostilité franche dirigée contre le psychothérapeute est plus difficile à recevoir et à réguler qu'une forme d'hostilité davantage implicite de la part du client et que le développement d'une conscience réflexive de soi est essentiel à ce processus de régulation (Hill et al., 2003). Comme la conscience réflexive de soi, qui sera définie plus en détail par la suite, est considérée comme le point de départ de la régulation émotionnelle (Lamboy. Blanchet et Lecomte, 2004), la présente étude l'utilise comme variable indépendante possiblement liée aux années d'expérience professionnelle. Elle est également considérée comme variable médiatrice qui peut qualifier la relation entre les années d'expérience professionnelle et les types de stratégie de régulation émotionnelle adoptés face à la honte qui serait vécue par le thérapeute en réaction à la manifestation d'hostilité du client. Par ailleurs, étant donné que l'expérience de thérapie personnelle du thérapeute est décrite comme une des expériences liée au développement d'une conscience réflexive de soi et de stratégies de régulation émotionnelle plus souples (Norcross, 2005; Orlinsky, Schofield, Schroder et Kazantzis, 2011; Rønnestad et Skovholt, 2001), elle est utilisée comme variable indépendante, ainsi que comme variable médiatrice pouvant qualifier la relation entre les années d'expérience professionnelle et les stratégies de régulation émotionnelle.

Dans le texte qui suit, le contexte théorique sous-jacent aux questions de recherche posées est d'abord présenté. Ensuite, la démarche méthodologique ayant guidé l'ensemble de

cette recherche est expliquée et les résultats obtenus sont rapportés. Une discussion générale reprend l'ensemble des questions exploratoires en lien avec (a) les années d'expérience professionnelle, (b) la honte et les stratégies de régulation émotionnelle qui en découlent, (c) la conscience réflexive de soi, et (d) les expériences de thérapie personnelle du psychothérapeute. Les implications professionnelles découlant de cette étude et ses limites sont discutées. Des pistes de recherches futures sont proposées et finalement une conclusion générale de nos travaux est présentée.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1. L'efficacité thérapeutique

Plusieurs décennies de recherche sur l'efficacité de la psychothérapie ont mis en lumière le fait que ni l'orientation théorique ni l'utilisation de techniques spécifiques ne sont responsables d'autant de variance dans le changement thérapeutique que la personne du psychothérapeute (Blatt, Sanislow, Zuroff et Pilkonis, 1996; Luborsky et al., 1986; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody et Seligman, 1997; Wampold, 2001, 2007). Même si la variance découlant de la qualité de la relation thérapeutique (10%) et de la personne du psychothérapeute (8%) excède la variance découlant des interventions (5 à 8%), ces recherches demeurent plus ou moins considérées dans la formation doctorale des futurs psychothérapeutes (Norcross et Lambert, 2006). En dépit des efforts déployés par les chercheurs pour contrôler les variables associées à la personne du psychothérapeute dans l'amélioration du client, les résultats obtenus ont néanmoins révélé combien le psychothérapeute est un agent central du changement (Lambert et Okiishi, 1997) et que les thérapeutes ne sont pas uniformes ou interchangeable (Kim, Wampold et Bolt, 2006; Wampold et Brown, 2005). Certains psychothérapeutes sont non seulement plus efficaces que d'autres (Crits-Christoph et al., 1991), mais ils font aussi preuve d'une efficacité constante tandis que chez d'autres c'est le contraire qui est observé (Luborsky et al., 1997). Malgré le fait que la personne du thérapeute a été une variable souvent négligée et largement incomprise au sein de la recherche sur la psychothérapie (Beutler, 1997; Lambert, 1989; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien et Auerbach, 1985; Luborsky et al., 1986; Luborsky, Diguier, McLellan, Woody et Seligman, 1997), il apparaît que les thérapeutes moins efficaces sont moins empathiques, se remettent moins en question et ont tendance à être submergés et dépressifs lorsqu'ils traitent des clients difficiles (Lafferty, Beutler et Crago, 1989; Najavits, 2001; Ricks, 1974). D'un autre côté, les thérapeutes plus efficaces ont tendance à faire preuve de plus d'autocritique, à moins blâmer, rejeter ou attaquer leurs clients (Najavits et Strupp, 1994) et sont rapidement perçus par le client comme étant fiables, sensibles et empathiques

(Lecomte et al., 2004). En outre, même si la plupart des psychothérapeutes éprouvent de grandes difficultés dans les situations tendues ou conflictuelles (Binder et Strupp, 1997), les psychothérapeutes efficaces parviennent non seulement à reconnaître l'existence d'une impasse relationnelle (Lecomte et al., 2004), mais aussi à s'engager dans un processus de réflexion et d'exploration de leurs émotions, leurs pensées et leur actions (Lambooy, Lecomte et Blanchet, 2004). Pour leur part, Safran, Muran, Samstag, et Stevens (2002) suggèrent que certains processus spécifiques (p.ex. lorsque le client exprime des émotions négatives et que le thérapeute reçoit cette charge émotionnelle de façon non défensive) jouent un rôle déterminant dans la résolution des ruptures d'alliance entre thérapeute et client. Safran et ses collaborateurs définissent ces ruptures comme des moments de tension au sein de la relation thérapeutique qui peuvent varier en intensité allant de tensions mineures, dont les participants sont vaguement conscients, à des tensions majeures entraînant des ruptures dans la compréhension et la communication entre les participants. Ces ruptures feraient parties des difficultés éprouvées en psychothérapie par le client et le thérapeute et peuvent mener à des fins prématurées ou à l'échec du traitement offert.

Cependant, comme la plupart de leurs résultats ont été obtenus auprès de petits échantillons, souvent auprès de la population étudiante (p. ex. étudiants-thérapeutes aux études doctorales en psychologie) et principalement avec une méthodologie qualitative, des recherches complémentaires sont nécessaires afin d'augmenter la généralisation des résultats, et pour clarifier quels sont les facteurs de médiation pouvant favoriser l'acquisition des habiletés pertinentes à la résolution de ces ruptures chez les thérapeutes (Safran, Muran, Samstag et Stevens, 2002). Plus récemment, Wampold, Hollon et Hill (2011) ont proposé que les chercheurs investiguent davantage la façon dont la relation thérapeutique se construit et comment elle est réparée lorsque surviennent des ruptures dans le lien, étant donné qu'elle semble être liée à l'issue du processus thérapeutique. Cependant, étudier les différentes dimensions de la relation thérapeutique, et plus particulièrement celles en lien avec la personne du thérapeute, entraîne des défis méthodologiques de taille, par exemple, en ce qui a trait à l'étude des réactions contre-transférentielles et des stratégies de régulation émotionnelle adoptées par le thérapeute.

1.1.1 La personne du psychothérapeute

Selon Lecomte (1999), « tout psychothérapeute, quelle que soit son approche, sera éventuellement confronté à ces impasses thérapeutiques ou à ces situations complexes qui l'amèneront à se questionner sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation avec son client » (p.77). Or, s'il est reconnu que le client et le thérapeute déterminent ensemble la qualité de leur relation, la recherche tend à démontrer que le client attribue souvent le succès de sa thérapie directement au thérapeute et au degré selon lequel ce dernier lui offre une rencontre teintée d'empathie, de soutien et de respect (Norcross et Lambert, 2006). Dans ce contexte, il est pertinent de définir les caractéristiques du thérapeute qui favorisent le développement et le maintien de la régulation de cette relation singulière (Lecomte et al, 2004). Pour Aveline (2005), il est essentiel au processus d'intuition clinique que le thérapeute résonne à ce que le client ressent à partir de sa propre expérience émotionnelle, bien que cela soit souvent un sentiment inconfortable. C'est un des premiers pas en vue de créer un lien significatif entre le client et le thérapeute et la création d'une alliance thérapeutique. Or, pour ce faire, les thérapeutes doivent être en mesure de reconnaître les ruptures d'alliance et de les réparer (Aveline, 2005). Comme les ruptures résultent souvent d'une jonction entre les patterns relationnels du thérapeute et ceux du client (Leahy, 2001; Safran et Muran, 2000; Safran et al., 2002), il est nécessaire pour le thérapeute de développer une conscience réflexive de soi. Cette conscience réflexive de soi lui permet en effet de distinguer les aspects de l'interaction propres à chacun des interlocuteurs. Pour le thérapeute, ceci l'invite à prendre conscience de ses propres biais. Par exemple, des interprétations découlant de ses propres perceptions ou de ses valeurs. Autrement dit, la régulation de l'expérience émotionnelle du thérapeute est centrale au système interactif qu'est la psychothérapie.

La relation psychothérapeutique est essentiellement une expérience correctrice sur les plans relationnel et émotionnel (Delisle 1998; 2004; Greenberg 2008; Mitchell, 1997; Shore, 2003). Ce concept d'« expérience correctrice » se définit comme des expériences où la personne comprend et expérimente au plan affectif un événement ou une relation d'une façon différente et imprévue (Castonguay et Hill, 2012). Dans le développement du nourrisson et

du jeune enfant, la régulation affective se fait en général par la validation de l'expérience affective (Orange, 1995; Schore, 2003). Lorsque l'expérience affective n'est pas validée ou encore invalidée par les parents, l'enfant développe des schèmes émotionnels inadaptés qui perdurent bien souvent à l'âge adulte. Ils doivent donc être réévalués, mais dans le cadre d'une relation qui permettra de valider l'expérience affective invalidée à l'origine et qui est cause des problèmes actuels et passés. Par conséquent, le thérapeute et le client sont des participants actifs dans un processus mutuel de régulation et d'influence verbale et non-verbale (Orange, 1995; Schore, 2003; Sullivan, 1953). C'est essentiellement au cœur de ce processus de validation que se situe l'expérience correctrice en psychothérapie. Dans ce processus, les capacités réflexives de même que les modes de régulation verbales et non-verbales du psychothérapeute peuvent non seulement servir de modèle au client, mais aussi offrir l'environnement sécuritaire dont il a besoin pour développer des modes de régulation émotionnelle plus flexibles (Davis et Hadiks, 1994). Comme la relation thérapeutique est un contexte profondément intersubjectif où le psychothérapeute est appelé à continuellement composer avec sa subjectivité et sa propre expérience émotionnelle en interaction avec celle du client (Bacal, 1998; Beebe et Lachmann, 1994, 2002; Ellman, 1991; Tronick, 1989), il est important de mieux comprendre la façon dont les psychothérapeutes régulent leur propre expérience affective, que celle-ci soit positive ou teintée d'affects négatifs, pouvant aller par moment jusqu'à la détresse.

En effet, la profession comporte plusieurs risques pour le bien-être émotionnel du psychothérapeute notamment : le transfert hostile; la tension émotionnelle répétée; la fatigue de compassion, l'isolement lié aux règles de stricte confidentialité; l'idéal professionnel qu'il pense devoir atteindre. Or, lorsque cet idéal professionnel est critiqué par un client, cela peut entraîner chez le thérapeute des sentiments de dévaluation, d'humiliation et de rejet (Norcross, 2007) ou encore de la désillusion, de l'épuisement professionnel et un sentiment de stagnation (Turner, Gibson, Bennett et Hunt, 2008).

Cependant, cette expérience de régulation affective peut varier selon les différents moments du développement professionnel des thérapeutes. Est-il possible que le niveau d'expérience professionnelle des psychothérapeutes influence leur façon de réguler leurs

expériences émotionnelles? En effet, les thérapeutes expérimentés transposent certaines leçons de leur expérience clinique dans leur vie personnelle. Par exemple, Strupp et Hadley (1979) suggèrent que cette transposition se fait en minimisant l'autocritique, en évitant de se concentrer sur une seule technique thérapeutique et en privilégiant les apprentissages expérientiels et cognitifs dans toutes les sphères de vie (cités par Norcross et Prochaska, 1986a). Dans le cadre d'une série d'études comparatives entre des psychothérapeutes féminines, des conseillères et une population normale de femmes, les psychothérapeutes, face à leur propre détresse, possèdent un éventail de stratégies de « coping » plus diversifiées, avec entre autres la tendance à se tourner davantage vers des relations aidantes comme la psychothérapie personnelle, la supervision clinique ou encore à travers le support informel de collègues (Norcross, Prochaska et Di Clemente, 1986; Norcross et Prochaska, 1986a; Norcross et Prochaska, 1986b). Cependant, la nature de l'échantillon (uniquement des femmes) limite la généralisation de ces résultats. Par ailleurs, Norcross (2000) fait ressortir, au terme d'une étude portant sur les stratégies qu'adoptent les psychothérapeutes pour prendre soin d'eux-mêmes, que lorsqu'ils sont confrontés à leur propre détresse ils sont davantage pragmatiques et éclectiques. En somme, ils ont tendance et ce, peu importe leur allégeance théorique ou thérapeutique, à utiliser divers moyens pour réguler cette expérience.

Enfin, en dépit d'un regain d'intérêt au cours des années 2000, le nombre d'études sur la personne du psychothérapeute demeure restreint (Coster et Schwebel, 1997; Gelso et Hayes, 2007; Hill, Sullivan, Knox et Schlosser, 2007; Najavits, 1997; Thériault et Gazzola, 2005; Williams et Fauth, 2005; Williams, Hurley, O'Brien et DeGregorio, 2003; Williams, Judge, Hill et Hoffman, 1997; Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh et Judge, 2003). Peu d'études quantitatives ont été menées, parmi celles-ci, mentionnons celle de Normandin et Bouchard (1993) qui portait sur les effets de l'orientation théorique et de l'expérience professionnelle sur différents types de contre-transfert. Les difficultés méthodologiques inhérentes à l'étude du psychothérapeute et ses mécanismes de régulation émotionnelle, mais également certaines fausses croyances en lien avec l'uniformité entre psychothérapeutes, peuvent partiellement expliquer ce nombre restreint.

En outre, les travaux de Rønnestad et Skovholt (1992, 2003) sur le soi professionnel du psychothérapeute représentent un effort important pour mieux comprendre l'expérience subjective du thérapeute en lien avec son développement professionnel. Ces études ont exploré ce qui qualifie le développement professionnel et elles ont tenté de voir si les années d'expérience sont en lien avec le développement d'habiletés liées à la conscience réflexive de soi et la régulation émotionnelle. Au terme d'une recherche qualitative à devis transversal et longitudinal auprès de 100 thérapeutes et conseillers, Rønnestad et Skovholt (2003) rapportent les expériences interpersonnelles dans les sphères personnelle (expériences familiales précoces ainsi que la vie personnelle adulte) et professionnelle (les interactions avec les clients, les professionnels d'expérience et les collègues) comme sources d'influence significatives dans le développement professionnel du thérapeute. Il apparaît en effet important de comprendre comment le thérapeute parvient à gérer les défis et les difficultés dans la relation thérapeutique afin de saisir les impacts de cette gestion au fil du temps sur ses expériences de croissance ou de stagnation au plan professionnel. Une meilleure compréhension des phases du développement professionnel des psychothérapeutes pourrait permettre de prévenir les potentielles avenues négatives du développement professionnel comme l'incompétence, le surmenage ou la désillusion et améliorer les modes d'apprentissage souhaités (Rønnestad et Skovholt, 2003).

1.2 Différentes phases de développement professionnel

Afin de mieux comprendre ce qui distingue les thérapeutes à différents moments de leur développement et de leur expérience professionnelle, plusieurs phases de développement ont été identifiées (Rønnestad et Skovholt, 1992, 2003). D'abord, la population des thérapeutes novices a été considérée. Elle est représentée en général par les thérapeutes possédant moins de cinq années d'expérience et est particulièrement pertinente pour étudier la régulation émotionnelle. En effet, c'est au cours de cette période que le thérapeute prend conscience de l'influence de sa personnalité sur son travail. D'ailleurs, la grande majorité des études sur le développement des thérapeutes reconnaît les thérapeutes possédant de 1 à 5 années d'expérience comme un groupe particulier (Goldberg 1986; Orlinsky et Rønnestad, 2005).

C'est durant cette période charnière qu'une réflexion sur ses stratégies de régulation émotionnelle est amorcée par le thérapeute (Rønnestad et Skovholt, 2003). Afin de cibler les difficultés inhérentes aux premières années de pratique, Skovholt et Rønnestad ont étudié le profil du thérapeute novice et ont identifié les facteurs de stress les plus importants à ce stade de la profession, de même que certains modes de régulation utilisés pour y faire face. Parmi ces facteurs de stress, on retrouve: 1) une anxiété de performance aigüe qui ne permet pas d'entrer pleinement en contact avec le client puisque toute l'énergie est utilisée pour l'autorégulation; 2) des frontières émotionnelles rigides ou poreuses qui font en sorte que la responsabilité du psychothérapeute et celle du client sont moins bien délimitées; 3) un « soi-professionnel » incomplet et fragile qui rend difficile l'absorption et la régulation de ce qui est introduit par le client dans la relation, sans chercher à protéger le soi de façon défensive en justifiant ses interventions par exemple.

Différentes sphères d'apprentissage distinguent également les psychothérapeutes novices des psychothérapeutes expérimentés. Parmi celles-ci se trouve l'expérience professionnelle cumulative qui permet à l'anxiété des premières années de s'atténuer et au thérapeute de moins se remettre en question systématiquement et de moins se comparer à un idéal ou à une norme. Le thérapeute expérimenté essaie davantage de comprendre les problèmes avec son client afin d'évaluer des alternatives à l'expérience et au ressenti de ce dernier plutôt que de demeurer centré sur des résultats d'efficacité (Rønnestad et Skovholt, 2001). Au plan professionnel, les thérapeutes expérimentés ont tendance à s'accepter davantage, à être plus confiants et plus humbles face à leur travail et ses limites (Coster et Schwebel, 1998; Rønnestad et Skovholt, 2003). De plus, une conscience réflexive accrue de la complexité du fonctionnement psychique et une capacité à tolérer et à réguler les émotions négatives contribuent de façon significative au développement de leur compétence professionnelle (Skovholt et Rønnestad, 2003). Dans une étude qualitative auprès de dix thérapeutes jugés « experts » par leurs pairs, Jennings et Skovholt (1999) ont identifié ce qui caractérise ces thérapeutes. Sur les plans cognitif, émotionnel et relationnel, les thérapeutes experts sont généralement plus dédiés au bien-être de leurs clients et à leur propre croissance personnelle et professionnelle que les thérapeutes novices. Ils sont plus ouverts au feedback du client. Ils ont une conscience réflexive de soi plus développée et ils font appel à diverses ressources

pour continuer de la développer (p.ex. utilisent la supervision clinique et/ou la thérapie personnelle, consultent leurs pairs). Les thérapeutes experts ont moins peur des émotions négatives vécues par leurs clients puisqu'ils sont parvenus à gérer leur propre détresse. Cependant, certaines expériences affectives, plus intenses ou référant à certaines émotions négatives entre le thérapeute et le client peuvent être plus éprouvantes pour le maintien d'une régulation émotionnelle au service de la relation thérapeutique.

Certaines émotions sont plus difficiles à réguler que d'autres tant pour les thérapeutes novices que les thérapeutes expérimentés. Par exemple, la tristesse et la dépression chez un client sont plus faciles à réguler que sa colère (Matsakis, 1998; Najavits, 2000). Comme l'hostilité peut être une émotion très difficile à accueillir et à contenir en thérapie (Hill et al., 2003; Von der Lippe et al., 2008), il est important, pour cibler les enjeux de la thérapie, de définir précisément la façon dont des psychothérapeutes de différents niveaux d'expérience régulent l'expérience émotionnelle qui émerge face à l'hostilité. Ainsi, lorsque le psychothérapeute est confronté à un client dont l'hostilité pourrait l'ébranler, on peut se demander si le thérapeute expérimenté qui a déjà vécu cet inconfort aura (a) plus de facilité à reconnaître l'émotion que l'hostilité éveille en lui et (b) sera capable de la mettre au service de la relation thérapeutique. Mais auparavant, il est nécessaire de définir et décrire la nature et la fonction des émotions en général, ce qui sera suivie d'une discussion approfondie autour de la régulation émotionnelle au sein de la relation thérapeutique.

1.3 Fonction et régulation des émotions

1.3.1. Les émotions et les différentes stratégies de régulation

Selon Izard et Malatesta (1987), les émotions agissent comme principales forces d'organisation et de contrôle de la conscience, de la conscience de soi et du concept de soi. De plus, les changements qu'elles suscitent affectent différents aspects de notre fonctionnement biologique, psychologique et social (Izard, 1991). Pour Frijda (1986), les

émotions sont des processus aux multiples composantes qui impliquent des changements dynamiques au niveau de l'amplitude, de la durée et du déclenchement de réactions spécifiques sur les plans physiologique, expérientiel et comportemental. Selon lui, les émotions génèrent huit tendances à l'action : l'approche, l'inhibition, le jeu, la dominance, la soumission, l'agression, le rejet et la panique. De plus, parce que les émotions se manifestent de la même façon au cours d'une vie, mais aussi à travers l'évolution de l'espèce, cela permet à l'humain de ressentir de façon vicariante l'expérience de son prochain. D'ailleurs, l'expression de certaines émotions aux plans postural et corporel est rapidement identifiable et peut entraîner le mimétisme et la contagion émotionnelle, soit deux mécanismes associés à l'empathie (Chartrand, Maddux et Lakin, 2005; Gallese et Goldman, 1998; Meltzoff et Moore, 1977).

Selon une approche fonctionnelle de la régulation des émotions, les émotions permettent de résoudre différents problèmes d'adaptation (Ekman, 1992; Izard, 1991), elles facilitent la prise de décision (Oatley et Johnson-Laird, 1987), elles préparent la personne à réagir rapidement sur le plan moteur (Frijda, 1986), et elles fournissent de l'information sur l'interaction continue entre l'organisme et son environnement (Greenberg et Paivio, 2003). De plus, elles nous orientent sur les stimuli importants de l'environnement et nous renseignent sur la façon dont nous nous éloignons ou nous nous rapprochons de nos buts (Clore, Schwarz et Conway, 1994; Damasio, 1994).

La régulation émotionnelle est généralement définie comme la capacité de réduire les émotions négatives, via un contrôle mental et comportemental, en utilisant à la fois les processus conscients et inconscients (Mayer et Salovey, 1995). Ces processus régulateurs peuvent être automatiques ou contrôlés (Philippot et Feldman, 2004) et peuvent affecter l'individu à différentes périodes dans le processus de génération de l'émotion. Pour Greenberg et Paivio (2003), la régulation émotionnelle est un mécanisme permettant la reconnaissance et la gestion d'émotions, qu'elles soient négatives ou positives, dont nous ne pouvons pas contrôler l'apparition. Davidson (1998a), quant à lui, décrit la régulation émotionnelle comme étant un « ensemble de processus servant à amplifier, atténuer ou maintenir la force de certaines réactions émotionnelles ». Les stratégies de régulation

adoptées peuvent varier en fonction du contexte. S'il est parfois utile de réprimer certaines émotions, il peut être inutile voire même nuisible de les réprimer dans un autre contexte (p.ex. une situation de la vie quotidienne versus une séance thérapeutique). D'ailleurs, certaines stratégies apparaissent plus utiles aux processus thérapeutiques, notamment des comportements de coping axés sur le problème ou sur l'émotion ainsi que des comportements d'approche plutôt que des comportements d'évitement, de répression ou de déni. Enfin, la régulation de certaines émotions en contexte thérapeutique est probablement singulière par rapport à un contexte de vie quotidienne.

1.3.2 La régulation émotionnelle en psychothérapie

De nombreux cliniciens ont écrit sur les défis que représente la psychothérapie au plan émotionnel (Jacobs, 1996; Kottler, 2003; Kottler et Carlson, 2003; Orange, 1995; Schore, 2003), et il y a un intérêt grandissant envers les émotions du psychothérapeute dans la littérature (Najavits, 2000). Jusqu'à ce jour, la recherche a permis d'identifier les types d'émotions ressenties par le thérapeute dans le cadre thérapeutique (Miller et Dragi-Lorenz, 2005). Ces types d'émotions ont été catégorisées (Najavits, 1995), rattachées à différentes caractéristiques du thérapeute (Brody et Farber, 1996; Colson et al., 1986; Pope et Tabashnick, 1993), et expliquées via la théorie sur les processus de transfert et de contre-transfert (Hahn, 2000; Najavits et Strupp, 1994). Cependant peu d'études empiriques ont été menées sur les capacités de régulation émotionnelle du psychothérapeute. Ainsi, les relations entre certaines stratégies de régulation émotionnelle et les processus thérapeutiques et le développement de la compétence professionnelle demeurent non explorées. D'un point de vue clinique, Orange (1995) insiste sur le lien entre l'histoire relationnelle du thérapeute et ses modes de régulation. Selon elle, chacun apporte au sein de la dyade, la somme totale de son histoire, de ses interprétations uniques et surtout de sa Gestalt la plus cohérente, la plus tolérable et la moins angoissante. La communication est bidirectionnelle dans la mesure où le psychothérapeute parvient à se centrer sur sa propre expérience émotionnelle, mais aussi à se décentrer de celle-ci en vue de comprendre pleinement l'expérience du client. Schore (2001b), quant à lui, conçoit la régulation émotionnelle du psychothérapeute en thérapie

comme étant sa capacité à réguler la charge émotionnelle provenant du client au sein de la relation inconsciente (p.ex. entre hémisphères droits de chaque cerveau) sur les plans transférentiel et contre-transférentiel. En d'autres termes, il s'agit d'un aller retour entre l'identification projective du client et l'identification introjective du thérapeute au sein duquel une séquence rapide d'interactions affectives réciproques a lieu dans un champ intersubjectif construit par le client et le thérapeute (Tansey et Burke, 1989). L'identification projective se traduit donc dans la façon inconsciente qu'a le client de mettre énormément de pression sur le thérapeute afin qu'il ressente ce qu'il est incapable de mentaliser et pouvoir explorer ses émotions de façon vicariante et mieux se connaître (Sands, 1997a, 1997b). Tant les expressions faciales, que la posture et le ton de voix du thérapeute créent en large partie l'environnement sécurisant et contenant dont le client a besoin pour se déposer en thérapie (Davis et Hadiks, 1994). Schore (2003) compare cette capacité du thérapeute à contenir et à réguler l'émotion aux fonctions de « holding » de la mère suffisamment bonne de Winnicott (1960).

Considérant que la régulation émotionnelle est un mélange de réactions physiologiques et émotionnelles, de cognitions et de tendances à l'action, il est pertinent, dans une perspective de développement professionnel, de mieux comprendre le processus qui permet au thérapeute de prendre conscience des composantes de son expérience émotionnelle. Dans le langage psychothérapique, cela revient à dire que le thérapeute développe sa tolérance face à l'ambiguïté et à l'incertitude afin de rester en mode de « je me questionne » plutôt que de s'engager dans une « activation dysrégulée » à l'image de celle du client. Plus le thérapeute est capable de garder longtemps l'aspect expérientiel de l'état émotif dans sa mémoire de travail et se laisser influencer par ses composantes physiologiques et cognitives, plus la probabilité est grande qu'il perçoive cette expérience subjective comme étant importante et pleine de signification (Gilboa et Revelle, 1994). Cette communication émotionnelle implicite est nécessaire au développement de l'empathie chez le thérapeute. Le psychothérapeute doit être en mesure de porter attention à ses propres mécanismes de régulation tout en participant activement à l'exploration et au développement d'un échange affectif mutuel avec le client. D'ailleurs, au terme d'une étude sur la reconnaissance des émotions et la conscience réflexive de soi du thérapeute, Machado, Beutler et Greenberg

(1999) concluent que l'habileté du psychothérapeute à focaliser sur ses propres processus émotionnels ou à se mettre en résonance face à l'expérience émotionnelle de son client est susceptible de lui fournir de l'information importante au sujet de l'expérience interne de ce dernier et ainsi augmenter sa capacité à reconnaître les émotions qu'il peut ressentir.

Cette capacité exigeante qu'a le thérapeute d'absorber et de réguler des émotions chargées et douloureuses provient d'une plus grande intégration psychologique de son expérience développementale et de son travail fait en psychothérapie personnelle (Stark, 1999). Cette même capacité de régulation fait en sorte qu'il a moins peur que le client des émotions négatives et est moins tenté de les fuir. Plusieurs techniques d'intervention permettent l'utilisation de l'expérience émotionnelle du psychothérapeute pour la mettre au service des besoins du client. (Tansey et Burke, 1989). Ces techniques font appel aux capacités du psychothérapeute à reconnaître son vécu émotionnel, à s'en approcher suffisamment pour s'en servir dans sa relation avec son client ou tout simplement à s'y attarder quelques minutes en se permettant d'y revenir plus tard, puis ensuite se recentrer sur l'expérience du client (Fosha, 2001). D'ailleurs, l'utilisation des processus d'autorégulation émotionnelle est au cœur de plusieurs approches psychothérapeutiques modernes, et fait l'objet d'études importantes en neurosciences (Beauregard, Lévesque et Bourgoin, 2001). D'autres auteurs diront que les écoles psychothérapeutiques sont une source importante d'informations sur les processus reliés à l'empathie et la dimension intersubjective inhérente au processus thérapeutique (Decety et Jackson, 2004). De plus, grâce à la contribution de techniques comme la « neuroimagerie fonctionnelle », on sait à présent que des altérations dans le fonctionnement du cerveau peuvent résulter de traitements psychothérapeutiques réussis (Paquette et al., 2003). Les auteurs Ham et Tronick (2009) suggèrent même que l'expérience psychothérapeutique facilite la reconstruction de schémas relationnels implicites et permet d'élargir la cohérence de l'organisation du soi du client.

La communication au sein du processus psychothérapeutique est composée d'un contenu verbal et non verbal de la part de chacun des participants où le thérapeute reçoit une charge importante de la part du client et ne peut être conscient de tout ce qui s'y communique. Pourtant ce dont le client a besoin est justement d'être reçu dans des zones

obscur et intenses. D'ailleurs, des études en neurobiologie démontrent la rapidité des modes de communication émotionnelle non-verbale qui sont captés de façon inconsciente par l'hémisphère droit du cerveau à l'intérieur de 300-400 millisecondes (Stenberg, Wiking et Dahl, 1998). Ces messages sont captés par l'hémisphère droit d'un des partenaires de l'échange et retransmis à l'hémisphère droit de l'interlocuteur via les expressions faciales. C'est également l'hémisphère droit qui domine dans le contrôle des réactions émotionnelles évoquées spontanément (Dimberg et Petterson, 2000). En neuropsychologie, il apparaît que les traumatismes relationnels précoces, les enjeux d'attachement pathologiques et les défenses d'ordre dissociatives sont emmagasinés et traités dans l'hémisphère droit et que, par conséquent, l'émergence d'émotions fortes en psychothérapie est accompagnée d'une activation hémisphérique droite chez le client (Hoffman et Goldstein, 1981). Dans un contexte psychothérapeutique, ce mécanisme psycho-neurobiologique est particulièrement activé lorsque des ruptures stressantes au sein de la relation surviennent ou lorsque des interventions réparatrices sont mises en place (Beebe et Lachmann, 1994, 2002; Schore, 1994). C'est à l'aide de la compréhension empathique du psychothérapeute qu'à lieu, au sein de la dyade thérapeutique, une co-création de sens où l'expérience multidimensionnelle du client se met en résonance avec celle du psychothérapeute et où la cohérence de son expérience s'en trouve élargie (Greenberg, 1997) de même que sa capacité à s'auto-réguler au plan émotionnel (Elliott, Watson, Goldman et Greenberg, 2004). D'ailleurs, l'empathie, cette capacité à comprendre la réalité du client à travers ses lunettes, « faire comme si », tout en gardant sa propre stabilité au plan émotionnel (Bohart et Greenberg, 1999; Izard, 1991; Rogers, 1957), est décrite largement comme une composante essentielle à la relation thérapeutique (Drouin, 2003; Greenberg et Paivio, 2003).

Le travail thérapeutique peut être mis à rude épreuve lorsque des émotions négatives et des éléments de transferts négatifs sont présents dans la relation entre le thérapeute et le client. Ces émotions négatives ont pourtant tout autant besoin de reconnaissance empathique que les autres émotions afin de trouver leurs résolutions et de toute manière, c'est bien souvent celles qui sont à l'origine de la demande de consultation. Dans ce cas, il devient primordial pour le thérapeute de tolérer et de gérer cet état négatif qu'il a peut-être déclenché chez le client (Schore, 2003). Il n'est pas étonnant que parmi les éléments stressants

répertoriés dans la profession, l'on retrouve la régulation de la fatigue émotionnelle comme un des plus grands défis pour le psychothérapeute (Kottler, 2003). Selon Kottler, le « mythe de l'invulnérabilité » que certains thérapeutes ont tendance à entretenir doit être dénoncé afin de contrer les sentiments de confusion chez celui qui se sait imparfait et se sent honteux. Une des situations thérapeutiques qui est difficile à gérer est l'hostilité que le client peut exprimer à son thérapeute qui n'y est pas nécessairement préparé. Ce dernier veut offrir une aide et en retour il peut être déstabilisé par l'hostilité que lui manifeste son client.

1.4 L'hostilité du client

Deux formes d'hostilité ont été étudiées au plan empirique, soit une hostilité franche et ouverte de la part du client ou une colère subtile et implicite pressentie par le thérapeute. La littérature, mais aussi l'expérience clinique sur ce thème en psychothérapie suggèrent que les clients utilisent une panoplie de comportements pour exprimer leur hostilité. Ces comportements incluent des remises en question critiques des habiletés professionnelles du psychothérapeute et de son manque de professionnalisme, un discours méprisant envers ses interventions, des propos dénigrants envers la personne du psychothérapeute ou des critiques envers les objectifs de traitement (Hill et al., 2003; Safran et Muran, 2000; Strupp, 1990).

De façon intéressante, les thérapeutes en formation ont plus de facilité à gérer de l'hostilité qui n'est pas dirigée contre eux que de l'hostilité leur étant destinée (Bandura, Lipsher et Miller, 1960). Plus précisément, l'hostilité dirigée contre eux a tendance à générer de l'anxiété et à entraîner un comportement d'évitement face à ce type d'interaction. Les psychothérapeutes rapportent alors vivre des difficultés inhérentes à la gestion des sentiments contre-transférentiels (p.ex. l'hostilité) sur le plan comportemental s'ils sont décrits comme ayant des frontières du moi poreuses, un sens de soi faible et un grand besoin d'approbation (Bandura et al., 1960). Mills et Abeles (1965) ont également mis en lumière les difficultés de gestion des sentiments contre-transférentiels si le psychothérapeute a un besoin élevé de prendre soin du client : moins ces enjeux personnels sont résolus, moins les psychothérapeutes sont en mesure de gérer leurs réactions contre-transférentielles de manière

productive en les mettant au service de la relation thérapeutique. Parmi les enjeux personnels rattachés aux besoins d'approbation et un soi vulnérable, le sentiment de honte éprouvé par des psychothérapeutes en bas âge est en lien avec le fait d'avoir des besoins narcissiques non comblés (Hill et al., 1996; Van Wagoner et al., 1991).

D'autres études plus récentes ont également démontré combien l'expression d'hostilité de la part du client peut être menaçante pour des thérapeutes en formation (Davis et al. 1985; Sharkin et Gelso, 1993) et également pour des thérapeutes expérimentés (Von der Lippe et al., 2008). Est-il possible par contre que les thérapeutes expérimentés réagissent différemment à l'hostilité? En fait, les thérapeutes expérimentés peuvent avoir des comportements d'approche envers certaines impasses relationnelles tels que de favoriser l'analyse de ce qui s'est passé et des liens possibles entre ce qui se produit dans la relation thérapeutique et ce qui a lieu ailleurs dans d'autres relations (Hill et al. 1996), mais ils peuvent également au long cours devenir de plus en plus troublés si l'hostilité perdure et adopter eux-mêmes des comportements qui tendent à diminuer et dénigrer les propos du client (Von der Lippe et al., 2008). Par contre, les thérapeutes expérimentés seraient davantage en mesure de reconnaître leur contribution à la colère du client, ce qui n'est pas nécessairement un aveu de culpabilité, mais plutôt une reconnaissance d'avoir participé réellement à l'expérience du client (Hill et al., 1996). Cela dit, au-delà des années d'expérience, des différences individuelles peuvent-elles mieux expliquer les stratégies adoptées face à l'hostilité que l'ancienneté ? Certains cliniciens soulignent que divers facteurs peuvent mener à des impasses en psychothérapie, notamment, un mauvais pairing entre les personnalités respectives du thérapeute et du client, le stade de leur vie, leurs enjeux personnels, une alliance inadéquate; des commentaires péjoratifs de la part des clients ou les erreurs du thérapeute (mauvais diagnostic ou interventions inappropriées) (Atwood et al., 1989; Hill et al., 1993; Rennie, 1994). On peut se demander également ce qui caractérise les clients hostiles et l'impact que cela peut avoir au sein des interactions thérapeutiques.

Par le biais de la théorie interpersonnelle, Von der Lippe et ses collègues (2008) précisent également que le processus d'internalisation chez les clients est central pour expliquer comment leurs expériences interpersonnelles deviennent des représentations mentales

incluant des principes d'organisation, des scripts et des schémas pour expliquer le comportement social. Dans ce contexte, les individus tendent à se comporter envers autrui en utilisant les mécanismes d'identification découlant de la façon dont ils ont été traités par les êtres significatifs dans leur vie (p.ex. leurs parents). Ce faisant, les personnes s'attendent à ce que leur entourage les traite comme ils ont été traités par les individus significatifs de leur passé via un processus de « récapitulation » (Benjamin, 1974). De surcroît, les gens ont tendance à inviter ce type de comportements par l'entremise de leurs propres identifications. À travers ce mécanisme, appelé « introjection », les individus ont établi une façon d'être en relation avec soi-même qui est analogue à la façon dont ils ont été traités dans le passé (Henry, 1994). Ce phénomène est décrit comme étant une « reproduction » de certains enjeux inachevés au sein du processus thérapeutique (Delisle, 2004). La projection de ces introjects risque d'éprouver la capacité du thérapeute à contenir cette forme d'agression sans contre-attaquer. Or, sa capacité à absorber et à réguler cette charge hostile en observant les effets qu'elle a sur lui (p.ex. émotionnels, cognitifs et comportementaux) et en tentant de se l'expliquer au plan relationnel, peut-elle faire une différence dans la résolution de l'impasse ? Bien des thérapeutes et des théoriciens postulent qu'il faut apprendre à travailler avec les reproductions hostiles si on veut que les clients puissent résoudre leur impasse de contact (Delisle, 2004). Il s'agit là possiblement d'un défi de taille puisque l'hostilité est une émotion négative du client en situation thérapeutique qui peut facilement évoquer une expérience de honte chez le thérapeute qui se sent attaqué dans son sentiment de compétence (Orange, 1995, 2008).

Ainsi, afin de mieux saisir l'impact que différentes émotions peuvent avoir sur les stratégies de régulation en contexte thérapeutique, la honte, une émotion particulièrement douloureuse (Orange, 2008) dont l'expression n'est pas encouragée ou dont l'aveu peut susciter une panoplie de réactions plutôt défavorables dans l'entourage professionnel (Norcross, 2005) et personnel a été choisie. Considérant son impact pénible pour le thérapeute et possiblement sur la qualité de la relation thérapeutique, quand le thérapeute ressent de la honte et qu'il ne parvient pas à la réguler, ceci peut avoir un effet défavorable sur le processus thérapeutique pour au moins deux raisons. D'abord, parce qu'elle est particulièrement contagieuse dans l'interaction (Lewis, 1971), mais aussi parce que si elle

n'est pas conscientisée, elle peut entraîner des réactions défensives chez le thérapeute comme la colère, l'hostilité, l'évitement ou encore le retrait face à la relation (Broucek, 1991; Morrison, 1994).

1.5 La honte

Au plan développemental, la honte est une émotion qui prendrait naissance dans la petite enfance, entre 12 et 18 mois (Amsterdam, 1972; Amsterdam et Leavitt, 1980; Dixon, 1957; Kaufman, 1974; Tomkins, 1963) et plus spécifiquement dans un contexte interpersonnel. Selon la conception de Schore (2003), la honte serait une réaction régulatoire du système parasympathique pour calmer l'excitation trop élevée du petit enfant dans un état de grandiosité qui est réuni avec sa mère après une séparation. La honte surgirait dans l'attente d'une expérience affective partagée où l'enfant expérimente un désaccordage affectif inattendu (p.ex. lorsque sa mère ne lui sourit pas, ne retourne pas son embrassade) ce qui induirait un état de stress. Selon Schore, dans cette phase préverbale de séparation-individuation, ce type de relation d'objet spécifique deviendrait le prototype de l'expérience de la honte. Pour Kohut (1971), la honte serait liée au développement précoce du surmoi. Ces représentations internes de relations significatives seraient requises pour la maturation des systèmes d'autorégulation du surmoi efficaces. L'enfant serait à même de s'apaiser lorsqu'il est au prise avec des émotions inconfortables parce qu'il est parvenu à intérioriser les fonctions auto-régulatoires de sa mère au plan émotionnel. D'autres auteurs se sont intéressés de près à la genèse et à la fonction de la honte au sein du développement socio-affectif pour mieux comprendre sa relation étroite avec les enjeux narcissiques (Broucek, 1982). La honte ferait son apparition dans un stade de développement marquée par une euphorie et une exaltation omnipotentes où le narcissisme est à son apogée (Mahler, Pine et Bergman, 1975).

D'une manière générale, la honte est une émotion douloureuse qui implique une conscience de soi plus élevée, elle entraîne souvent une conscience de soi corporelle (rougissement, tremblements, affaissement des épaules, évitement du regard) plus importante comparativement à d'autres émotions (Izard, 1991; Tangney, 1990). Elle envahit tous nos

sens et nos cognitions et peut motiver le désir de se venger de celui qui nous fait sentir honteux. À l'âge adulte, la honte est susceptible de varier en intensité considérablement d'un individu à l'autre en fonction de différentes situations (Izard, 1991). Sur le plan phénoménologique, c'est une expérience qui entraîne un effet paralysant, donne l'envie de fuir, de se cacher et surtout de se retirer de la relation (Goldberg, 1991, Lewis, 1971; Lindsay-Hartz, 1984; Tangney et Dearing, 2002). La honte devient d'autant plus importante à étudier dans le cadre de la relation thérapeutique car on ne souhaite pas que le thérapeute se retire s'il l'éprouve comme le parent aurait pu le faire par exemple.

Bien que la littérature sur les manifestations physiologiques de la honte présente un certain consensus en psychologie, elle soulève cependant plusieurs aspects controversés aux plans théorique et thérapeutique (p.ex. la honte en tant que cause universelle d'une multitude de troubles mentaux ou autres enjeux psychologiques tels, l'estime de soi et l'identité, pour en savoir plus voir Resnick, 1997). La honte, en tant qu'émotion complexe et troublante, peut être camouflée par d'autres émotions comme la rage, la dépression ou des attitudes comme le blâme et le déni (Lewis, 1971). Elle peut aussi apparaître sur un continuum allant de la gêne vers l'embarras à la honte proprement dite (Tangney et Dearing, 2002). La personne qui a honte a le sentiment d'être inadéquate, indigne et peu aimable. Elle se perçoit incompétente relativement à certaines normes de son groupe social ou se sent menacée dans son lien d'attachement à autrui (Lynd, 1958; Shott, 1979) ou encore elle évalue un écart important entre le soi-idéal et le soi-actuel (Arnold, 1960; Goldberg, 1991; Nathanson, 1989).

1.5.1 Honte chez le psychothérapeute

Parmi les émotions très dérangeantes ou déstabilisantes pour le thérapeute, nous retrouvons les sentiments d'incompétence et de doute envers son efficacité (Dryden, 1992). Comme des sentiments d'infériorité et d'humiliation sont au cœur de la honte et peuvent symboliser un échec au plan des relations interpersonnelles, la honte a souvent pour conséquence la rupture au plan relationnel (Jacobs 1996; Lewis, 1971; Schore, 2003). Plusieurs auteurs d'allégeance psychanalytique ont défini la honte comme une émotion

travestie, couvant sous une « rage narcissique » et qui peut entraîner lorsqu'elle est vécue par le thérapeute une rupture profonde de l'alliance au sein de la relation thérapeutique (Goldberg, 1991; Hahn, 2000; Lewis, 1971, 1987; Nathanson, 1989; Schore, 2003; Tomkins, 1963). Dans une recension d'écrits plus récente sur l'expérience de la honte chez le thérapeute Miller et Draghi-Lorenz (2005) rapportent que la nature aversive de la honte peut être telle qu'elle déclenche des mécanismes de défense interpersonnels comme l'évitement, le retrait ou l'externalisation sous forme de blâme ou d'humiliation (Nathanson, 1989; Tangney et Dearing, 2002). Selon Schore (2003), les avancées cliniques au niveau du traitement de la honte (Miller, 1985; Morrison, 1989) démontrent l'importance de retourner la honte à ses origines interpersonnelles dans un processus thérapeutique efficace. Plus spécifiquement, si le client se défend de ressentir la honte en adoptant un comportement hostile, il est possible que par identification projective, le thérapeute ressente cette honte inavouée. Cette expérience émotionnelle se trouve donc à l'interface des expériences subjectives de chacun. Le thérapeute dans ce contexte peut éprouver de la honte parce qu'il se sent critiqué ou dévalué par le client au comportement hostile, et cette expérience peut possiblement trouver ses origines dans son histoire personnelle (p.ex. ses premières relations interpersonnelles significatives).

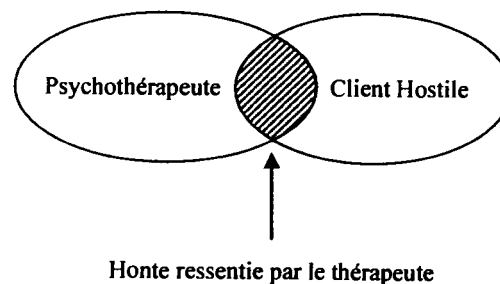


Figure 1.1 La honte en contexte psychothérapeutique inspiré de la conception théorique de Schore (2003)

Selon l'approche gestaltiste, la honte est surtout une rupture du soutien dans le champ et une désorganisation des processus du « soi » (Jacobs, 1996; Resnick, 1997; Wheeler, 1997). Elle sert de limite aux frontières soi-environnement en psychothérapie et entrave la

conscience et le contact avec autrui. Le psychothérapeute autant que le client peut ressentir l'inquiétude dans la relation thérapeutique d'être vu par l'autre dans ses imperfections (Jacobs, 1996). Par conséquent, on peut penser que des réactions hostiles de la part du client envers le thérapeute sont susceptibles de l'ébranler et de générer de la honte. De surcroît, comme la honte est une émotion dont le psychothérapeute a tendance à s'attribuer la cause et à garder secrète, il risque de l'intérioriser sans être en mesure de questionner ce qui lui appartient réellement dans cette critique. (Norcross, 2000). D'ailleurs, Lewis (1971), une des premières à conceptualiser la honte, fait référence au construit de différenciation « *field dependent/ field independent* » pour préciser qu'un individu dont l'orientation est « *field dependent* » ne distingue pas entre lui et autrui au plan perceptuel et que le regard de l'autre est complètement intériorisé. Si l'autre le critique (p.ex. en se montrant hostile) cela est perçu comme un commentaire qui englobe sa personne au complet, sans distinction pour ce qui pourrait appartenir à l'autre. Un thérapeute dans un moment difficile du processus thérapeutique peut être sujet à ce type de traitement de son expérience émotionnelle.

La recherche sur les processus thérapeutiques révèle plusieurs sentiments découlant de l'expérience de la honte comme le sentiment d'incompétence ou d'inadéquation sans pourtant les nommer clairement comme étant de la honte (Hess, Knox et Hill, 2006; Thériault et Gazzola, 2005, 2009). Ces recherches qualitatives soulignent l'ampleur que peut prendre le « sentiment d'incompétence » tant chez des thérapeutes novices qu'expérimentés (Thériault et Gazzola, 2006; Thériault, Gazzola et Richardson, 2009). Un sentiment qui s'exprime par une perte de confiance de la part du thérapeute envers son jugement, ses habiletés et son efficacité. Deux types de sentiment d'incompétence sont décrits : le premier est un sentiment transitoire tandis que le deuxième est un sentiment plus intense et dommageable. Ce dernier suscite des questionnements chez le thérapeute non seulement sur la profession, mais sur l'identité, sur des aspects du « soi » tels que ceux associés à la honte. Considérant le caractère tabou et partagé de la honte au sein de la relation thérapeutique (Livingston et Farber, 1996; Van Vliet, 2008) et étant donné l'absence de discussion autour de cette expérience émotionnelle dans la formation de futurs psychothérapeutes (Hahn, 2000; Miller et Draghi-Lorenz, 2005; Pope, 1996; Thériault et Gazzola, 2005, Thériault et al., 2009), il apparaît

pertinent d'étudier cette émotion, en particulier dans un contexte de développement de la compétence professionnelle.

Cette avenue apparaît d'autant plus intéressante si l'on tient compte de l'idée répandue qu'il existe encore au sein de la profession le mythe du « thérapeute empathique générique » (Lecomte, 1999). Ce thérapeute mythique qui, selon Miller (1997), a jadis été un enfant doté de qualités, de sensibilité et d'empathie au service des autres tout en désavouant ses propres besoins, voire sa propre subjectivité (cité par Lecomte, 1999). Cette croyance du thérapeute ayant des habiletés relationnelles innées entraîne une certaine idéalisation du rôle du psychothérapeute et de sa capacité à mieux réguler ses émotions que la moyenne des gens (Deutsch, 1985; Norcross, 2005). Elle fait poindre l'idée qu'un thérapeute n'a pas à développer ses capacités à autoréguler ses émotions, et que ces stratégies se font naturellement, sans nécessité d'une formation particulière.

Pourtant des écrits sur les facteurs qui contribuent au fait de choisir la profession de psychothérapeutes font ressortir des expériences précoces et significatives de pertes chez les thérapeutes de même que des blessures narcissiques pouvant entraîner des difficultés aux plans de l'intimité, de la dépendance et de la séparation, mais également des enjeux de contrôle, de don inconditionnel de soi et du besoin que les autres aient besoin de nous (Barnett, 2007). Norcross et Farber (2005) quant à eux proposent que les psychothérapeutes choisissent cette profession principalement pour deux raisons: d'abord pour se soigner et régler leurs problèmes émotionnels (Sussman, 1992; citée par Norcross et Farber, 2005) et se développer au sein d'un contexte profondément relationnel et intime en aidant autrui. Ils sont conscients à divers niveaux du pouvoir guérissant de la relation interpersonnelle. Toutefois, ce besoin de prendre soin d'autrui serait relié de près à des sentiments de honte et d'insécurité. Ainsi, certains psychothérapeutes seraient susceptibles de sacrifier leurs propres besoins afin d'éviter de perdre certains clients, tout comme ils se sont sentis contraints de prioriser les besoins de leurs parents avant les leurs en vue de se sentir en sécurité (Barnett, 2007).

Puisque la honte est au cœur de l'expérience thérapeutique de plusieurs patients, elle risque de générer beaucoup d'inconfort au plan transférentiel (Orange, 2008). D'un autre côté, ceci nécessite un travail émotionnel personnel de la part du thérapeute pour d'une part tolérer cette expérience, et d'autre part s'en servir pour délimiter les frontières entre soi et l'autre, ce qui nous ramène au processus de séparation-individuation (Lee et Wheeler, 1996; Resnick, 1997). Dans ses écrits sur le contre-transfert et l'identification projective, Heimann (1950) soulève l'importance des émotions et des processus inconscients du thérapeute dans la compréhension du client. Elle soutenait que le ressenti du psychothérapeute était en fait bien plus proche de la problématique vécue par le client que son raisonnement intellectuel en tant que tel. La perception inconsciente que le thérapeute a de l'inconscient de son client serait plus fine et plus rapide que sa conception consciente de la situation. Cette façon de percevoir les affects du client a fait l'objet de plusieurs écrits sur la notion d' « identification projective » (Delisle, 2004; Tansey et Burke, 1989). Dans cette perspective, on peut penser que l'hostilité projetée par le client découlerait en partie de sa honte, qui serait en retour éprouvée par le thérapeute. Elle devient donc un élément pénible, mais aussi nécessaire à l'immersion empathique du thérapeute dans le monde du client. Cependant, la possibilité d'un dérapage existe si elle n'est pas bien régulée et mise au service du processus thérapeutique. C'est la phase de l'identification introjective nécessaire à la métabolisation de l'identification projective du client (Tansey et Burke, 1989).

Dans le présent projet, la honte est étudiée dans un contexte où l'hostilité du client risque de confronter le psychothérapeute à l'incertitude et au sentiment d'inadéquation (Lecomte, 1999). En vue de mieux saisir comment le thérapeute parvient à réguler cette expérience émotionnelle, une compréhension plus fine de la capacité du psychothérapeute à se prendre comme objet d'observation, aux plans cognitif, émotionnel et comportemental, soit la conscience réflexive de soi s'impose.

1.6 La conscience réflexive de soi

Confronté à l'ambiguïté des émotions ressenties en psychothérapie, la tolérance et la capacité de conscience réflexive de soi du psychothérapeute sont des pré-requis pour comprendre et utiliser ses propres réactions de façon thérapeutique (Gelso et Hayes, 2007). Ainsi, un contexte où le thérapeute ne parvient pas à réguler adéquatement ses émotions peut générer des ruptures d'alliance (Ackerman et Hilsenroth, 2001; Safran et Muran, 1995), occasionnant ainsi des impasses relationnelles. Ces dernières peuvent mener à différentes issues dont une attitude hostile de la part du client, le retrait, l'évitement ou l'abandon de la thérapie (Lecomte et al., 2004). La conscience réflexive de soi se définit comme le fait de prendre son propre fonctionnement psychique comme objet d'attention et de réflexion (Lamboy, Blanchet et Lecomte, 2004). Ce processus psychique est au cœur d'une « position empathique introspective » (Lecomte, 1999) où le psychothérapeute prend conscience à la fois de ses états internes et de ses stratégies de régulation émotionnelle sur les plans personnel et interpersonnel (Rennie, 1998, 2000; Williams, 2008). Cette conscience réflexive de soi précède l'adoption de stratégies de régulation spécifiques en vue d'aider le processus thérapeutique et permet de grandir au plan professionnel (Williams et al., 1997).

Pour Williams et ses collaborateurs (2003), c'est la « conscience réflexive de soi » et non pas la connaissance de soi au sens large qui les intéresse. En effet, il semble que ce construit n'a pas toujours été défini clairement dans la littérature et qu'il y ait eu confusion entre la conscience réflexive de soi qui survient pendant la séance thérapeutique et la conscience de soi qui réfère à l'ensemble des connaissances que le thérapeute possède sur lui-même. La connaissance de soi est par ailleurs une caractéristique du thérapeute valorisée par la communauté thérapeutique (Coster et Schwebel, 1997). Même si peu de recherches empiriques ont été menées sur la conscience réflexive de soi (Lecomte, 2004; Williams, Hayes et Fauth, 2008; Williams, Hurley, O'Brien et De Gregorio, 2003), les écrits sur le développement professionnel et l'efficacité thérapeutique mettent en lumière l'importance pour le thérapeute d'être en mesure d'absorber la charge émotionnelle intense liée aux

processus thérapeutiques tout en régulant ses propres émotions. (Kottler, 2003; Norcross et Guy, 2007; Zeddies, 1999).

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la conscience réflexive de soi rassemble un savoir-être et un savoir-faire qui se développent tout le long d'une carrière (Williams et al., 1997) et qu'il s'agit d'une base centrale au développement de la compétence professionnelle (Bischoff et al., 2002; Hill et al., 2007; Howard et al., 2006; Williams et al., 1997). Cependant, comme cette capacité se développe au fil du temps, on peut s'attendre à certaines différences entre ces compétences chez les thérapeutes expérimentés et novices. En effet, les thérapeutes experts expriment un engagement profond envers la conscience réflexive de soi et ce, plus spécifiquement, envers différents enjeux existentiels, dont la compréhension de leurs besoins physiques et émotionnels (Jennings, Sovereign, Bottorff, Mussell et Vye, 2005). Cet engagement s'inscrit à la fois dans le désir de prendre conscience de ses enjeux inachevés, de ses conflits personnels, de ses mécanismes de défenses et de ses vulnérabilités, et la fois dans le désir de combler ses besoins (Jennings et al., 2005). Toujours d'après ces auteurs, les thérapeutes experts seraient davantage conscients du potentiel d'intrusion de leurs enjeux personnels au sein des processus thérapeutiques avec leurs clients. Par ailleurs, toutes les formes de conscience réflexive ne sont pas égales, certaines apparaissent plus aidantes tandis que d'autres sont davantage nuisibles pour le processus thérapeutique. Par exemple, une conscience réflexive de soi qui tend à distraire le thérapeute et l'entraîner dans un discours intérieur critique, ou qui est à même d'induire de l'anxiété ou de l'ennui peut nuire au processus (Williams et al., 2003) alors qu'un discours intérieur lui permettant plutôt de prendre conscience de ses distorsions cognitives et de son niveau d'anxiété favorise le processus thérapeutique (Nutt-Williams et Hill, 1996).

De plus, l'accordage émotif aux états internes des psychothérapeutes peut fluctuer en intensité au cours d'une session thérapeutique (Williams, 2008). Hill et ses collaborateurs (2007) suggèrent d'encourager et de former les stagiaires en psychothérapie à explorer leurs réactions émotionnelles face à leurs clients afin qu'ils deviennent davantage conscients de celles-ci et de ce que les clients éveillent en eux avec leur différents modes d'interaction. Comme les thérapeutes expérimentés sont plus à l'aise avec leurs réactions émotionnelles en

thérapie que les thérapeutes novices (Brody et Farber, 1996), il est pertinent de mieux comprendre comment ils parviennent à tolérer certaines émotions intenses. Une conscience réflexive de soi plus développée peut-elle influencer la tolérance d'un thérapeute à certaines émotions et quel type de lien peut-on observer entre cette capacité et les stratégies de régulation qui en découlent ? Ultimement, quel peut être l'impact de ce lien sur le processus thérapeutique? La prochaine partie tentera d'éclairer les impacts que peut avoir la conscience réflexive de soi sur les stratégies de régulation émotionnelle.

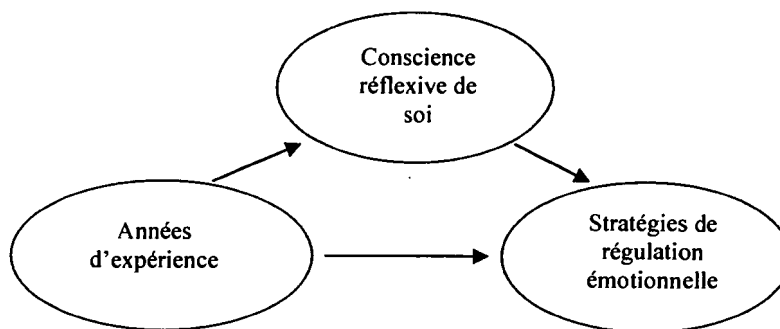


Figure 1.2 Intégration des Modèles de Skovholt et Rønnestad (1992, 2003) et de Williams et ses collaborateurs (2003).

1.6.1 Impact sur les stratégies de régulation

La conscience réflexive de soi joue un rôle déterminant dans le développement de stratégies de régulation plus souples et congruentes chez le psychothérapeute (Williams et al., 2003; Williams et Fauth, 2005; Williams, Hayes et Fauth, 2008). Si la conscience réflexive permet d'avoir un regard à la fois critique et empathique sur ses réactions émotionnelles, comment cela se traduit-il en termes de stratégies de régulation? Devant différentes situations potentiellement déstabilisantes, les thérapeutes en formation tentent de recentrer leur attention sur leur client, de supprimer ou de contrôler leurs émotions et d'utiliser davantage

leur conscience réflexive de soi (Williams, Judge, Hill et Hoffman, 1997). De plus, il est proposé qu'avoir une conscience réflexive de soi accrue et une capacité à se recentrer sur le client compte parmi les stratégies les plus productives dans l'aide offerte au client tandis que la suppression des émotions a pour effet d'entraîner un niveau de conscience de soi « self-consciousness » qui perturbe le processus thérapeutique. Un niveau de conscience de soi élevé est considéré nuisible au processus thérapeutique puisqu'il entraîne soit des comportements d'évitement, soit des comportements de surinvestissement avec le client (Nutt,-Williams et Hill, 1996). Dans les deux cas, ces comportements sont moins efficaces pour l'apprentissage de stratégies de coping (Bandura, Lipsher et Miller, 1960; Cutler, 1958; Gelso et al., 1995; Peabody et Gelso, 1982; Singer et Luborsky, 1977).

Parmi les stratégies de régulation émotionnelle répertoriées, deux types de tendances à l'action retiennent notre attention : une tendance à l'approche ou une tendance à l'évitement. En fonction de différents contextes thérapeutiques, différents types de stratégies risquent d'être utilisées par le thérapeute. À cet égard, il est important d'évaluer le contenu de la conscience réflexive de soi afin de juger de son caractère (Fauth et Williams, 2005). La conscience réflexive d'un contenu qui a trait à des préoccupations extérieures au processus (p.ex. des enjeux personnels) peut être nuisible, tandis que la conscience réflexive d'un contenu lié aux réactions du thérapeute face au processus thérapeutique peut être aidante au processus thérapeutique (Williams et al., 2003). De plus, l'utilisation de stratégies de régulation distinctes chez les thérapeutes expérimentés et novices face à une conscience réflexive de soi gênante pour le processus thérapeutique, s'incarne en particulier lors de l'utilisation des techniques de base telles le reflet, la paraphrase et les questions ouvertes ou encore la suppression de la conscience de soi et l'arrêt de la pensée (Williams et ses collaborateurs, 2003, 2003, 2005a, 2005b). En effet, les thérapeutes novices auraient davantage recours à l'arrêt de la pensée et à la suppression de leurs cognitions ou leurs émotions en s'efforçant de recentrer leur attention sur le client. Notons que l'arrêt de la pensée, étudiée en contexte expérimental, peut être davantage nuisible puisqu'elle a pour effet d'augmenter le focus attentionnel envers le contenu cognitif réprimé (Wegner, 1997). Les thérapeutes expérimentés quant à eux utiliseraient davantage leur capacité réflexive. Ils moins tendus et davantage compétents dans leur habileté à gérer la conscience réflexive

dérangante, tandis que les thérapeutes novices sont davantage conscients de leur anxiété et de leur discours intérieur critique (Williams et al., 2003).

La conscience réflexive de soi apparaît donc, d'un point de vue phénoménologique, comme le premier ingrédient actif d'une régulation émotionnelle plus souple en contexte thérapeutique (Hill et al., 2003). Le fait de prendre conscience de son vécu émotionnel peut être salutaire pour prévenir certaines ruptures relationnelles (Hill et Knox, 2008). En effet, cette capacité qui permet d'abord d'être conscient de ses états internes pour ensuite explorer comment cela se répercute au sein du processus thérapeutique est non seulement nécessaire au développement de la compétence professionnelle, mais également déterminante dans l'efficacité thérapeutique (Fauth et Williams, 2005; Jennings et Skovholt, 1999; Lecomte, 1999). Cependant, il est possible que l'émotion impliquée dans l'état de conscience réflexive de soi ait un impact sur sa portée, certaines émotions peuvent être plus dérangeantes que d'autres. De plus, le contenu des réflexions ou des ressentis lié à la conscience réflexive de soi est peut-être plus important à étudier que la perception que les psychothérapeutes ont du caractère aidant ou nuisible de la conscience réflexive à la relation thérapeutique (Williams et Fauth, 2005). Jusqu'à présent aucune étude empirique ne s'est intéressée à la conscience réflexive de soi d'une émotion en particulier ni à son lien avec les différentes stratégies de régulation adoptées. Pourtant, ceci est pertinent afin de mieux élaborer lors de la formation des psychothérapeutes des stratégies de régulation ciblées selon le type d'émotion. En particulier des émotions négatives comme la honte, à même de menacer l'alliance thérapeutique.

En vue de mieux comprendre l'impact que différentes émotions peuvent avoir sur les stratégies de régulation en contexte thérapeutique, l'on peut se demander également si, au-delà d'une conscience réflexive de soi, d'autres aspects liés au développement personnel et professionnel du psychothérapeute peuvent influencer ce lien, par exemple les expériences de thérapie personnelle du thérapeute. En effet, dans une étude qualitative menée auprès de douze psychothérapeutes ayant une moyenne d'âge de 74 ans, Rønnestad et Skovholt (2001) ont identifié l'impact profond des expériences familiales vécues durant l'enfance et l'adolescence sur le développement professionnel du psychothérapeute. Selon eux,

l'influence de la vie personnelle du psychothérapeute sur son développement professionnel est à la fois évidente et négligée. Cette influence est évidente notamment dans le soutien quasi-universel envers la psychothérapie personnelle du psychothérapeute comme expérience enrichissante dans sa formation professionnelle et sa croissance personnelle. Une expérience qui permet notamment d'intégrer des expériences possiblement humiliantes et de mieux réguler les expériences émotionnelles en découlant (Rønnestad et Skovholt, 2001).

1.7 La thérapie personnelle du psychothérapeute

Au terme d'une revue de littérature sur la thérapie personnelle du psychothérapeute, Norcross (2005) conclut que le mouvement sur les traitements validés empiriquement, les données probantes et la poursuite de la compétence ont créé au fil du temps un écart important entre ce qui est attendu du psychothérapeute au plan technique et sa croissance personnelle en tant que thérapeute. Il suggère que la formation des psychothérapeutes, leur identité, leur santé, et leur capacité à se renouveler sont soutenues par l'expérience de la thérapie personnelle (Norcross, 2005). Actuellement, plus des trois-quarts des professionnels de la santé aux États-Unis ont été en psychothérapie personnelle et ce, à plusieurs reprises (Norcross et Guy, 2005). Cependant, ce taux varie en fonction de l'approche théorique et du genre (Orlinsky et Rønnestad, 2005). Au Canada, 79.2 % des psychothérapeutes consulteraient en psychothérapie personnelle (Orlinsky, Schofield, Schroder, et Kazantzis, 2011).

La recherche sur la psychothérapie personnelle du thérapeute a démontré que les expériences de thérapie personnelle compte parmi les trois sources d'influence positive sur le développement professionnel, après l'expérience directe avec le client et la supervision clinique formelle (Orlinsky, Botermans, et Rønnestad, 2001), mais plusieurs questions demeurent, notamment le fait que ceux qui ont été en thérapie personnelle soient plus efficaces que les psychothérapeutes qui n'ont jamais consulté, ou encore que la thérapie personnelle ait un impact sur les processus thérapeutiques (Norcross, Bike, Evans et Schatz,

2008). Dans le premier cas, les résultats sont équivoques et la recherche gagnerait à devenir plus rigoureuse, davantage contrôlée au plan méthodologique et plus valide écologiquement. Dans le deuxième cas, l'évidence est plus convaincante. En effet, la thérapie personnelle a pour effet d'augmenter les habiletés d'empathie (Wogan et Norcross, 1985) et de développer un comportement plus chaleureux et authentique chez le psychothérapeute (Macran et Shapiro, 1998). D'autres résultats, bien que corrélationnels, laissent croire que la thérapie personnelle suivie par un psychothérapeute pourrait être reliée au développement d'une meilleure conscience réflexive de soi et de stratégies de régulation émotionnelle plus souples (Bike, Norcross et Schatz, 2009; Macran, Stiles et Smith, 1999). Bref, il est possible que certaines stratégies participent à la capacité du thérapeute de réguler son expérience affective.

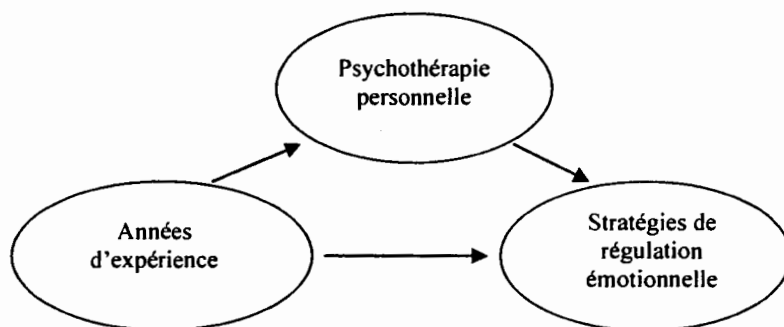


Figure 1.3 La psychothérapie personnelle du psychothérapeute Norcross (2007) comme variable médiatrice entre les années d'expérience et les stratégies de régulation émotionnelle.

Cependant, la recherche empirique sur la régulation émotionnelle du psychothérapeute mérite d'être approfondie. Les écrits de Greenberg et ses collaborateurs (1993, 2002, 2003, 2007), ont éclairé à maintes reprises les processus impliqués dans la régulation émotionnelle des clients, mais très peu ceux impliqués dans la régulation émotionnelle du psychothérapeute. Quant à la littérature sur la honte, celle-ci est riche sur les plans théorique et clinique. De nombreux auteurs ont décrit les aspects phénoménologiques de la honte, ses conséquences au sein de la relation thérapeutique et ses origines d'un point de vue psychanalytique, mais peu de recherches l'ont observée chez le psychothérapeute. Plusieurs études empiriques ont mené ce type de recherche, mais comme elles ont été conduites dans

un cadre expérimental auprès d'une population normale (Tangney et al., 1990, 1995, 1995, 2002), elles ne peuvent donc être généralisées à une population de psychothérapeutes. Mener ce type de recherche soulève en effet plusieurs défis méthodologiques en lien avec la population en soi et les craintes associées au dévoilement de l'expérience intime. De plus, la complexité inhérente au développement des mesures fiables et représentatives du travail thérapeutique est également un enjeu pour ce type de recherche. Enfin, avant d'aborder les éléments de méthodologie, voici les objectifs visés par le présent projet de recherche.

1.8 Objectifs de l'essai doctoral

Le principal objectif de ce projet est d'apporter un éclairage sur les relations entre le développement professionnel, l'expérience de la honte dans un contexte d'hostilité et les stratégies de régulation émotionnelle qui en découlent, la conscience réflexive de soi et les expériences de thérapie personnelle du psychothérapeute. De plus, la présente recherche vise à vérifier si la conscience réflexive de soi et l'expérience de thérapie personnelle peuvent qualifier la relation entre les années d'expérience et les stratégies de régulation en testant un modèle de médiation. En d'autres termes, comment et pourquoi la conscience réflexive de soi et les expériences de thérapie personnelle du psychothérapeute peuvent expliquer la relation possible entre les années d'expérience et les stratégies de régulation émotionnelle de la honte?

CHAPITRE II

ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE II

ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

Dans le chapitre qui précède, nous avons identifié les variables et explicité les objectifs de cette recherche. Dans le présent chapitre, nous tenterons d'expliquer l'ensemble des éléments de méthodologie qui ont encadré cette recherche.

En premier lieu, nous préciserons le type de recherche que nous avons choisi et les raisons motivant ce choix. En deuxième lieu, nous présenterons la population ciblée, l'approche pour recruter les participants, les critères d'inclusion prédéterminés, le nombre de réponses obtenus, les caractéristiques de l'échantillon et finalement la procédure et les instruments de mesure utilisés.

2.1. Type de recherche

Comme la plupart des études mentionnées dans le chapitre précédent ont davantage eu recours à une méthodologie qualitative permettant d'éclairer des aspects idiosyncrasiques du développement professionnel, de la honte et de la régulation émotionnelle, nous avons choisi d'explorer ces phénomènes de manière complémentaire à l'aide d'une méthodologie quantitative. De plus, comme l'expérience de honte chez le psychologue peut être difficile à dévoiler et ce, particulièrement dans le cadre d'une étude portant sur le développement professionnel, le caractère plus anonyme des questionnaires objectifs et la distance relationnelle que cela procure ont été privilégiés dans le choix de la méthodologie (Miller et Draghi-Lorenz, 2005). Ainsi, la présente recherche a pour but d'explorer les différents liens pressentis au plan théorique entre les variables ciblées en mesurant la force de leur relation (le degré d'association entre celles-ci) au plan statistique. En d'autres termes, les aspects nomothétiques plutôt qu'idiosyncrasiques de la régulation de la honte seront explorés

2.2 Échantillon

La présente recherche visait la participation d'au moins 75 psychologues-psychothérapeutes d'approches thérapeutiques diverses. Pour ce faire, la population cible a été sollicitée de différentes façons. Tout d'abord, les participants ont été invités à inscrire leur nom sur des listes lors de conférences ou formations cliniques de regroupements de psychologues existants tels que le Groupe d'Étude sur l'Intersubjectivité et le Centre d'Intégration Gestaltiste. Il leur était demandé d'indiquer s'il désirait participer à la recherche en complétant le questionnaire papier ou le questionnaire informatisé qui leur était fourni. Ensuite des psychologues faisant partie de différentes listes d'envois présentes sur Internet ont été contactés afin de participer à une recherche en complétant le questionnaire papier ou informatisé et en le retournant par la poste ou par courrier électronique (Association des Psychologues du Québec, hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine et ses cliniques externes, Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles et certaines cliniques privées de Montréal et ses environs). Enfin, une annonce a été publiée dans la revue de l'Association des Psychologues du Québec. Dix huit questionnaires papier ont été postés et sept ont été retournés (38,9%). Quarante-cinq questionnaires informatisés ont été envoyés par courrier électronique et quarante-six ont été retournés (54,1%). Dans tous les cas, un formulaire de consentement a été remis et accepté par les participants. Tous les participants ont été informés des mesures visant à préserver l'anonymat et la confidentialité de leurs réponses comme le fait de leur attribuer un code spécifique et de conserver leurs réponses, soit dans un fichier informatique sécurisé à l'aide d'un mot de passe, soit dans un classeur barré.

Des critères d'inclusion ont été prédéterminés et respectés: 1) être membre en règle de l'Ordre des Psychologues du Québec; 2) avoir entre 0 et 45 années d'expérience après l'obtention du permis de pratique. Cinquante-trois psychologues d'origine québécoise provenant de différents milieux professionnels ont accepté de participer au projet de recherche. Six participants ont été exclus de l'étude *a posteriori* parce qu'ils n'avaient aucune expérience de psychothérapie personnelle. Donc, un total de 47 psychologues a été retenu pour cette étude. L'âge moyen des participants était 43,7 ans, 85% étaient des femmes, 15%

des hommes (soit sept hommes). Ce chiffre est représentatif et proportionnel au ratio hommes-femmes existant au sein de l'Ordre des Psychologues du Québec. Des groupes de psychothérapeutes de nombre inégaux en fonction des tranches d'années d'expérience après l'obtention du permis et d'orientation théorique, ont participé à l'étude. L'étendue de cet échantillon en termes d'années d'expérience professionnelle est de 0,1 an à 42,0 ans.

2.3 Procédure

Une enveloppe pré-adressée et préaffranchie a été postée ou un *fichier en pièce attachée* a été acheminé par courrier électronique aux membres des organismes ci-haut mentionnés après que la chercheuse principale ait fait une annonce verbale lors de conférences ou d'ateliers cliniques ou qu'une annonce de recrutement ait été postée sur le site web de l'association par l'entremise d'une liste d'envois. Cette enveloppe contenait : une lettre expliquant les objectifs; les buts visés et les risques minimaux impliqués par l'étude; un formulaire de consentement (Appendice B); le questionnaire de données sociodémographiques incluant les expériences de thérapie personnelle; la question ouverte visant la remémoration d'un souvenir autobiographique et la brève définition de la honte; et les instruments de mesure- SAMS-I et II (Appendice C). Les participants qui ont répondu aux questionnaires informatisés retournaient le formulaire de consentement et les questionnaires dûment complétés par courrier électronique tandis que ceux qui ont choisi de répondre par questionnaire papier retournaient lesdits documents par la poste.

Avant de compléter les questionnaires SAMS, les participants ont été invités à se remémorer pendant quelques minutes, une session thérapeutique au cours de laquelle un(e) client(e) s'est montré(e) hostile et où ils ont ressenti de la honte face aux réactions émotionnelles intenses du client. À la suite de ce rappel de ces souvenirs, ils étaient ensuite invités à rédiger (en quelques lignes) l'événement en soi, en décrivant de façon générale la façon dont ils se sont sentis. Une brève définition de la « *honte* » était fournie par écrit aux participants afin d'éviter toute confusion avec une émotion proche et souvent confondue, par

exemple la culpabilité. Une fois cette tâche terminée, les participants poursuivaient avec les questionnaires SAMS avec comme consigne de se référer à l'événement décrit auparavant pour y répondre.

2.4 Instruments de mesure

Questionnaire socio-démographique. Un questionnaire a été utilisé en vue de recueillir des informations socio-démographiques sur chaque participant. Des questions relatives aux expériences de psychothérapie personnelle issues du questionnaire de Norcross (2007) ont été ajoutées à ce questionnaire en vue d'explorer l'influence de ces expériences sur la pratique du psychothérapeute. Le choix des questions a été fait en fonction des liens théoriques faits entre la psychothérapie personnelle et la régulation émotionnelle du psychothérapeute. Cette tâche avait une durée approximative de cinq minutes (voir Appendice C).

Question ouverte. Une question ouverte a été posée, permettant au participant de décrire brièvement par écrit une session thérapeutique au cours de laquelle il a ressenti de la honte face à l'hostilité d'un client en vue d'obtenir un bref récit autobiographique de quelques lignes. Cette question avait pour but de plonger le participant dans un contexte où se remémorer un tel événement pouvait avoir un effet d'amorçage au plan émotionnel. Dans leur récit il leur était de plus demandé d'inclure le nombre d'années d'expérience qu'ils avaient à l'époque. Cette tâche avait une durée approximative de vingt minutes (voir Appendice C).

Questionnaire sur la Conscience Réflexive de Soi (SAMS- Self-Awareness, Williams et al., 2003). Le questionnaire SAMS a été traduit en français puis retraduit en anglais pour assurer une meilleure validité. Ce questionnaire auto-administré consiste en dix énoncés que le participant doit évaluer à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais » à « toujours ». Dans sa version anglaise, ce questionnaire possède de bonnes qualités psychométriques avec un coefficient de consistance interne de 0,76. Le questionnaire montre une validité convergente satisfaisante avec le questionnaire « Self-Consciousness » (Fenigstein et al., 1975). Sa validité discriminante est également satisfaisante lorsque

comparée avec le questionnaire « *Self-Monitoring* » (Snyder, 1974). Deux énoncés en lien avec l'expérience de la honte, mais également avec une conscience réflexive de soi aidante plutôt que nuisible à la régulation émotionnelle ont également été ajoutés au questionnaire. Ces énoncés ont été élaborés à partir de la littérature sur la honte et les écrits de Nutt-Williams et Hill (1996). Un score global moyen à l'échelle de la Conscience Réflexive de Soi (questionnaire SAMS- II) a pu être calculé en raison de son coefficient de consistance interne de 0,72 (alpha Cronbach). La passation avait une durée approximative de dix minutes (voir Appendice C).

Questionnaire sur les Stratégies de Régulation Émotionnelle (SAMS- Management Strategies, Williams et al., 2003). Le questionnaire SAMS a été traduit en français puis retraduit en anglais pour assurer une meilleure validité. Ce questionnaire auto-administré comprend quinze énoncés évalués à partir d'une échelle Likert en 5 points, soit de 1 (jamais) à 5 (toujours). Dans sa version anglaise, ce questionnaire possède de bonnes qualités psychométriques avec un coefficient de consistance interne de .73. Trois énoncés en lien avec des réactions découlant de la honte de même qu'un énoncé temporel pour vérifier la présence de rumination chez les participants ont été ajoutés au questionnaire. Cette tâche devait prendre environ 10 minutes. Afin de pallier la non-normalité de la distribution des scores de certains énoncés, des scores dichotomiques ont été créés pour représenter l'absence ou la présence d'une stratégie de régulation émotionnelle. Dans notre échantillon, le calcul du coefficient de consistance interne de 0,60 (alpha Cronbach) était inférieur aux normes psychométriques permises pour utiliser un score global. Par conséquent, chacune des stratégies a été analysée individuellement.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 Analyses des données

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. Une analyse descriptive des données et de leur distribution révèle qu'il n'y a pas de données extrêmes univariées.

Les statistiques descriptives (moyennes, écarts-types, nombre et pourcentages) en lien avec l'âge des participants, leur genre, leur origine ethnique, leur niveau de scolarité, leurs années d'expérience clinique, le nombre de fois qu'ils ont consulté en psychothérapie, leur orientation théorique principale et secondaire ainsi que leur lieu de pratique clinique principal sont rapportées au Tableau 3.1.

3.2 Analyses préliminaires

Notons que la variable « années d'expérience clinique » a subi une transformation logarithmique *a posteriori* en raison de l'asymétrie de sa distribution et en prévision des analyses inférentielles subséquentes.

De plus, des analyses corrélationnelles Pearson ont été faites en vue de vérifier si la récence du souvenir, soit les années d'expérience clinique au moment de l'étude moins les années d'expérience clinique au moment de la séance teintée d'hostilité, chez les participants pouvait avoir un lien avec les stratégies de régulation émotionnelle utilisées. Deux relations corrélationnelles significatives ont été trouvées entre la récence du souvenir, dont une relation

positive entre la récence du souvenir et le fait de référer à un autre professionnel et une relation négative entre la récence du souvenir. Ces corrélations sont rapportées au Tableau 3.2.

Tableau 3.1

 Descriptions des caractéristiques
 de l'échantillon

		Participants
Âge (<i>M, ET</i>)	43,7	12,27
Genre (<i>n, %</i>)		
Homme	7	14,9
Femme	40	85,1
Origine ethnique (<i>n, %</i>)		
Caucasien	46	97,9
Autre	1	2,1
Niveau de scolarité (<i>n, %</i>)		
Doctorat/ Autres	11	23,4
Maîtrise	36	76,6
Années d'expérience clinique (<i>M, ET</i>)	13,58	10,58
Orientation théorique principale (<i>n, %</i>)		
Cognitive-comportementale et autres	15	32,0
Humaniste-Existentielle	20	42,5
Psychodynamique/Analytique	12	25,5
Orientation théorique secondaire (<i>n, %</i>)		
Cognitive-comportementale	1	2,1
Humaniste-Existentielle	11	23,4
Psychodynamique/Analytique	12	25,5
Systémique/Familiale	1	2,1
Éclectique/Intégrative	4	8,5
Neuropsychologique	1	2,1
Autre	3	6,5
Nb de fois en thérapie personnelle (<i>M, ET</i>)	2,36	1,17
Lieu de pratique clinique principal (<i>n, %</i>)		
Milieu Hospitalier	14	29,8
Pratique Privée	26	55,3
CLSC	4	8,5
Autre	3	6,4

Tableau 3.2

Corrélations entre les stratégies de régulation émotionnelle et la récence du souvenir

	Récence du souvenir (AEP-AEPS)	
MRC	-0,12	
MR	-0,03	
CST	-0,14	
SCS	-0,04	
PSM-M	-0,25	
TB	-0,002	
RICS	0,12	
SUP	-0,18	
PP	-0,07	
PRP		-0,42*
CP	-0,24	
PV	-0,21	
AP	-0,04	
TR	-0,19	
P/FS	-0,16	
RE		0,43*
HOS	-0,17	
REF	-0,05	
RESS	-0,08	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$.

Note. AEP = Années d'expérience professionnelle; AEPS = Années d'expérience pendant séance; MRC = Me recentrer sur client; MR = M'engager dans un mode réflexif; CST = Centrer sur séance thérapeutique; SCS = Se servir de sa Conscience réflexive de soi; PSM-M = Prendre soin de moi-même; TB = Techniques de base; ICS = Ignorer conscience de soi; SUP = Avoir recours à la supervision Clinique; PP = Psychothérapie Personnelle; PRP = Pratiquer respiration profonde; CP = Coaching personnel; PV = Prendre vacances; AP = Arrêt de la pensée; TR = Technique relaxation; P/FS = Prendre une pause/mettre fin à la session; RE = Dévoiler son ressenti, HOS = Devenir hostile envers client; REF = Référer à autre professionnel; RESS = Ressasser après la séance.

En ce qui concerne les résultats au questionnaire SAMS-Management Strategies, les Figures 3.3 et 3.4 représentent les proportions (moyennes, écarts-types et pourcentages) dans un ordre croissant. Certaines stratégies de régulation émotionnelle ont été traitées comme des variables continues, celles-ci sont rapportées à la Figure 3.3 tandis que d'autres stratégies de régulation ont été traitées comme variables dichotomisées pour des raisons d'effet de plancher puisque la plupart des participants ont répondu « jamais » aux items suivants : « J'ai utilisé l'arrêt de la pensée »; « je suis devenu(e) hostile envers le client »; « j'ai pratiqué des méthodes de coaching »; « j'ai eu recours à la psychothérapie personnelle », « j'ai pris des vacances »; « j'ai référé le client à un autre psychologue »; « j'ai pris une pause ou mis fin à la séance » sont rapportées à la Figure 3.4.

Figure 3.3

Moyennes d'utilisation des stratégies de régulation émotionnelle (variables continues)

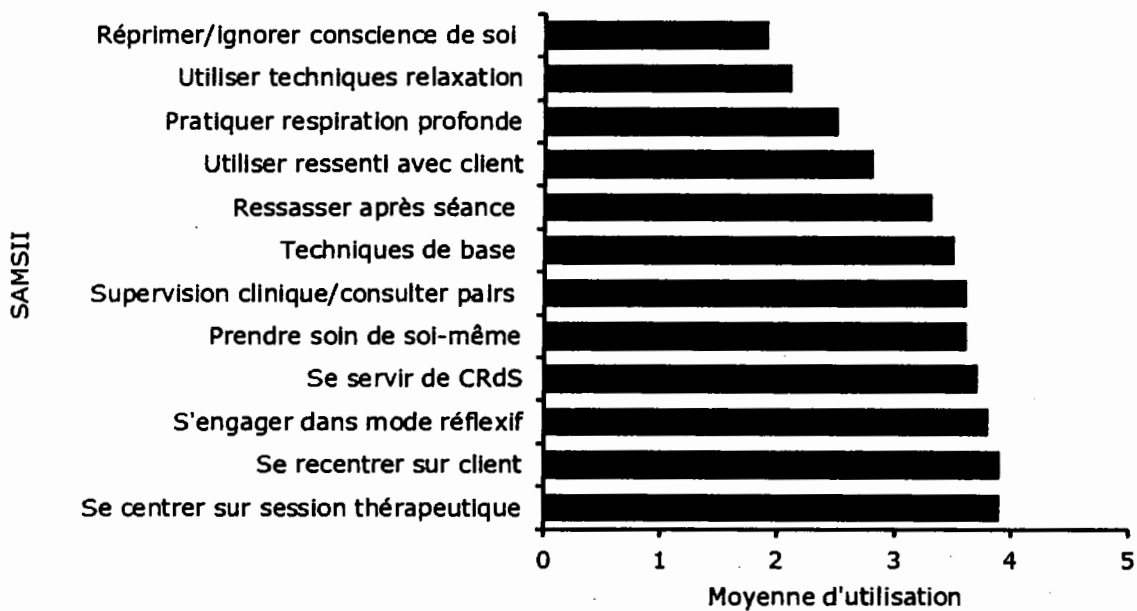


Figure 3.3. Les barres correspondent à la moyenne d'utilisation, sur l'échelle Likert en 5 points, soit de 1 (*jamais*) à 5 (*toujours*), des stratégies de régulation traitées comme des variables continues.

Note. SAMSII = Stratégie de régulation émotionnelle.

Figure 3.4

Pourcentages d'utilisation des stratégies de régulation émotionnelle par les psychothérapeutes (variables dichotomisées)

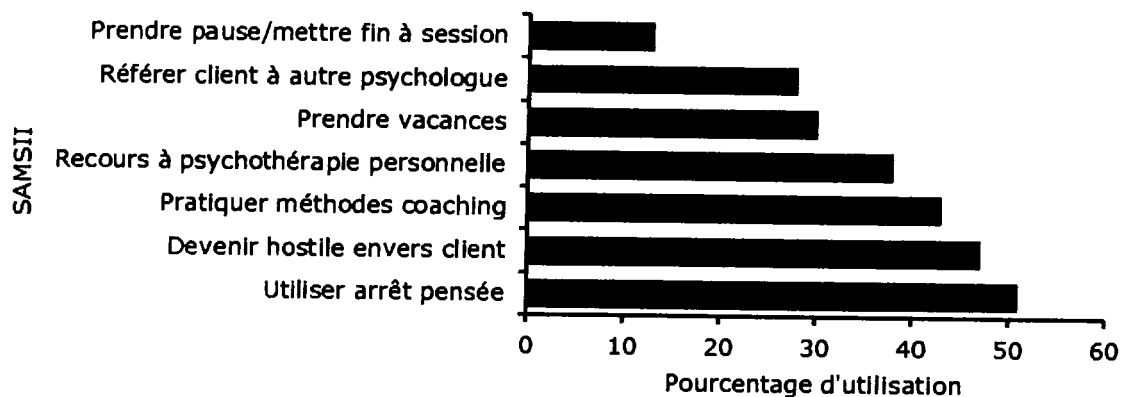


Figure 3.4. Les barres correspondent au pourcentage d'utilisation des stratégies de régulation qui ont été traitées comme des variables dichotomisées en raison des effets de plancher.

Note. SAMSII = stratégie de régulation émotionnelle.

3.2 Corrélations

En vue de répondre aux questions de recherche, des analyses corrélationnelles Pearson ont été utilisées. Leur magnitude est de petite à moyenne ce qui correspond aux résultats généralement obtenus en psychologie. Ces corrélations ont été calculées à l'aide d'un seuil de signification inférieur à $p < 0,05$ et $p < 0,01$.

Dans un premier temps, le lien entre les années d'expérience professionnelles et le niveau de conscience réflexive de soi a été exploré. Le score moyen au questionnaire sur la conscience réflexive de soi était de $M = 3,21$ et l'écart type de $ET = 0,48$. Aucune relation significative n'a été trouvée entre les années d'expérience professionnelle ($M = 13,58$, $ET = 10,58$) et le niveau de conscience réflexive de soi des psychothérapeutes ($r = -0,15$, *ns*).

L'analyse corrélationnelle ne permet de dégager aucune tendance prédominante et ce, en raison d'une distribution diffuse des scores.

Dans un deuxième temps, la relation entre le niveau de conscience réflexive de soi et les stratégies de régulation émotionnelle caractéristiques a été explorée. Si, à première vue, le niveau de conscience réflexive de soi paraît inversement lié à la capacité de se recentrer sur le client $r = -0,20$ *ns* et à s'engager dans un mode réflexif, $r = -0,20$ *ns*, les corrélations obtenues ne permettent pas cependant de conclure à des relations statistiquement significatives entre ces variables. D'ailleurs, aucune autre relation statistiquement significative n'a été trouvée entre la conscience réflexive de soi et les autres stratégies de régulation émotionnelle. L'ensemble de ces relations sont rapportées au tableau 3.6.

Quant à la relation entre les expériences de thérapie personnelle et le type de stratégies de régulation émotionnelle utilisées, il est à noter que les variables sélectionnées ont été choisies en fonction de leur pertinence avec les questions de recherche posées (p.ex. les raisons motivant la thérapie, la forme/modalité de la thérapie, le nombre de fois en thérapie, les effets de la thérapie sur les comportements, les émotions et les cognitions et le traitement de la honte en thérapie). Certaines relations significatives entre différents aspects des expériences de thérapie personnelle et diverses stratégies de régulation émotionnelle sont apparues. Parmi les relations significatives qui sont ressorties, des relations positives entre le fait d'être en thérapie pour des raisons personnelles plutôt que professionnelles et le fait d'avoir eu recours à la psychothérapie personnelle comme stratégie de régulation émotionnelle lorsque confronté à l'hostilité d'un client a été trouvée, $r = 0,60$, $p < 0,05$, ainsi que le fait d'avoir pris soin de soi-même, $r = 0,29$, $p < 0,05$. Par contre, une relation négative a été détectée entre le fait d'être allé en psychothérapie pour des raisons personnelles et le fait de référer à un autre professionnel, $r = -0,32$, $p < 0,05$.

Des relations négatives existent également entre la forme et la modalité de thérapie (thérapie individuelle) et le fait de ne pas prendre une pause ni de mettre fin à la séance avec le client hostile, $r = -0,42$, $p < 0,05$ et de ne pas l'avoir référé à un autre professionnel,

$r = -0,42, p < 0,01$. En fait, les participants qui ont bénéficié d'une thérapie individuelle ont moins tendance à prendre une pause ou mettre fin à la fin ou à référer le client à un autre professionnel.

Par ailleurs, une association négative existe entre le nombre de fois où le psychothérapeute est allé en thérapie personnelle et le fait de dévoiler son ressenti (auto-dévoilement) à son client. Donc, plus le thérapeute a consulté, moins il a tendance à partager son ressenti avec son client, $r = -0,39, p < 0,01$. De plus, une corrélation inverse est ressortie entre les effets bénéfiques que les expériences de thérapie personnelle ont eu sur les comportements et le fait de ne pas avoir recours soi-même à l'hostilité, lorsque confronté à l'hostilité du client. Ainsi, plus la thérapie personnelle a eu des effets sur les comportements du psychothérapeute, moins il a tendance à se montrer lui-même hostile envers son client, $r = -0,37, p < 0,05$. De plus, les effets de la psychothérapie personnelle sur les émotions du psychothérapeute sont reliés positivement au fait d'avoir recours à la supervision clinique ou de consulter ses pairs. En fait, plus la thérapie personnelle a des effets d'amélioration sur le plan émotionnel, plus le psychothérapeute a tendance à avoir recours à la supervision clinique et à consulter ses pairs. Une relation négative entre le fait d'avoir traité la honte en thérapie personnelle et le fait d'avoir pris une pause ou mis fin à la séance thérapeutique a également été trouvée. Ainsi, plus le psychothérapeute a traité différentes expériences de honte lors d'une thérapie personnelle moins il a tendance à utiliser ce type de stratégie de régulation dans un contexte d'hostilité, $r = -0,36, p < 0,05$. De plus, le fait d'avoir traité la honte en thérapie personnelle est relié positivement au fait d'avoir utilisé le recours à la psychothérapie personnelle comme stratégie post séance avec un client hostile. Plus le psychothérapeute a traité la honte en thérapie personnelle plus il a recours à ce type de stratégie lorsqu'il est confronté à un client hostile, $r = 0,39, p < 0,01$.

Enfin, l'analyse corrélationnelle entre les années d'expérience clinique et les stratégies de régulation émotionnelle révèle des relations positives et significatives entre l'expérience clinique et le fait de s'engager dans un mode réflexif, $r = 0,33, p < 0,05$ et de se servir de sa conscience réflexive de soi, $r = 0,32, p < 0,05$ comme psychologue. Une relation négative a également été trouvée entre les années d'expérience clinique et le fait d'utiliser la supervision

clinique, $r = - 0,30, p < 0,05$. Ainsi, plus le psychologue est expérimenté au plan clinique, moins il a tendance à avoir recours à la supervision clinique. Enfin, les années d'expérience professionnelle serait inversement reliées au fait de ressasser après la séance chargée sur le plan émotionnelle avec un client hostile, $r = - 0,32, p < 0,05$. Or, plus le psychothérapeute a cumulé des années d'expérience moins il a tendance à ressasser la séance problématique.

Les corrélations ci-haut mentionnées sont rapportées au Tableau 3.5 (Voir Tableau A.8 en annexe pour l'ensemble des corrélations avec les 19 stratégies de régulation émotionnelle).

Tableau 3.5

Corrélations entre certains aspects de la thérapie personnelle, l'expérience clinique et certaines stratégies de régulation émotionnelle

	PSM-											
	MR	SCS	M	SUP	PP	CP	AP	P/FS	RE	HOS	REF	RESS
Raisons PP	-0,01	0,23	0,29*	0,13	0,60*	0,15	-0,11	0,01	-0,24	-0,11	0,32*	0,13
Forme/modalité	0,17	0,16	0,01	0,01	0,15	0,13	0,08	-0,42*	0,46	0,10	-0,42**	0,13
Nombre de fois en PP	0,14	0,08	0,19	-0,15	-0,02	0,18	-0,01	-0,23	-0,39**	0,02	-0,29	-0,26
Effet (comportements)	-0,01	-0,01	0,02	0,22	0,13	0,26	0,76	0,13	-0,16	-0,37*	0,06	0,13
Effet PP (émotions)	-0,01	-0,09	0,01	0,35*	0,27	-0,26	0,21	0,13	-0,06	-0,23	0,06	0,13
Honte	-0,13	0,09	-0,13	0,91	0,39**	-0,14	-0,19	-0,36*	0,15	0,11	-,050	0,08
Expérience clinique	0,33*	0,32*	0,06	-0,30*	-0,002	-0,16	0,03	-0,10	0,18	0,12	0,24	-0,32*

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

Note. MR = M'engager dans un mode réflexif; SCS = Se servir de sa Conscience réflexive de soi; PSM-M = Prendre soin de moi-même; SUP = Avoir recours à la supervision Clinique; PP = Psychothérapie Personnelle; CP = Coaching personnel; AP = Arrêt de la pensée; P/FS = Prendre une pause/mettre fin à la session; RE = Dévoiler son ressenti, HOS = Devenir hostile envers client; REF = Référent à autre psychologue; RESS = Ressasser après la séance.

En ce qui concerne les relations possibles entre la conscience réflexive de soi et les stratégies de régulation émotionnelle, cette question de recherche comporte deux volets. Le premier étant la possibilité que la conscience réflexive de soi soit une variable médiatrice dans la relation entre les années d'expérience professionnelle et les stratégies de régulation émotionnelle. Les analyses de médiation n'ont pu être effectuées puisque pour qu'il y ait effet médiateur de la conscience réflexive de soi sur la relation entre les années d'expérience et les stratégies de régulation émotionnelle, une première condition est que ces trois variables soient associées de manière significative (Baron & Kenny, 1986), ce qui n'est pas le cas. Les corrélations sont rapportées dans le tableau 3.6.

Tableau 3.6

Corrélations entre l'expérience clinique, la conscience réflexive de soi et les stratégies de régulation émotionnelle

	EPC	CRS
EPC	---	-0,15
CRS	-0,15	---
MRC	0,25	-0,20
MR	0,33*	-0,20
CST	0,25	-0,18
SCS	0,32*	-0,03
PSM-M	0,06	-0,06
TB	0,04	0,10
ICS	-0,13	0,03
SUP	-0,30*	0,07
PP	-0,002	0,001
PRP	0,28	-0,13
CP	0,16	-0,04
PV	0,05	-0,14
AP	0,03	0,07
TR	0,19	0,02
P/FS	-0,10	-0,11
RE	0,18	0,05
HOS	0,12	0,19
REF	0,24	0,005
RESS	-0,32*	0,18

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

Note. EPC = Expérience clinique; CRS = Conscience réflexive de soi;
 MRC = Me recentrer sur le client; MR = S'engager dans un mode réflexif;
 CST = Centrer sur séance thérapeutique; SCS = Se servir de conscience réflexive de soi;
 PSM-M = Prendre soin de moi-même; TB = Technique de base; ICS = Ignorer conscience de soi;
 SUP = Avoir recours à la supervision; PP = Psychothérapie Personnelle; PRP = Prendre respiration profonde; CP = Coaching personnel; PV = Prendre des vacances; AP = Arrêt de la pensée; TR = Technique de relaxation; P/FS= Prendre une pause/mettre fin à la session;
 RE = Dévoiler son ressenti; HOS = Devenir hostile envers client;
 REF = Référer à autre psychologue; RESS = Ressasser après la séance.

Il en est de même pour le deuxième volet de la question, soit que l'expérience de thérapie personnelle soit une variable médiatrice dans la relation entre les années d'expériences professionnelles et les stratégies de régulation émotionnelle. L'analyse corrélacionnelle des années d'expérience professionnelle et de certains aspects de l'expérience de thérapie personnelle (p.ex. les raisons motivant la thérapie, la forme/modalité de la thérapie, le nombre de fois en thérapie, les effets de la thérapie sur les comportements, les cognitions et les émotions et le traitement de la honte en thérapie) n'a pas mis en évidence de relations significatives entre ces variables. L'expérience de la psychothérapie personnelle s'ajoute comme une variable indépendante qui explique sa propre variance, une variance additionnelle. Par conséquent, la première condition nécessaire à l'analyse de médiation selon les critères établis par Baron et Kenny (1986) n'est pas remplie.

L'ensemble de ces relations sont rapportées au Tableau 3.7.

Tableau 3.7

Corrélacions entre l'expérience clinique et certaines expériences de psychothérapie personnelle

	RPP	FM	NFPP	EPC	EPCI	EPE	HON
Expérience clinique	0,23	0,13	0,19	-0,11	0,06	-0,14	0,07

*p < 0,05.

**p < 0,01.

Note. RPP= Raisons pour psychothérapie personnelle (personnelles, professionnelles ou les deux); FM =Forme et modalité de la thérapie (thérapie individuelle, thérapie familiale, thérapie de groupe, thérapie conjugale ou combinaison de formats); NFPP = Nombre de fois en psychothérapie personnelle; EPC= Effet de psychothérapie sur les comportements; EPCI = Effet de la psychothérapie sur les cognitions/insight; EPE = Effet de la psychothérapie sur les émotions; HON = Traitement de la honte en psychothérapie personnelle.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

CHAPITRE I

DISCUSSION

4.1 Résumé du projet d'essai doctoral et des résultats obtenus

Tout d'abord, voici un rappel des questions de recherche afin de discuter des résultats de la présente étude: 1) Face au sentiment de honte, le niveau de conscience réflexive de soi des psychothérapeutes varie-t-il en fonction des années d'expérience professionnelle? ; 2) Une différence au niveau de la conscience réflexive de soi lors d'un contexte de honte et d'hostilité entraîne-t-elle des stratégies de régulation émotionnelle privilégiées?; 3) Les expériences de psychothérapie personnelle ont-elles un lien avec le type de stratégies de régulation émotionnelle utilisées?; 4) Y a-t-il un lien entre les années d'expérience professionnelle et les stratégies de régulation émotionnelle?; 5) La conscience réflexive de soi et l'expérience de thérapie personnelle sont-elles des variables médiatrices dans la relation entre les années d'expérience et les stratégies de régulation émotionnelle?

Les résultats démontrent que, dans l'ensemble, il n'y aurait pas de relation significative entre la conscience réflexive de soi des psychothérapeutes et les années d'expérience professionnelle. Il en est de même pour une relation entre la conscience réflexive de soi et le type de stratégies de régulation émotionnelle privilégiées par les psychothérapeutes, aucun lien significatif n'a été détecté. Par ailleurs, aucun lien significatif n'a été trouvé entre les expériences de psychothérapie personnelle (p.ex. les raisons motivant la thérapie, la forme/modalité de la thérapie, le nombre de fois en thérapie, les effets de la thérapie sur les comportements, les émotions et les cognitions et le traitement de la honte en thérapie) et les années d'expérience professionnelle. Dans ce contexte, des analyses de médiation n'ont pu être effectuées avec les variables de la conscience réflexive de soi et la psychothérapie personnelle du psychothérapeute comme médiateurs entre les années d'expérience professionnelle et les stratégies de régulation émotionnelle. Cependant, plusieurs relations

significatives sont ressorties entre certains aspects de la psychothérapie personnelle du psychothérapeute et une majorité de stratégies de régulation émotionnelle.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée sous un angle empirique à la honte comme expérience émotionnelle du psychothérapeute en contexte thérapeutique. Cette recherche représente donc une approche complémentaire sur le plan méthodologique aux recherches qualitatives sur la honte en psychothérapie. Elle présente également un intérêt particulier pour la formation professionnelle et ce, plus spécifiquement lorsque l'on pense aux aspects tabous de la honte et des réactions contre-transférentielles à l'hostilité au sein de la profession. Dans la discussion qui suit, nous reprendrons chaque question exploratoire en termes de résultats et d'explications possibles en lien avec la littérature. Puis, nous discuterons des implications professionnelles découlant de cette recherche et des limites de l'étude. Enfin, nous aborderons des pistes de recherches futures et terminerons avec une conclusion générale.

4.1.1. Niveau de conscience réflexive de soi et années d'expérience professionnelle

Plusieurs auteurs considèrent la « conscience réflexive de soi » comme étant un élément essentiel dans le développement de la compétence chez le psychothérapeute (Hansen, 2009; Hill, Sullivan, Knox et Schlosser, 2007; Jennings et Skovholt, 1999; Lecomte, 1999; Rønnestad et Skovholt, 2003; Schwebel et Coster, 1998; Skovholt et Rønnestad, 1992; Williams et Fauth, 2005) et une composante nécessaire à la gestion des réactions contre-transférentielles (Gelso et Hayes, 1998). Le psychothérapeute tendrait à améliorer ses interventions en développant au fil des années une curiosité empathique introspective où il prend à la fois conscience de ses expériences subjectives et de ses modes de régulation intrapersonnelle et interpersonnelle (Lambooy, Blanchet et Lecomte, 2004).

À la lueur de ces écrits, nous avons comme hypothèse qu'il y aurait un lien empirique entre les années d'expérience professionnelle et le niveau de conscience réflexive de soi du psychothérapeute. Il est donc étonnant de n'avoir trouvé aucune corrélation entre ces deux

variables. En fait, le score global à l'échelle de conscience réflexive de soi ($M = 3,21$, $ÉT = 0,48$) laisse croire que les psychothérapeutes-participants utilisent parfois ces habiletés et ce, de façon variée en fonction du nombre d'années d'expérience (p.ex. des psychothérapeutes avec 30 ans d'expérience versus 1 an d'expérience ont utilisé la même habileté). D'un point de vue théorique, il est possible que les incompréhensions découlant d'une définition plus ou moins claire du construit *conscience réflexive de soi* tant pour les chercheurs que pour les cliniciens, aient affecté les réponses données au questionnaire (Williams et al, 2003) ou que la conscience réflexive de soi relève davantage d'une disposition au plan de la personnalité du psychothérapeute que du niveau d'expérience en soi (Orlinsky et Rønnestad, 2005). Par conséquent, il pourrait être opportun d'investiguer davantage la personnalité du psychothérapeute afin de tenir davantage compte de ces variables personnelles dans les devis de recherche (Jennings et Skovholt, 1999). Il est aussi possible que les thérapeutes qui ont accepté de réfléchir en répondant aux questionnaires de cette étude soient d'emblée des gens qui réfléchissent à leur pratique et que leur niveau de conscience réflexive soit plus semblable.

Sur le plan méthodologique, on peut se demander si le questionnaire, a seulement interpellé les psychothérapeutes sur ce qui leur était arrivé à ce moment précis de leur carrière plutôt que sur la qualité de leur conscience réflexive en général ou sur le fait que cette conscience réflexive soit une élaboration d'une expérience contre-transférentielle utile au processus thérapeutique.

4.1.2 Niveau de conscience réflexive de soi et stratégies de régulation émotionnelle

Bien que l'absence de relations statistiquement significatives entre le niveau de conscience réflexive de soi dans un contexte d'hostilité et les stratégies de régulation émotionnelle pouvant être privilégiées paraît étonnante à première vue, cela peut être expliqué de diverses façons. Premièrement, il est plausible de croire qu'en situation chargée sur le plan émotionnel, les psychothérapeutes ont davantage tendance à utiliser plusieurs stratégies de régulation plutôt qu'une spécifiquement. Selon Norcross et ses collaborateurs,

les psychothérapeutes possèdent un éventail de stratégies de « coping » plus diversifié que la population en général (Norcross et Prochaska, 1986a, 1986b; Norcross, Prochaska et Di Clemente, 1986). Les résultats de la présente étude convergent avec les travaux de Norcross et ses collaborateurs (1989, 1994, 1995) sur les stratégies de régulation adoptées par des thérapeutes, mais aussi avec ceux de d'autres auteurs (Hill et al., 1996; Williams, Judge, Hill et Hoffman, 1997; Williams et al., 2003) qui ont relevé le fait que les thérapeutes tendent à utiliser une variété de stratégies et ce, même dans un contexte où le processus thérapeutique est étudié à l'aide d'enregistrements audiovisuels post-séance et de grilles de cotation inter-juges. Afin de mieux discriminer quel type de stratégie est utilisé, Williams et Fauth (2005) proposent d'étudier la valence des stratégies de régulation puisque certaines peuvent être jugées aidantes pour certains psychothérapeutes tandis que pour d'autres psychothérapeutes, elles seraient jugées nuisibles. Dans la présente étude, cette option a été considérée (p.ex. séparer les stratégies de régulation émotionnelle en deux catégories distinctes soit aidantes soit nuisibles), après avoir calculé un coefficient de consistance interne (alpha Cronbach) inférieur à la norme exigée, mais afin de conserver des possibilités d'interprétation plus riches, des analyses corrélationnelles pour chaque stratégie ont été choisies.

Deuxièmement, les relations non significatives rapportées peuvent aussi être comprises sous l'angle du choix méthodologique fait dans cette étude. Il est fort possible que des questionnaires objectifs ne puissent rendre la complexité inhérente au processus de régulation émotionnelle intersubjectif ayant lieu en thérapie. Comme le mentionne Williams (2008) dans une réflexion sur les travaux au niveau de la conscience réflexive de soi, la recherche sur les processus, du moins celle guidée par une méthodologie quantitative et qui utilise des instruments de mesure statiques alors que le phénomène à l'étude est dynamique comporte certaines limites. Enfin, dans ce processus relationnel et dynamique où de nombreux aspects intrapsychiques chez le thérapeute peuvent influencer ses réactions, on peut se demander si certaines expériences personnelles, comme sa propre psychothérapie, peuvent être associées aux stratégies de régulation émotionnelle utilisées.

4.1.3 Thérapie personnelle et prendre soin de soi-même

Une relation significative a été décelée entre le fait d'avoir été en psychothérapie pour des raisons personnelles et le fait d'avoir pris soin de soi-même (p.ex. acquérir de bonnes habitudes alimentaires, faire de l'exercice physique ou pratiquer la méditation, développer une bonne hygiène du sommeil) comme stratégie de régulation post-séance. Ce résultat concorde avec certaines conclusions issues de la littérature sur la personne du thérapeute et sur les stratégies qu'il utilise pour diminuer son stress et réguler la détresse qui peut en découler (Brady, Healy, Norcross et Guy, 1995; Coster et Schwebel, 1997; Guy, Freudenberger, Farber et Norcross, 1990; Norcross et Aboyoun, 1994; Norcross et Guy, 1989). En effet, le thérapeute peut puiser dans des stratégies pré ou post séances afin de réguler diverses expériences émotionnelles. Selon Norcross et Guy (2007), prendre soin de soi physiquement, que ce soit en préservant une bonne hygiène de sommeil, en ayant de bonnes habitudes alimentaires, en faisant de l'exercice physique régulièrement ou en pratiquant des loisirs qui procurent de la détente, fait partie des stratégies auxquelles ont recours bon nombre de thérapeutes afin de composer avec les stressseurs inhérents à leur profession (par ex. : posture statique pendant de longues heures, exposition soutenue à des émotions négatives). Pour ces auteurs, le vieil adage « *Mens sana in corpore sano* » (un esprit sain dans un corps sain) devrait faire partie des valeurs portées par les psychothérapeutes. Des sondages effectués auprès de psychothérapeutes ont démontré que 71-78 % d'entre eux pratiquent régulièrement des activités physiques comme le jogging, l'entraînement en gymnase, la randonnée pédestre, le tennis, la natation et le cyclisme (Sherman et Thelen, 1998).

Le lien empirique entre l'exercice physique et la diminution de la prévalence de la dépression, de l'anxiété convergent possiblement avec les effets bénéfiques au plan affectif observés chez les psychothérapeutes (Hayes, 1995). On peut penser que l'exercice physique aurait des effets d'autant plus bénéfiques chez les psychothérapeutes que chez la population en général étant donné les aspects verbaux, non-physiques et sédentaires de la profession. Enfin, il est possible que la psychothérapie personnelle permette au thérapeute de prendre

conscience de l'importance de mieux prendre soin de soi à l'extérieur de son travail pour mieux réguler ses expériences émotionnelles pendant son travail.

4.1.4 La thérapie individuelle comme stratégie de régulation émotionnelle

L'association entre le fait d'avoir suivi une psychothérapie personnelle pour des raisons personnelles plutôt que professionnelles et d'avoir eu recours à la thérapie personnelle comme stratégie de régulation émotionnelle post séance lorsque le psychothérapeute a été confronté au client hostile est démontré à la fois dans les écrits de Norcross et ses collaborateurs (2000, 2005), et ceux de Wiseman et Shefler (2001). Selon Norcross et ses collaborateurs (2000, 2005), l'utilisation des relations aidantes telles la psychothérapie personnelle est associée de façon positive à la capacité à prendre soin de soi comme thérapeute.

L'utilisation de la thérapie personnelle comme stratégie de régulation émotionnelle converge également avec l'étude qualitative de Wiseman & Shefler (2001) dans la mesure où les thérapeutes de leur étude rapportaient utiliser la thérapie individuelle à la fois pour prendre soin d'eux-mêmes, mais aussi s'occuper des aspects plus vulnérables de leur personnalité en vue d'interagir de façon optimale avec leurs clients. En fait, les discours narratifs de leurs participants suggèrent que l'impact de la thérapie personnelle sur le soi professionnel et la façon d'être en relation avec les clients est étroitement lié à l'identité, l'estime de soi, et les habiletés relationnelles du thérapeute. Dans le cadre de la présente étude, il est possible que le psychothérapeute, éprouvé par l'hostilité du client, trouve non seulement une forme d'apaisement dans le fait de se tourner vers la psychothérapie, mais aussi un espace sécuritaire pour s'occuper de son estime de soi ébranlée. Enfin, la forme et la modalité de thérapie personnelle semblent également être associées au fait de prendre une pause ou de mettre fin à la séance avec un client hostile ou de le référer à un autre thérapeute.

4.1.5 Prendre une pause ou mettre fin à la séance ou référer à un autre thérapeute

La relation positive détectée entre le fait d'avoir bénéficié d'une thérapie individuelle et d'avoir moins recours au fait de prendre une pause et/ou ne pas avoir mis fin à la séance thérapeutique tend à converger dans le sens des résultats obtenus par Rizq et Target (2008) sur les impacts de la thérapie personnelle sur la capacité du thérapeute à tolérer davantage certaines expériences émotionnelles négatives du client en raison de la tolérance développée durant sa thérapie envers ses propres expériences émotionnelles négatives. La résolution de certains enjeux relationnels et profondément intersubjectifs, comme les premières expériences d'attachement, durant la thérapie personnelle du psychothérapeute peuvent possiblement expliquer ce genre de résultats (Rizq et Target, 2008).

D'ailleurs, plusieurs définitions du contre-transfert ont été offertes au sein de la littérature sur la psychothérapie, mais un élément commun ressort, soit la nécessité pour le thérapeute de porter attention à ses réactions internes, de tenter de les comprendre pour ensuite les réguler. Or, la conscience réflexive des sentiments contre-transférentiels serait inversement liée à la tendance du thérapeute à se retirer du processus thérapeutique (Robbins et Jolkovski, 1987). Parmi les comportements contre-transférentiels répertoriés, l'on retrouve le retrait de la relation, l'antagonisme et l'hostilité du thérapeute et ce, particulièrement lorsque les confidences du client sont en lien avec des enjeux non-résolus du thérapeute. La littérature est éloquente sur les difficultés inhérentes à la gestion d'émotions négatives telles l'hostilité en psychothérapie et l'ensemble de réactions contre-transférentielles qui en découlent (Bandura, Lipsher et Miller 1960; Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson et Rhodes, 1996; Hill et al., 2003; Najavits, 2000, 2001; Strupp, 1990; Von Der Lippe, Monsen, Rønnestad et Eilertsen, 2008).

La corrélation positive entre le fait d'avoir suivi une thérapie individuelle et de ne pas prendre de pause ni de mettre fin à la séance concorde avec les résultats obtenus par Robbins et Jolkovski (1987). Ces résultats peuvent s'expliquer de différentes façons, la première explication peut être que plus les psychothérapeutes ont eu l'opportunité de traiter leurs enjeux personnels en thérapie individuelle, moins ils ont tendance à fuir la relation

thérapeutique. Bien que cette explication soit contraire aux résultats de Von der Lippe et ses collègues (2008), elle mérite néanmoins d'être considérée et investiguée dans le futur. Une autre explication est fournie par Van Wagoner et ses collègues (1991), qui ont proposé que le fait d'être conscient des émotions en lien avec le contre-transfert fait en sorte que le thérapeute est plus apte à symboliser celles-ci avant qu'elles ne se manifestent sur le plan comportemental et nuisent au processus thérapeutique.

Avoir bénéficié d'une psychothérapie individuelle plutôt que d'une thérapie familiale, conjugale ou de groupe est relié positivement au fait d'avoir moins tendance à référer son client à un autre thérapeute lorsque le psychothérapeute est confronté à une expression d'hostilité de sa part. Cette relation peut être comprise de différentes façons. D'abord, si l'on conçoit que le fait de référer son client à un autre psychologue est une forme de rupture relationnelle, il est plausible que le fait d'avoir soi-même suivi une psychothérapie personnelle, avec tout ce que cela comporte au plan émotionnel, permet au psychothérapeute de développer plus de patience et de tolérance envers les comportements hostiles de son client (Bike et al., 2009). Au terme d'une recherche qualitative auprès de psychothérapeutes, Oteiza (2010) rapporte qu'une des leçons marquantes de sa thérapie personnelle est le développement de la capacité du psychothérapeute à « contenir » le client dans un espace thérapeutique jusqu'à ce que ce dernier soit capable de fonctionner. Donc, il est possible de concevoir le fait de ne pas référer son client à quelqu'un d'autre comme une manifestation de la volonté du psychothérapeute à contenir l'expérience émotionnelle de son client et à persévérer dans ses efforts pour comprendre ses réactions, même celles inconfortables, au sein de la relation. On peut également se demander si le fait d'avoir soi-même pu reproduire et réparer des enjeux développementaux en thérapie personnelle place le psychothérapeute dans une meilleure position pour contenir l'expérience émotionnelle du client hostile. La capacité du psychothérapeute à distinguer ses propres enjeux de ceux du client l'aide possiblement à mieux gérer ses réactions contre-transférentielles, des réactions pernicieuses pouvant entraîner une rupture relationnelle comme le fait de référer son client à un autre professionnel. En effet, une plus grande capacité à contenir et à tolérer l'expérience émotionnelle inconfortable qu'est l'hostilité pourrait en effet résulter du travail personnel accompli par le psychothérapeute dans sa propre thérapie. Une autre explication possible est

celle fournie par McEwan et Duncan (1993) qui ont proposé que l'un des bénéfices découlant de la thérapie personnelle du psychologue, soit une capacité empathique accrue envers le client. En effet, on peut s'imaginer que si le psychothérapeute a lui-même vécu des moments de colère intense en thérapie, et a tout de même bénéficié de l'écoute et de l'acceptation de son psychothérapeute, il est davantage en mesure de tolérer l'expression désagréable d'hostilité provenant de son client, sans pour autant chercher à mettre fin à la relation en le référant à autrui. Il est possible également que les psychologues qui restent engagés dans le processus thérapeutique, même quand cela est désagréable, se disent « si c'est ce dont j'ai eu besoin dans ma propre thérapie, peut-être mon client a-t-il besoin de la même chose » (Risq et Target, 2010). Ceci amène donc au développement d'une forme d'empathie issue des expériences personnelles du psychothérapeute et favorise possiblement la réparation du lien plutôt que son abandon.

En contrepartie, si l'on conçoit le fait de référer son client à un autre psychologue comme une réaction éthique, par exemple dans un contexte où le thérapeute aperçoit que la problématique du client outrepassé ses compétences (p.ex. une problématique de violence conjugale, d'alcoolisme ou de toxicomanie ou un trouble de personnalité limite), alors cette intervention ne constitue pas juste une rupture relationnelle en réaction à l'hostilité dirigée contre soi, mais une réaction visant à offrir un service plus approprié aux besoins spécifiques du client.

4.1.6 Dévoilement de soi (son ressenti)

Une relation négative entre la fréquence des thérapies personnelles suivies par les participants-psychothérapeutes et leur tendance à utiliser ce qu'ils ressentent pour dénouer l'impasse dans laquelle ils se trouvaient avec leur client hostile a été trouvée. Plus les psychothérapeutes-participants ont suivi une thérapie personnelle, moins ils ont tendance à exprimer ce qu'ils ressentent à leur client. Une interprétation possible est que la fréquence des thérapies personnelles, soit associée au fait d'être davantage expérimenté au plan clinique. Cette hypothèse irait dans le sens des recherches sur le contre-transfert qui ont

révélé que dans un état de submersion, les thérapeutes novices, lorsqu'ils ont atteint leur seuil de tolérance aux affects chargés (et contrairement aux thérapeutes plus expérimentés), ont tendance à « agir leur état » en exprimant spontanément à leur client ce qu'ils ressentent face à certaines attaques (Geller, 2003; Stricker, 2003). Delisle (2004) parle du dévoilement judicieux de l'expérience du thérapeute qui, en soi, ferait partie du processus de *réparation*. Les psychothérapeutes expérimentés prendraient le temps de soupeser les bienfaits et les conséquences néfastes d'un auto-dévoilement. Ce qui serait très différent au plan qualitatif du déversement de son expérience sur le client.

Les recherches sur la thérapie personnelle tendent à démontrer que ce travail personnel sur soi a pour effet d'améliorer la gestion du stress et de l'anxiété ainsi que la gestion de ses réactions contre-transférentielles. On peut imaginer que l'anxiété suscitée par les attaques hostiles du client puisse être tolérée plus longuement si le psychothérapeute a fait un travail de régulation émotionnelle durant sa propre thérapie. Il est en effet possible que le fait d'être allé plusieurs fois en thérapie personnelle a permis au psychothérapeute d'apprendre à mieux tolérer ses expériences internes en vue de les mentaliser, de les symboliser et de leur donner un sens au sein de la relation intersubjective. L'auto-dévoilement serait donc une intervention devant être utilisée de façon intentionnelle, plutôt que sous l'impulsion du moment, avec parcimonie, de la patience, de l'humilité, de la persévérance et de la sensibilité (Geller, 2003). Il est possible que les participants aient d'abord pris conscience de la charge hostile en provenance du client, et qu'ils aient eu envie de se défendre face à celle-ci en exprimant au client ce que cela leur faisait ressentir. Puis, dans un deuxième temps qu'ils se soient interrogés sur la ré-occurrence du vécu émotionnel au cours de la séance, et sur la capacité du client à recevoir un reflet à ce sujet. Finalement, qu'ils aient évalué si ce type d'intervention aient été ou non au service du processus, c'est-à-dire faites dans un but de développement ou par indulgence envers soi-même, auquel cas il aurait été contre-indiqué de le faire.

Yalom (2003) pour sa part suggère que l'auto-dévoilement de sentiments contre-transférentiels se fait essentiellement quand « le fer est froid » plutôt que chaud (« the iron is cold »). Une nouvelle information, lorsqu'elle est chargée sur le plan émotionnel, peut submerger le client de sorte qu'il n'est pas en mesure de traiter le contenu, alors que si elle

devient plus modérée (p.ex. à la prochaine séance) elle est davantage propice à l'exploration de la part du client (Geller, 2003). Enfin, il est proposé aux psychothérapeutes de chercher à comprendre les motivations sous-jacentes à leur intervention en vue de promouvoir un but thérapeutique (Stricker (2003). Cela dit, si le psychothérapeute attend le moment opportun pour parler de ce qu'il ressent, peut-il réagir en fonction de son inconfort autrement, notamment en devenant lui-même hostile envers son client ?

4.1.7 Effets comportementaux de la psychothérapie personnelle et réaction hostile du thérapeute

Il est largement documenté dans la littérature que parmi les situations les plus difficiles à vivre pour un psychothérapeute se trouve l'attitude hostile d'un client dirigée contre lui (Bandura et al., 1960; Deutsch, 1984; Gamsky et Farwell, 1966; Heller, Myers et Kline, 1963; Hess, Knox et Hill, 2004; Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson et Rhodes, 1996; Hill et al., 2003; Sharkin, 1989; Sharkin et Gelso, 1993; Strupp, 1990; Von der Lippe, Monsen, Rønnestad et Eilertsen, 2008). Il est donc intéressant de constater que parmi les effets bénéfiques découlant d'une psychothérapie personnelle, la présente étude a montré la présence d'une relation inverse entre le fait d'avoir une amélioration notable au niveau de ses comportements et le fait ne pas avoir adopté de comportement hostile envers le client qui se montrait hostile. Donc, plus le psychothérapeute observe une amélioration post-thérapie sur le plan comportemental, moins il aurait tendance à avoir fait preuve d'hostilité envers le client hostile. Ce résultat ne va pas dans le sens de plusieurs recherches portant sur l'hostilité du client en psychothérapie et ses effets délétères au sein du processus thérapeutique, ou plus spécifiquement les réactions nuisibles qu'elle entraîne chez le psychothérapeute (Hill et al., 2003). Ainsi, dans la présente étude, on se serait attendu à ce que l'hostilité puisse engendrer de l'hostilité par effet de contagion émotionnelle (Hatfield, Cacioppo et Rapson, 1993). Les écrits de Norcross (1988, 2005) peuvent possiblement expliquer ces résultats : de façon générale, la thérapie personnelle du psychothérapeute entraîne des gains positifs. Les psychothérapeutes rapportent une moindre sévérité de leur symptomatologie et une amélioration comparable entre les symptômes comportementaux, l'insight cognitif et

l'apaisement émotionnel. Dans la présente étude, il est possible que l'amélioration au plan comportemental se soit traduite par une plus grande capacité chez le psychothérapeute à retenir une réaction hostile envers son client, à ne pas contre-attaquer.

Ce résultat irait dans le même sens que la recherche de Macran et ses collaborateurs (1999). Celle-ci a révélé que les expériences de thérapie personnelle aident les psychothérapeutes à devenir plus conscients de leur humanité, de leur pouvoir et de leurs limites, leur permet de développer plus de respect et de patience envers leur client et d'écouter plus en profondeur le sens implicite, voire inconscient, des propos de leur clients (« listening with a third ear »). On peut penser que les thérapeutes ayant bénéficié de psychothérapie personnelle auraient tendance à tolérer davantage les émotions négatives comme l'hostilité de leur client au sein du processus thérapeutique sans nécessairement rétorquer par de l'hostilité. Une régulation émotionnelle plus souple peut peut-être permettre au thérapeute de contenir l'expérience désagréable projetée par le client, de la distinguer de sa propre expérience interne (Skovholt et Rønnestad, 1992) en évitant de le rejeter ou de l'abandonner dans la relation thérapeutique. Dans la mesure où cela serait le cas, est-il possible que d'autres effets de la psychothérapie personnelle influencent également le type de soutien auquel ont recours les psychothérapeutes.

4.1.8 Effets émotionnels et avoir recours à la supervision ou la consultation des pairs

La présente recherche a démontré que les effets apaisants sur le plan émotionnel d'avoir suivi une psychothérapie personnelle et le fait d'avoir recours à la supervision clinique ou de consulter des pairs sont corrélés de façon positive. Plus le thérapeute note une amélioration au plan émotionnel, plus il aurait tendance à se tourner vers la supervision clinique ou vers le soutien des pairs, à titre de stratégie de régulation émotionnelle, lorsqu'il est confronté à un client hostile. Ce lien associatif peut possiblement s'expliquer de deux manières. D'abord, on peut penser que l'expérience de thérapie personnelle a permis dans un premier temps de déposer l'expérience douloureuse de la honte et tout ce qui est associé à celle-ci (p.ex.

sentiment d'être indigne, incompetent, peu aimable) et ce faisant, a facilité une plus grande ouverture à discuter de cette expérience dans un contexte professionnel.

L'expérience de la honte, qui donne envie de se cacher et de garder la situation l'entourant secrète (Cyrulnik, 2012) serait possiblement moins intense si traitée d'abord dans l'intimité de la thérapie personnelle, au sein d'une relation aidante où le thérapeute s'est senti en confiance, pour ensuite être discutée librement avec ses pairs en craignant moins leur jugement. Cette hypothèse irait dans le sens des écrits de Sawyer (2011) sur les impacts de ses expériences de psychothérapie personnelle et sur les leçons durables qu'elle en a tirées. Selon elle, la relation thérapeute-client, qui permettrait d'intérioriser une plus grande tolérance envers ses propres failles et ses limites tout en reconnaissant et en utilisant les parties saines de sa personnalité, serait liée à la capacité d'utiliser d'autres ressources : la supervision clinique et la consultation auprès des pairs dans une perspective de développement professionnel.

4.1.9 Traitement de la honte et ne pas prendre de pause ni mettre fin à la séance

Les participants de cette recherche qui ont traité la honte au cours de leur expérience de thérapie personnelle ont rapporté ne pas avoir pris de pause et/ou ne pas avoir mis fin à la séance avec le client hostile. Cette relation peut sembler incohérente avec la recherche sur l'expérience de la honte chez le thérapeute (Miller et Draghi-Lorenz, 2005) et les réactions potentielles du thérapeute lorsque confronté à l'hostilité d'un client (Hill et al., 2003; Von der Lippe et al., 2008). En effet, au sein d'un contexte thérapeutique intersubjectif où il y a répétition des relations d'objet, il est plausible de croire que l'hostilité du client puisse raviver les blessures narcissiques du psychothérapeute dans son désir de maintenir un lien avec l'autre et augmenter son sentiment d'avoir échoué (Basch, 1976).

À la lumière des présentes considérations, est-ce possible que les participants aient fait un travail à ce niveau par l'entremise de la thérapie personnelle? Si le psychothérapeute a eu l'opportunité de traiter ses enjeux infantiles, les sentiments de rejet et d'être indigne en lien avec la honte dans ses expériences de thérapie personnelle, cela pourrait expliquer que les

psychothérapeutes-participants sont parvenus à ne pas agir leur honte en se retirant de la relation. Dans la mesure où l'on croit que l'expérience thérapeutique doit permettre la reproduction d'enjeux inachevés ou de situations inachevées afin qu'ait lieu la réparation au plan relationnel (Delisle, 2004), il paraît opportun de penser que la thérapie personnelle du psychothérapeute a contribué à la réparation de ses propres expériences en lien avec la honte, lui permettant ainsi de transiger différemment avec celle-ci lorsqu'elle est induite par l'hostilité du client. Selon l'approche gestaltiste, le fait de considérer l'expérience de la honte comme faisant parfois partie de la condition humaine et la traiter sous l'angle de l'acceptation de l'autre et l'acceptation de soi, mais aussi l'apaisement de l'autre et l'auto-apaisement est une condition *sine qua non* de la thérapie (Resnick, 1997).

Bon nombre de cliniciens ont écrit que les expériences où le thérapeute vit de la honte peuvent représenter une dynamique puissante au sein de la relation thérapeutique- aidante ou nuisible, ceci en fonction de la compréhension et du travail effectué par le thérapeute autour de cette émotion au cours de son développement personnel et professionnel (Hahn, 2000; Harper et Hoopes, 1990; Jacobs, 1996; Kaufman, 1974, 1996; Mindell, 1994; Morrison, 1994; Stein, 1997). L'expérience émotionnelle correctrice à laquelle donne lieu la thérapie personnelle a pu permettre aux psychothérapeutes de cette recherche de résoudre ces enjeux douloureux dans la relation interpersonnelle. Cette hypothèse converge avec certaines conclusions tirées au sein de la recherche qualitative. Au terme d'une recherche qualitative sur l'expérience émotionnelle de la honte auprès de sept psychothérapeutes, Miller et Draghi-Lorenz (2005) concluent que le fait d'avoir un espace sécuritaire (p.ex. en thérapie personnelle) pour parler de ses expériences avec la honte et développer une conscience fine de sa vulnérabilité à éprouver de la honte et de sa capacité à la tolérer et à y réfléchir peuvent possiblement réduire les chances d'y réagir de manière défensive en séance thérapeutique avec son client. Dans une telle perspective, le thérapeute aurait d'abord la capacité d'en prendre conscience lorsqu'elle se manifeste en lui, de la distinguer de l'expérience de son client s'il y a lieu, mais surtout de la tolérer malgré son aspect désagréable en vue d'y donner un sens et d'utiliser ce ressenti au service de la relation thérapeutique. De plus, étant donné son ontogénie précoce dans le développement, la honte risque de se manifester de façon préconsciente au sein de la communication implicite interpersonnelle, ce qui nécessite que le

psychothérapeute soit en mesure de s'auto-observer par l'entremise d'une conscience réflexive de soi afin pour réguler cette émotion.

4.1.10 Années d'expérience professionnelle et engagement dans un mode réflexif

Même si cette relation semble assez logique, comment peut-on expliquer que le fait d'avoir plus d'expérience clinique fait en sorte que les psychothérapeutes de cette recherche ont eu tendance à s'engager dans un mode réflexif en présence d'un client qui se montrait hostile envers eux? Les travaux de Skovholt et Rønnestad (1992, 2003a, 2003b) mettent en lumière certains aspects du développement professionnel en lien avec la capacité réflexive du psychothérapeute. Selon eux, les apprentissages du thérapeute expérimenté proviendraient essentiellement de sa réflexion sur ses expériences interpersonnelles dans les domaines professionnel et personnel de sa vie. Il n'est donc pas étonnant que la relation thérapeutique, particulièrement lorsqu'il y a rupture d'alliance, sollicite les capacités réflexives du thérapeute. Dans un processus d'intégration; deux mouvements sont observés. Le premier est l'habileté accrue à différencier les responsabilités de chacun afin de déterminer qui contribue à quoi dans la relation. Le deuxième est la capacité du thérapeute à être connecté à ses clients. Cette façon d'être aurait des fonctions d'individuation et de connexion vis-à-vis des clients. Ces fonctions permettraient aux thérapeutes qui ont un niveau de développement plus avancé de ne pas se fier uniquement au feedback de leur client pour évaluer la qualité de leur travail. Enfin, une capacité réflexive continue serait un pré-requis pour éviter la stagnation qui résulte d'un mauvais pairage entre la compétence et la tâche.

Dans une situation où le sentiment de compétence est ébranlé, le thérapeute qui s'engage dans un mode réflexif reste dans le processus qui consiste à essayer de comprendre ce qui est en train de se produire au sein de la relation thérapeutique même si cela comporte son lot de doutes et d'anxiété. Puisque le développement professionnel est un processus long et lent, continu et erratique par moments, les changements auraient lieu en boucles avec la présence de thèmes récurrents comme le manque de confiance en ses propres habiletés lorsqu'on est confronté à de nouveaux défis. Ainsi, le changement professionnel se produirait en termes de

cycles répétés d'enthousiasme et de difficultés, de doutes, d'anxiété, d'exploration et d'intégration de nouvelles connaissances (Rønnestad & Skovholt, 2003)

4.1.11 Se servir de sa conscience réflexive de soi

La relation entre l'expérience clinique et la tendance à se servir de la conscience réflexive de soi comme stratégie de régulation émotionnelle face à un client qui fait preuve d'hostilité à son endroit paraît étonnante à première vue si l'on se rapporte à l'absence de relation significative décelée entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et le niveau de conscience réflexive de soi. En raison d'un coefficient de consistance interne (alpha Cronbach) élevé, un score global a été calculé pour le questionnaire SAMS-I. L'idée de corrélérer item par item avec le nombre moyen d'années d'expérience n'aurait servi à rien puisqu'ils auraient eu tendance à être corrélés entre eux, en mesurant tous le même concept, soit la conscience réflexive de soi. Il est possible que les participants, en se remémorant l'impasse relationnelle, se soient sentis submergés au plan émotionnel, ce qui a eu pour effet de créer une grande diversité de sources d'informations en même temps (p.ex. cognitif, émotionnel et physiologique) et a dilué le lien entre les années d'expériences et le niveau de conscience réflexive de soi. De plus, de nombreux aspects expérientiel et phénoménologique influencent la conscience réflexive de soi faisant en sorte qu'aucune tendance prédominante ne soit ressortie.

4.1.12 Avoir recours à la supervision clinique ou à la consultation des pairs

Une relation inverse entre les années d'expérience professionnelle et le fait d'avoir recours à la supervision clinique ou d'avoir consulté des pairs a été trouvée dans les analyses corrélationnelles. En fait, plus les psychothérapeutes participants cumulent des années d'expérience professionnelle, moins ils ont tendance à avoir recours à la supervision clinique ou à la consultation des pairs. Ce résultat n'est pas surprenant, dans la mesure où plus l'on gagne en expertise, moins l'on ressent possiblement le besoin d'être guidé par un mentor.

D'ailleurs, cette hypothèse irait dans le même sens que l'étude longitudinale de Skovholt et Rønnestad (1992, 2003) sur les stades de développement du *soi professionnel* du thérapeute. Avec les années d'expérience, les thérapeutes correspondant au *stade d'intégrité* (entre 25 et 35 années d'expérience) qui participaient à leur étude identifiaient la supervision clinique et la consultation auprès de leurs pairs comme l'une des sources d'influence les moins importantes au sein de leur travail. Seule une minorité de thérapeutes dans leur échantillon identifiait des collègues du même âge comme étant une source d'influence très importante.

En dépit du fait que la présente étude ne soit pas longitudinale, limitant les interprétations pouvant être faites sur le plan développemental, cette relation négative entre l'expérience clinique et la supervision clinique ou la consultation des pairs va également dans le même sens que l'étude qualitative de Rønnestad et Skovholt (2001) effectuée auprès de 12 psychothérapeutes expérimentés dont la moyenne d'âge est de 74 ans. Bien que ces psychothérapeutes n'aient plus eu recours à la supervision clinique à ce stade avancé de leur carrière, ils avaient l'impression d'avoir intériorisé en quelque sorte les enseignements et la sagesse clinique d'anciens mentors ou superviseurs. Selon les auteurs, le fait d'avoir investi psychologiquement de manière positive leurs superviseurs ou mentors résulterait en une forme d'internalisation chez ces psychothérapeutes.

4.1.13 Ressasser après la séance

Une association négative a été trouvée entre les années d'expérience professionnelle et le fait d'avoir ressasser après la séance avec un client hostile. Plus les psychothérapeutes participants ont cumulé des années d'expérience clinique, moins ils ont tendance à ressasser après la séance avec un client hostile. Ce résultat concorde avec la littérature de Norcross et ses collaborateurs (1986a, 1986b, 2000, 2005, 2007) sur les stratégies qu'emploient les psychothérapeutes pour prendre soin d'eux. Les thérapeutes expérimentés seraient possiblement davantage en mesure de laisser dans la sphère professionnelle ce qu'ils ont vécu au travail. Cela ferait possiblement partie des stratégies développées au cours de leur carrière

pour permettre la régulation d'expériences affectives parfois difficiles à intégrer et pouvant entraîner une certaine fatigue émotionnelle. Il est possiblement également que cette habileté à intégrer certaines émotions négatives et à ne pas les laisser occuper trop de place en soi en ressassant la situation problématique témoignent des stratégies de régulation plus souples et fluides souvent attribuées aux thérapeutes expérimentés au sein de la littérature sur le développement et la personne du thérapeute.

4.2 Implications pour la profession

L'exploration des liens entre l'expérience clinique, la conscience réflexive de soi, certains aspects de la psychothérapie personnelle et les stratégies de régulation émotionnelle chez le psychothérapeute à même de ressentir un sentiment de honte entraîne une réflexion quant au développement professionnel du psychothérapeute. Les résultats de la présente étude permettent de considérer la formation des psychologues-psychothérapeutes en tenant compte de deux aspects fondamentaux du travail de la psychothérapie, soit la conscience réflexive de soi du psychothérapeute et les stratégies de régulation émotionnelle qui en découlent.

Lors d'une réflexion portant sur 25 ans de recherche sur la thérapie personnelle des professionnels de la santé, Norcross (2005) remet en question la quête de compétence technique que le courant des traitements validés sur le plan empirique a amenée depuis les dernières années au sein de la profession. Selon lui, l'accent mis sur le développement des compétences techniques est une grave erreur dans une profession où les participants du processus thérapeutique apportent une contribution curative tout autant validée empiriquement que les techniques des manuels de traitement standardisés. Ainsi, il propose de remettre à l'avant-plan l'importance de la personne du psychothérapeute, plus spécifiquement son développement et sa maturation. Plusieurs études qualitatives menées auprès des psychothérapeutes d'expérience ont fait ressortir certains thèmes récurrents montrant que des enjeux en lien avec l'histoire personnelle, les liens d'attachement, l'identité

et l'estime de soi et enfin, les capacités relationnelles sont hautement significatifs dans la perception qu'ont les psychothérapeutes de leur développement professionnel (Orlinsky et al., Rønnestad et Skovholt, 2003; Skovholt et Rønnestad, 1995, 2001; 2003; Wiseman et Shefler, 2001). Enfin, la nécessité pour le psychothérapeute de faire preuve continuellement d'introspection et d'autorégulation afin de pouvoir mieux s'utiliser en tant qu'instrument au sein de la relation thérapeutique est également proposée (Klein, Bernard et Schermer, 2011).

Les résultats obtenus dans cette étude sont cohérents avec les écrits cliniques et théoriques qui insistent sur l'importance d'entretenir une vie personnelle qui permet de combler ses besoins et nourrir ses aspirations à l'extérieur du travail, d'avoir recours à la psychothérapie personnelle, la supervision clinique et la consultation auprès des pairs pour faire face aux exigences de la profession. Plus spécifiquement, les relations significatives ayant été trouvées démontrent l'existence d'un lien empirique, d'abord entre les années d'expérience professionnelle et certaines stratégies de régulation émotionnelle et ensuite entre certaines expériences de thérapie personnelle et certaines stratégies de régulation émotionnelle intra-personnelles et interpersonnelles utilisées par les participants lorsque confrontés à l'hostilité d'un client. Ces relations mettent en lumière l'apport des expériences de thérapie personnelle dans l'adoption de stratégies de régulation émotionnelle pouvant favoriser l'intégration d'une émotion négative comme la honte et la réparation des ruptures découlant d'un comportement hostile au sein du processus thérapeutique. L'association entre certains aspects de la thérapie personnelle et les stratégies de régulation émotionnelle vient appuyer les propositions de plusieurs auteurs qui ont défendu le fait que la thérapie personnelle peut être un lieu privilégié, un espace protégé et sécuritaire où le thérapeute peut déposer ses angoisses, ses doutes, ses insécurités, ses questionnements pour continuer de se développer comme être humain et professionnel de la santé (Bike, Norcross et Schatz, 2009; Kottler, 2003; Mc Williams, 2005; Norcross et Guy, 2007; Orlinsky et al., 2011; Sawyer, 2011; Wiseman et Shefler, 2001).

Considérant le lien positif entre les années d'expérience professionnelle et l'engagement dans un mode réflexif et l'utilisation de sa conscience réflexive de soi, il pourrait être pertinent d'inclure dans la formation des futurs psychothérapeutes l'opportunité d'observer

des « experts » en action afin d'apprendre par imitation dans un premier temps, les techniques thérapeutiques en lien avec la réparation de ruptures d'alliance (Boswell et Castonguay, 2007, Safran et Muran, 2002). De plus, l'amélioration post-thérapeutique sur le plan émotionnel et sa relation positive avec le recours à la supervision clinique ou à la consultation auprès de leurs pairs met en lumière l'utilité de partager et possiblement réfléchir sur son propre vécu émotionnel avec l'aide de psychothérapeutes seniors ou de collègues.

En conclusion, bien des cliniciens-chercheurs ont mentionné la nécessité d'augmenter la sensibilité des futurs psychothérapeutes à la complexité, la subtilité et la vulnérabilité découlant des interactions négatives en psychothérapie, afin qu'ils soient mieux préparés pour réparer les ruptures d'alliances qu'elles peuvent entraîner (Binder et Strupp, 1997; Safran et Muran, 2002; Teyber et McClure, 2000). Nous ne pouvons qu'espérer que l'expérience de la honte puisse être partagée en toute humilité par le plus grand nombre de thérapeute car il en résulte que la tendance à ressentir de la honte diminue lorsqu'on cesse de vouloir en masquer l'expression, qu'on la verbalise pour s'apercevoir qu'il s'agit d'une expérience émotionnelle fréquemment vécue (Cyrułnik, 2012; Thériault, Gazzola et Richardson, 2009). Le fait de vivre un sentiment de honte, inhérent à la psychothérapie, pourrait être abordé plus ouvertement au sein de la profession afin d'augmenter les chances que cette émotion soit utilisée au service de la relation thérapeutique plutôt qu'à son détriment. Comme le mentionnent Harder et Greenwald (2000) « puisque la honte est une émotion utile, même nécessaire, pour guider un comportement adaptatif au plan interpersonnel, le problème ne serait pas qu'elle existe, mais qu'elle puisse être ressentie trop intensément ou trop légèrement et donc, le but devrait être d'optimiser la capacité à réguler la honte.

4.3 Limites de l'étude

Le contexte dans lequel a pris place la présente étude est à préciser pour interpréter les résultats obtenus. En effet, le protocole de recherche adopté comprend certaines limites.

D'abord, le rappel rétrospectif à l'aide d'une méthode appelée *priming* en psychologie sociale d'une séance thérapeutique chargée sur le plan affectif, plutôt que l'observation ou l'enregistrement de la séance, peut avoir entraîné des biais de mémoire chez les participants (Williams et al., 2003). Plusieurs se sont souvenus, d'événements qu'ils avaient vécus plus de 10 ans auparavant. Bien que le fait que nous les invitions à se remémorer une séance en particulier dans un contexte déterminé ait été faite en vue de les replonger dans une situation et une émotion spécifique, cela a peut-être entraîné certaines distorsions étant donné le caractère suggestif de la question posée. Des analyses corrélationnelles ont été faites en vue de vérifier si la récence des souvenirs est associée aux stratégies de régulation rapportées. Bien qu'une relation positive a été trouvée entre la récence du souvenir et le fait de se référer à un autre professionnel ainsi qu'une relation négative avec le fait de prendre une respiration profonde, ces résultats sont ininterprétables. D'abord en raison de la dispersion très étendue de la variable récence qui donnait un effet de plancher avec un coefficient d'asymétrie de 1,776, et donc, que nous avons dû dichotomiser en deux et diviser à la médiane (p.ex. ceux dont la récence du souvenir est d'un an ou moins versus ceux dont la récence du souvenir équivaut à plus d'un an). Mais, aussi en raison de la difficulté à comparer les novices et les expérimentés parce que la variable expérience clinique a subi une transformation logarithmique.

En dépit d'efforts considérables pour recruter un grand nombre de participants, l'échantillon relativement petit limite malheureusement la possibilité de généraliser les résultats au-delà de cet échantillon. Bien que l'échantillon soit représentatif de la population visée en termes d'années d'expérience, de genre et des différents types de pratique professionnelle, un nombre de sujets plus élevé aurait assuré une plus grande représentativité.

De surcroît, l'utilisation d'instruments de mesures auto-rapportées entraîne le risque de n'avoir eu accès qu'à des cognitions (Deutsch, 1984) plutôt qu'aux réactions émotionnelles des participants. La possibilité également qu'un effet de désirabilité sociale altère les réponses offertes est à souligner. On se serait attendu à ce que la honte, une émotion contagieuse (Lewis, 1971), susceptible d'être évoquée plus rapidement chez le psychothérapeute qui a une vulnérabilité à ressentir ce type d'émotion (Goldberg, 1991) ait

représenté un défi quasi insurmontable sur le plan de la régulation émotionnelle. Aucune échelle de désirabilité sociale n'a été utilisée dans cette recherche, mais possiblement que son utilisation aurait mis en lumière le danger qui peut être anticipé par les participants à se prêter à une étude qui porte à la fois sur la honte et sur le développement professionnel. Parler de la honte peut être en soi une expérience honteuse donc, devant être évitée. Il y a peut être aussi une caractéristique commune aux participants de cette recherche. Ils sont suffisamment ouvert et réflexif pour pouvoir aborder cet aspect de leur vécu. Par ailleurs, le fait qu'une bonne proportion des participants soit d'allégeance théorique humaniste-existentielle soulève le doute que des résultats différents auraient possiblement été obtenus auprès de psychothérapeutes, qui, historiquement, ne se sont pas autant intéressés au processus thérapeutique ou ne seraient pas familiers avec la terminologie propre aux chercheurs de cette approche théorique (p.ex. conscience réflexive de soi).

En ce qui a trait à l'instrument de mesure pour évaluer la conscience réflexive de soi (SAMS-I), l'absence de lien entre cette variable et les années d'expérience professionnelle est inattendue et il aurait pu être intéressant de cibler des habiletés plus spécifiquement en lien avec cette forme de conscience (p.ex. « je me suis demandé ce qui était en train de se passer entre nous »), mais il était impossible dans le présent contexte de produire un instrument et d'en évaluer la validité et la fidélité. Bien que les instruments de mesures quantitatifs ont été choisis en fonction des avantages qu'ils comportent au niveau de la distance relationnelle qu'ils procurent et ce, spécifiquement dans un contexte où la honte du psychothérapeute demeure un sujet particulièrement tabou au sein de la profession (Miller et Draghi-Lorenz, 2005), ils ont possiblement limité les conclusions pouvant être tirées sur le processus thérapeutique. En outre, il est plausible de croire qu'un questionnaire objectif ne saurait rendre toute la complexité inhérente au processus thérapeutique et serait réducteur en termes de relations possibles entre ces deux variables. Pour compléter certaines questions n'ayant pu être répondues en raison des choix méthodologiques de cette étude une mesure qualitative comme une entrevue semi-structurée avec chaque participant pourrait être envisagée dans le futur.

De plus, les analyses corrélationnelles effectuées avec chaque item du questionnaire SAMS-II (management strategies), en raison du coefficient de consistance interne (alpha Cronbach) inférieur aux normes statistiques permises, ont rendu l'interprétation des résultats fastidieuse et à certains égards plus difficile en termes de liens avec les variables indépendantes. Une procédure post hoc telle une correction *Bonfèroni*, aurait pu être une solution potentielle à la répétition de tests d'inférence des sous-échelles du questionnaire et que certaines relations s'avèrent significatives par le simple fruit du hasard. Cependant, compte tenu de la nature exploratoire des questions de recherche, du nombre élevés d'items peu corrélés entre eux et du nombre restreint de participants, celle-ci n'a pas été effectuée, car aucune corrélation n'aurait pu être détectée avec un seuil de signification aussi sévère. Il est à considérer que pour effectuer une correction *Bonfèroni*, nous divisons le seuil de signification de 0,05 par le nombre total de tests à travers l'essai.

Évidemment, les analyses corrélationnelles bidirectionnelles limitent les conclusions que nous pourrions émettre quant aux liens causaux entre l'expérience clinique et les stratégies de régulation émotionnelle ou la psychothérapie personnelle et les stratégies de régulation émotionnelle. Plusieurs variables inconnues peuvent avoir influencé les liens associatifs trouvés entre les variables indépendantes et la variable dépendante. En dépit des limites interprétatives résultant de tests bidirectionnels, nous avons choisi cette option plutôt que celle de faire des tests unidirectionnels, d'abord en raison du caractère exploratoire de notre étude, mais aussi parce que cela nous permettait de ne pas exclure des résultats qui auraient été dans un sens contraire à nos hypothèses.

Enfin, l'absence de lien entre l'expérience clinique et la psychothérapie personnelle est étonnante à la lueur de la littérature sur le développement professionnel et remet en question l'utilisation faite du questionnaire sur les expériences de psychothérapie. Comme ce questionnaire a été conçu pour une recherche de type sondage il aurait peut-être été plus valide de choisir plus finement les items en lien avec nos questions de recherche, mais aussi revoir le mode de passation en vue de permettre aux participants d'élaborer davantage leurs réponses autour de certains items (p.ex. les effets sur les comportements, cognitions et émotions).

Ces ajustements auraient permis de mieux comprendre le lien entre les améliorations ou la détérioration observées et les stratégies de régulation émotionnelle adoptées.

4.4 Pistes de recherches futures

Il serait intéressant de tenter d'approfondir ces résultats avec un échantillon plus large et plus hétérogène en termes d'orientation théorique afin de mesurer justement si celle-ci contribue à la perception que les psychothérapeutes peuvent avoir de leur conscience réflexive de soi, et vérifier la définition possiblement différente qu'ils ont de ce construit. L'utilisation d'une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) où l'on reprendrait essentiellement le même genre de questions, mais dans le cadre d'une entrevue semi-structurée, serait potentiellement propice à l'obtention de résultats qui reflèteraient davantage toute la complexité des enjeux relationnels inhérents à la psychothérapie. Dans une perspective de formation professionnelle, il pourrait être pertinent d'approfondir le lien entre la conscience réflexive de soi et le discours interne du psychothérapeute et vérifier comment ce lien change au cours du développement professionnel (Williams et al., 1997). Une méthodologie qualitative permettant d'éclairer les aspects profondément subjectifs et singuliers de l'expérience du psychothérapeute serait enrichissante.

Considérant les résultats de cette recherche et les interrogations qu'elle soulève quant au développement des modes de régulation émotionnelle chez le psychothérapeute, il pourrait être intéressant d'explorer davantage le style d'attachement du psychothérapeute à l'aide d'une méthodologie comme l'entrevue semi-structurée- *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan et Main, 1996) afin de voir comment celui-ci a contribué au développement de ses modes de régulation émotionnelle.

Finalement, étant donné l'importance de la thérapie personnelle dans le développement personnel et professionnel du psychothérapeute, il pourrait être intéressant d'accroître les connaissances sur ses modes de régulation émotionnelle en comparant des thérapeutes n'ayant jamais été en thérapie avec ceux qui en ont bénéficié. Tel que mentionné

précédemment, une révision approfondie du questionnaire sur la psychothérapie personnelle (Norcross, 2007) en vue de mieux cibler les impacts de cette expérience apparaît pertinente. Naturellement, un échantillon beaucoup plus grand permettrait de faire des analyses plus poussées à l'aide d'hypothèses unidirectionnelles. De plus, un instrument de mesure comme le questionnaire sur la désirabilité sociale de Marlow et Crowne (1961) pourrait être ajouté au protocole de recherche afin de contourner les effets de désirabilité sociale chez les participants. Ce type de recherche s'inscrirait en continuité avec la présente étude.

CONCLUSION

En résumé, la présente étude avait pour but de mieux comprendre les modes de régulation émotionnelle en lien avec la conscience réflexive de soi, mais aussi les expériences de thérapie personnelle du psychothérapeute alors qu'il se trouvait dans un contexte thérapeutique chargé par l'hostilité d'un client et qu'il ressentait de la honte. Ce projet s'inscrit également dans une perspective de développement professionnel puisque les participants ayant participé à l'étude ont été recrutés en fonction d'un large éventail d'années d'expérience clinique (entre 0 années d'expérience et 45 ans d'expérience). Les aspects novateurs et originaux de ce projet tiennent dans l'exploration d'une émotion pénible, souvent taboue et négligée au sein de la profession, soit la honte du psychothérapeute et dans l'utilisation d'une méthodologie quantitative, ce qui à notre connaissance, n'a jamais été fait au sein de la recherche sur la honte du thérapeute et du processus thérapeutique. Cette étude suggère, selon une perspective nomothétique, que la thérapie personnelle s'avère une expérience significative et possiblement correctrice au niveau des expériences avec la honte. Elle apporte ainsi une contribution intéressante au champ de la recherche sur la personne du psychothérapeute.

Des psychothérapeutes de diverses allégeances théoriques et différents milieux professionnels ont répondu aux questionnaires sur la conscience réflexive de soi, les stratégies de régulation émotionnelle et la psychothérapie personnelle du psychologue. Le recrutement a été long et fastidieux en raison de la pudeur bien documentée de ce type de

population, mais des efforts répétés assortis du bon vouloir de certaines associations et institutions ont porté fruit. Cependant, nous ne sommes pas parvenus à atteindre le nombre déterminé initialement, soit soixante-quinze participants. Parmi les objectifs visés se trouvait le souhait d'observer le rôle de médiation joué par la conscience réflexive de soi et la psychothérapie personnelle entre l'expérience clinique et les stratégies de régulation émotionnelle. Cependant, l'absence de relations significatives entre les années d'expérience et le niveau de conscience réflexive ainsi que le niveau de conscience réflexive de soi et les stratégies de régulation émotionnelle n'ont pas permis une telle analyse statistique puisque les conditions de base émises par Baron et Kenny (1986) n'étaient pas rencontrées dans ce contexte. De même, aucune relation significative n'est ressortie entre la psychothérapie personnelle et les années d'expérience professionnelle. Par contre, des découvertes intéressantes ont été faites (a) entre le fait d'avoir traité l'émotion de la honte en psychothérapie personnelle et le fait de ne pas avoir pris de pause ou mis fin à la session lorsque le client se montrait hostile; (b) entre les années d'expérience clinique et certaines stratégies de régulation émotionnelle (p.ex. utiliser sa conscience réflexive de soi et s'engager dans un mode réflexif, avoir recours à la supervision clinique ou consulter ses pairs, et ressasser après la séance); (c) entre les effets bénéfiques de la psychothérapie personnelle sur les comportements et le fait de ne pas avoir recours soi-même à l'hostilité face au client hostile.

Les conclusions tirées en regard de résultats obtenus tendent à converger vers plusieurs des résultats trouvés dans la littérature sur la psychothérapie personnelle du psychothérapeute, et également dans le domaine du développement professionnel. Ainsi, en dépit de la taille modeste de l'échantillon et des choix méthodologiques qui ont fait craindre un effet réducteur sur les résultats, ce projet reste prometteur au niveau de la formation professionnelle des futurs psychothérapeutes. Il est souhaité que la poursuite des études dans le domaine de la régulation émotionnelle du psychothérapeute et de son développement professionnel conduise éventuellement à une réflexion plus approfondie sur la place qu'on accorde actuellement à la personne du psychothérapeute et son développement personnel pour exercer un métier aussi exigeant. Considérant l'ampleur qu'a pris au cours des dernières années la recherche sur les traitements validés empiriquement et l'importance accordée aux

compétences techniques du psychothérapeute, les résultats de cette recherche apportent un éclairage intéressant et force, dans une certaine mesure, la réflexion sur les conséquences que cela risque d'entraîner sur les processus thérapeutiques avec des clients parfois plus « difficiles ». Cela dit, la honte étant depuis toujours une émotion se trouvant au centre de la relation thérapeutique, il est primordial qu'une attention particulière y soit portée. En effet, les écrits sur la honte davantage théoriques et surtout axés sur les clients ont certes permis de mettre en lumière plusieurs de ses aspects phénoménologiques. Mais, la présente étude met en évidence les bénéfices potentiels de traiter celle-ci en thérapie personnelle. Au sein de la relation intime et singulière de la thérapie, le psychothérapeute aurait l'opportunité de comprendre et possiblement réparer les enjeux en lien avec la honte pour y réagir de façon moins défensive lorsque confronté à celle-ci dans le processus thérapeutique. Espérons que les années à venir soient caractérisées par un intérêt grandissant pour les questions explorées dans la présente recherche afin que nous puissions avoir une compréhension plus fine des éléments impliqués dans la régulation émotionnelle du psychothérapeute.

APPENDICE A

TABLEAU A.8

APPENDICE A

Tableau A.8

Corrélations entre certains aspects de la thérapie personnelle et les stratégies de régulation émotionnelle

	Raisons PP	Difficultés (évaluées)	Forme et modalité	Nombre de fois (en PP)	Effet PP (comportements)	Effet PP (cognitions)	Effet PP (émotions)	Honte
MRC	-0,05	0,07	-0,06	0,05	-0,23	-0,14	-0,14	-0,49
MR	-0,01	-0,12	0,17	0,14	-0,01	-0,01	-0,01	-0,13
CST	-0,08	0,11	0,04	0,02	-0,15	-0,15	-0,15	-0,12
SCS	0,23	0,17	0,16	0,08	-0,02	-0,09	-0,09	0,09
PSM-M	0,29*	0,14	0,01	0,19	-0,07	0,01	-0,09	-0,13
TB	-0,11	-0,07	-0,22	-10	-0,22	0,15	-0,09	0,16
ICS	0,10	0,07	-0,06	-12	-0,13	-0,21	0,03	-0,45
SUP	0,13	0,02	0,01	-0,15	0,23	0,17	0,35*	0,09
PP	0,60*	0,09	0,15	-0,02	0,13	0,27	0,27	0,39**
PRP	0,30	0,29	0,32	0,09	0,02	-0,04	0,19	-0,18
CP	0,15	0,25	0,13	0,18	0,26	-0,26	-0,26	-0,14
PV	0,79	0,02	0,21	0,04	0,07	-0,08	-0,23	0,02

Tableau
A.8 (Suite)

AP	-0,11	0,32*	0,08	-0,01	0,08	-0,08	0,21	-0,19
TR	0,36	0,14	0,24	0,18	0,09	-0,05	0,09	0,04
P/FS	0,01	0,08	-0,42*	-0,23	0,13	0,13	0,13	-0,36*
RE	-0,24	-0,32*	0,46	-0,39**	-0,16	0,04	-0,06	0,15
HOS	-0,11	0,02	0,10	0,02	-0,37*	-0,23	-0,23	0,11
REF	0,32*	-0,02	-0,42**	-0,29	0,06	0,06	0,06	-0,050
RESS	-0,14	0,15	-0,09	-0,26	0,13	0,13	0,13	0,07

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

Note. PP = Psychothérapie personnelle; MRC = Me recentrer sur client; MR = M'engager dans un mode réflexif; CST = Centrer sur séance thérapeutique; SCS = Se servir de sa Conscience réflexive de soi; PSM-M = Prendre soin de moi-même; TB = Techniques de base; ICS = Ignorer conscience de soi; SUP = Avoir recours à la supervision Clinique; PP = Psychothérapie Personnelle; PRP = Pratiquer respiration profonde; CP = Coaching personnel; PV = Prendre vacances; AP = Arrêt de la pensée; TR = Technique relaxation; P/F Session = Prendre une pause/mettre fin à la session; RE = Dévoiler son ressenti, HOS = Devenir hostile envers client; REF = Référent à autre ; RESS = Ressasser après la séance.

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

APPENDICE B

Formulaire de consentement

« Une comparaison entre des psychothérapeutes de différents niveaux d'expérience professionnelle sur le plan de la régulation émotionnelle »

Cette recherche porte sur le développement professionnel et la régulation émotionnelle du psychothérapeute. La recherche est réalisée par Nancy Smith, étudiante de doctorat en psychologie au département de l'UQÀM, sous la supervision du professeur Marc-Simon Drouin PhD. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité départemental d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Votre tâche consistera dans un premier temps à compléter un questionnaire de renseignements démographiques au sein duquel quelques questions portent sur votre (vos) expérience (s) de thérapie personnelle vous seront posées, certaines sont à choix multiples, d'autres doivent être cotées sur une échelle de 1 à 5 et finalement d'autres nécessitent une réponse qualitative. Ensuite une question ouverte portant sur une situation où vous vous souvenez avoir ressentie de la honte face à un(e) client(e) qui se montrait hostile à votre égard vous sera posée. Votre tâche consistera à décrire cette situation de façon brève (un espace est alloué dans le questionnaire). Cette première tâche devrait prendre environ 25 minutes.

Par la suite, deux questionnaires portant sur la conscience réflexive de soi et les stratégies de régulation émotionnelle doivent être complétés. Votre tâche consiste à répondre d'abord au questionnaire sur la conscience réflexive de soi et en deuxième lieu à celui portant sur les stratégies de régulation émotionnelle. Il importe que vous répondiez aux énoncés des deux questionnaires en fonction de la situation remémorée en inscrivant sur une échelle de 1 à 5 (jamais à toujours) jusqu'à quel point cela correspond à votre expérience de l'époque. Cette tâche devrait prendre tout au plus 20 minutes.

Les informations recueillies demeurent strictement confidentielles et ne serviront qu'à des fins de recherche. Pour ce faire, un code numérique remplacera votre nom afin d'assurer l'anonymat de vos réponses. Votre collaboration est entièrement volontaire. Vous avez le droit de vous retirer de la recherche à tout moment sans préjudice et sans aucune justification

de votre part. Votre participation à ce projet ne comporte aucun risque et peut vous permettre un moment de réflexion sur votre pratique, en plus de contribuer à l'avancement des connaissances sur le sujet.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires sur cette recherche, vous pouvez communiquer avec nous au (514) 891-2604 ou à l'adresse suivante s.nancy32@gmail.com. Pour toute question ou commentaire sur le projet, veuillez vous adresser au professeur Marc-Simon Drouin PhD. (514) 987-3000, poste 7006.

J'accepte de participer à cette étude

Signature

Date

Signature de la chercheure

Date

APPENDICE C

QUESTIONNAIRES

APPENDICE C

Questionnaires

Questionnaire données sociodémographiques

Intégration d'éléments du Questionnaire de Norcross (2007)

Questionnaire d'informations socio-démographiques accompagnées de quelques questions sur les expérience(s) de thérapie personnelle

Sigle Personnel (trois premières lettres du nom de famille de votre mère et les trois premières lettres du prénom de votre père) : _____

I. Caractéristiques Personnelles et Professionnelles

1. Âge : ___ ans
2. Sexe : Féminin Masculin
3. Origine ethnique / race :

___ Afro-Américain/Noir	___ Caucasien/Blanc	___ Amérindien
___ Asiatique	___ Latino/Hispanique	___ Moyen-Orient
___ Autre		
4. Plus haut niveau de scolarité atteint (cocher seulement un) :

___ Ph.D	___ Psy.D	___ D.Ps
___ M.A,	___ M.Ps	___ L.Ps
5. Nombre d'années d'expérience **clinique** suite à l'obtention de votre diplôme : ___ ans
6. Placez un "un" (1) au côté de votre orientation théorique *principale* et un « deux » (2) au côté de votre orientation théorique *secondaire*.

___ Cognitivo-comportementale	___ Féministe	___ Psychodynamique/analytique
___ Humaniste-Existentielle	___ Systémique/Familliale	___ Neuropsychologique
___ Systémique/Familliale	___ Éclectique/Intégrative	
___ Autre, svp spécifiez _____		

7. Indiquez votre perception *principale* de votre identité professionnelle.

Enseignement Consultant Aucun
 Administrateur Chercheur Autre
 Clinicien/Praticien Superviseur

8. Indiquez votre lieu de pratique clinique principal (cochez seulement un) :

Clinique communautaire École médicale Clinique médicale
 Milieu hospitalier Pratique privée Je ne fais pas de
 clinique Université CLSC Autre,
 spécifiez _____

9. Si vous ne **faites pas** de la pratique privée à temps plein, avez-vous une pratique privée à temps partiel?

Oui Non J'ai une pratique privée à temps plein

II. Expériences de thérapie personnelle

1. Avez-vous déjà été en psychothérapie personnelle? Oui **Si oui**, poursuivez à la prochaine question. **Si non**, poursuivez à la dernière page.

2. À combien de reprises (processus distincts) avez-vous été en psychothérapie dans votre vie? fois

3. Lorsque vous êtes allés en thérapie personnelle la première (ou seule) fois, quel était :

votre âge ans
 fréquence des rencontres fois par semaine
 durée des rencontres minutes par rencontre
 estimé du nombre d'heures total heures
 stade de carrière avant-carrière début (0-10 ans)
 milieu fin après votre retraite

4. Lorsque vous êtes allés en thérapie personnelle la **dernière** fois (laissez vide si ne s'applique pas), quel était :

votre âge ans
 fréquence des rencontres fois par semaine
 durée des rencontres minutes par rencontre

estimé du nombre d'heures total _____ heures
 stade de carrière (entourez) avant-carrière début (0-10 ans) milieu fin
 après votre retraite

III. Plus récent (ou unique) psychothérapeute personnel

Svp décrivez ci-dessous les caractéristiques de votre plus récent (ou unique) thérapeute

L'orientation théorique de votre thérapeute :

____ Cognitivo-comportementale ____ Féministe ____ Psychodynamique/analytique
 ____ Humaniste-Existentielle ____ Systémique/Familiale ____ Neuropsychologique
 ____ Systémique/Familliale ____ Éclectique/Intégrative
 ____ Autre, svp spécifiez _____

4. Indiquez l'importance des facteurs suivants dans la sélection de votre thérapeute personnel.

L'importance de son :	Aucunement important		Plutôt Important		Très Importa
Âge	1	2	3	4	5
Sexe	1	2	3	4	5
Absence de critique/dénigrement	1	2	3	4	5
Expérience Clinique	1	2	3	4	5
Orientation théorique	1	2	3	4	5
Chaleureux / Attentionné (warm / caring)	1	2	3	4	5
Style thérapeutique actif	1	2	3	4	5
Ne pas tout attribuer au transfert	1	2	3	4	5
Autre, svp spécifiez _____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

IV. Expérience de thérapie personnelle la plus récente (ou unique).

S'il-vous-plaît réfléchissez à votre plus récente (ou unique) expérience de thérapie personnelle pour répondre aux questions qui suivront.

1. Dans la mesure où il est possible de les séparer, êtes vous entré en thérapie *principalement* pour :

des raisons personnelles ___ des raisons professionnelles ___ les deux ___

2. Quelle était votre difficulté/problème *principal* pour cette psychothérapie? Svp en choisir un seul.

___ alcool ou autre substance ___ dépression ___ conflits familiaux
 ___ anxiété/stress ___ pour formation ___ besoin de compréhension de soi
 ___ difficultés d'adaptation ___ conflits interpersonnels ___
 préoccupations professionnelles ___ problèmes conjugaux

3. Quel était votre niveau de stress/anxiété lorsque vous êtes allé en psychothérapie pour cette difficulté.

Très bas ___ Bas ___ Modéré ___ Élevé ___ Très élevé ___

4. Cadre de votre thérapie personnelle :

___ Clinique universitaire ___ Institut psychanalytique
 ___ Clinique/organisme communautaire ___ Centre de psychothérapie
 ___ Pratique privée ___ Counseling scolaire / Orientation
 ___ Hôpital psychiatrique ___ Autre

5. Format/modalité de votre thérapie personnelle :

___ Thérapie individuelle ___ Thérapie familiale ___ Combinaison de formats
 ___ Thérapie de groupe ___ Thérapie conjugale

6. Combien de temps s'est passé depuis la fin de votre plus récente (ou seule) psychothérapie personnelle?

___ Psychothérapie en cours ___ Moins d'un an ___ Plus d'un an

7. Comment décririez-vous l'effet de votre plus récente (ou seule) thérapie personnelle?

				Détérioration importante	Détérioration modérée	Aucun changement	Amélioration modérée	Amélioration importante
Effets	sur	les	1		2	3	4	5
symptômes/comportements								
Effets	sur	les	1		2	3	4	5
cognitions/insight								
Effets	sur	les	1		2	3	4	5
(soulagement émotif)								

8. Considérée de façon globale, est-ce que votre plus récente (ou unique) thérapie personnelle a été :

___ Aucunement blessante ___ Quelques peu blessante ___ Moyennement
blessante ___ Très blessante ___ Exceptionnellement blessante

9. Décrivez une leçon/apprentissage que votre thérapie personnelle vous a apprise (et qui vous reste) à propos de la pratique de la psychothérapie.

10. Quelle caractéristique négative (une seule) de votre psychothérapie personnelle tentez-vous d'éviter avec vos patients/clients?

11. Dans quelle mesure la honte a-t-elle fait l'objet de votre travail thérapeutique?

Aucunement	Quelque peu	Assez	Beaucoup	Complètement
1	2	3	4	5

Commentez :

* Commencez ici si vous n'avez *jamais* été en psychothérapie personnelle.

- Cotez le *degré d'influence* de ces facteurs sur votre décision de ne jamais être allé en psychothérapie personnelle dans le passé.

	Aucunement	Quelque	Assez	Beaucoup	Complètement
	t	peu			t
Je n'avais pas besoin de thérapie personnelle.	1	2	3	4	5
Je connaissais personnellement tous les thérapeutes de ma localité.	1	2	3	4	5
Je surmonte seul les défis de façon efficace	1	2	3	4	5
Je me suis occupé de mon stress/anxiété de façons autres que par la thérapie personnelle.	1	2	3	4	5
J'ai résolu mes problèmes avant même d'entamer une psychothérapie,	1	2	3	4	5
J'ai reçu assez de support de mes amis, ma famille ou mes collègues de travail.	1	2	3	4	5
J'avais peur de l'exposition.	1	2	3	4	5
J'avais des inquiétudes au niveau de la confidentialité.	1	2	3	4	5
Je crois que, en tant que thérapeute, je devrais travailler mes propres difficultés.	1	2	3	4	5
Je n'étais pas certain qu'une thérapie personnelle serait aidante.	1	2	3	4	5
Je ne voulais pas investir d'énergie dans cette tâche.	1	2	3	4	5
J'ai été incapable de trouver un thérapeute avec qui je me sentirais confortable.	1	2	3	4	5

2. Quelle circonstance (**en nommer une**) vous inciterait probablement à aller en psychothérapie personnelle? S'il-vous-plaît, soyez spécifique.

Questionnaire sur la Conscience reflexive de soi-(SAMS- Self Awareness)

(Traduction du questionnaire de Williams et al., 2003)

Consigne : En vous inspirant de la session thérapeutique que l'on vous a demandé de décrire, veuillez s.v.p. noter sur l'échelle suivante à quel point les différents énoncés correspondent à ce que vous avez vécu durant cette session.

1. J'ai été conscient (e) de mon corps (ma posture, mon ton de voix, mes expressions faciales, et mes réactions physiologiques)

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

2. J'ai eu des moments où ma conscience de moi-même était très élevée

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

3. J'ai pensé à des problèmes qui n'étaient pas reliés au client ni à la session thérapeutique

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

4. J'ai pensé à ma performance ou à mes habiletés professionnelles

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

5. Ma conscience de moi-même m'a distrait (e)

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

6. Je me suis senti(e) anxieux(se)

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

7. Mes pensées et mes réactions ont interféré avec ma performance

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

8. Mon niveau de conscience par rapport à moi-même était nuisible

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

9. Je me suis senti(e) gauche et inadéquat(e)

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

10. J'ai eu un discours intérieur critique

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

11. Je me suis demandée ce qui était en train de se passer entre nous

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

12. Je me suis questionné(e) sur l'origine des réactions ci-haut mentionnées

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

Questionnaire sur les Stratégies de Régulation Émotionnelle (SAMS- Management Strategies)

(Traduction du questionnaire de Williams et al., 2003)

Consigne : En vous inspirant de la session thérapeutique que l'on vous a demandé de décrire, veuillez s.v.p. noter sur l'échelle suivante à quel point les différents énoncés correspondent à ce que vous avez vécu durant cette session ou après celle-ci (jours ou semaines suivant).

1. Je me suis recentré(e) sur mon client

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

2. Je me suis engagé(e) dans un mode réflexif

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

3. J'ai tenté de me centrer sur la session thérapeutique

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

4. Je me suis servi(e) de ma conscience réflexive de soi

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

5. J'ai pris soin de moi-même (ie. habitudes alimentaires, sommeil)

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

6. J'ai utilisé des techniques de base telles, le reflet, le résumé, la paraphrase

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

7. J'ai réprimé ou ignoré ma conscience de soi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

8. J'ai eu recours à de la supervision clinique ou j'ai consulté des pairs

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

9. J'ai eu recours à la psychothérapie personnelle

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

10. J'ai pratiqué des exercices de respiration profonde

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

11. J'ai mis en pratique des méthodes de « coaching » personnel

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

12. J'ai pris des vacances

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

13. J'ai utilisé l'arrêt de la pensée

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

14. J'ai utilisé des techniques de relaxation

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

15. J'ai pris une pause ou j'ai mis fin à la session

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

16. J'ai utilisé ce que je ressentais pour en discuter avec le client

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

17. Je suis devenu(e) moi-même hostile envers le client

1 2 3 4 5
Jamais De temps à autre Parfois Souvent Toujours

18. J'ai référé le client à un autre psychologue

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

19. J'ai continué de ressasser après la séance

1	2	3	4	5
Jamais	De temps à autre	Parfois	Souvent	Toujours

Nous vous remercions grandement de votre participation!

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance, *Psychotherapy*, 38 (2), 171-185.
- Alonso, A., et Rutan, J. S. (1988). Shame and Guilt in Psychotherapy Supervision, *Psychotherapy*, 25, 576-581.
- Amsterdam, B. (1972). Mirror self-image reactions before age two, *Developmental Psychobiology*, 5, 297-305.
- Amsterdam, B., et Levitt, M. (1980). Consciousness of self and painful self-consciousness, *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, 67-83.
- Aron, L. (2000). Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis, *Psychoanalytic Psychology*, 17(4), 667-689.
- Arnold, M.B. (1960a). *Emotion and Personality. Vol. I: Psychological Aspects*. New York: Columbia University Press.
- Atkinson, P. (2006). Personal therapy in the training of therapists, *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8(4), 407-410.
- Atwood, G. E., Stolorow, R. D., et Trop, J. L. (1989). Impasses in psychoanalytic Therapy: A royal road, *Contemporary Psychoanalysis*, 25, 554-573.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164.
- Bacal, H. A. (1998). *Optimal responsiveness: How therapists heal their their patients*. Northvale, NJ : Aronson.
- Banai, E., Mikulincer, M., et Shaver, P.R. (2005). « Self-Object » needs in Kohut's self psychology. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 224-260.
- Bandura, A., Lipsher, D. H., et Miller, P. E. (1960). Psychotherapists approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility, *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1-8.
- Baldwin, S., Wampold, B., et Imel, Z. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.

- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors, *Psychodynamic Practice*, 13(3), 257-274.
- Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations, *Journal of Personality and social psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Basch, M. F. (1976). The concept of affect: A re-examination, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 759-777.
- Bateman, A.W., et Fonagy, P. (2011). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington. American psychiatric publishing.
- Beauregard, M., Lévesque, J., et Bourgoin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion, *Journal of Neuroscience*, 21, R165.
- Beebe, B., et Lachman, F. M. (1994). Representations and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Beebe, B., et Lachman, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment, *Psychoanalytic Psychology*, 15 (4), 408-416.
- Beebe, B., et Lachman, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Benjamin, S. (1974). Structural analysis of behaviour, *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training, *Clinical psychology: Science and Practice*, 4, 44-52.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bischoff, R. J., Barton, M., Thober, J., et Hawley, R. (2002). Events and experiences impacting the development of clinical self confidence: A study of the first year of client contact, *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 371-382.
- Binder, J. L., et Strupp, H. H. (1997). Negative process: Recurrently discovered and Underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults, *Clinical Psychology: Science and practice*, 4, 121-139.

- Bike, D. H., Norcross, J. C., et Schatz, D. M. (2009). Processes and Outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1, 19-31.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., et Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists : Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression, Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171.
- Bohart, A. C., et Greenberg, L. S. (1999). *Empathy reconsidered : New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brady, J. L., Healy, F. C., Norcross, J. C., et Guy, J. D. (1995). Stress in counsellors: An Integrative research review. In W. Dryden (Ed.), *The stresses of counselling in action*. London: Sage.
- Brody, E. M., et Farber, B. A. (1996). The effect of therapist experience and patient diagnosis on countertransference, *Psychotherapy*, 33 (3), 372-380.
- Boswell, J. F., et Castonguay, L. G. (2007). Psychotherapy training : Suggestions for core ingredients and future research, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 378-383.
- Broucek, F. J. (1982). Shame and its relationship to early narcissistic developments *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 369-378.
- Broucek, F. J. (1991). *Shame and the Self*. New York: Guilford Press.
- Castonguay, L. G., et Hill, C. E. (2012). Corrective experiences in psychotherapy: An introduction in: Castonguay, L. G., et Hill, C. E. (Eds). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive, behavioural, humanistic and psychodynamic approaches*, Edwards Brothers, Inc., Ann Arbor, MI, pp. 3-11.
- Clore, G. L., Schwarz, N., et Conway, M. (1994). Affective Causes and Social Consequences of Social Information Processing in: *Handbook of Social Cognition: Vol. I. Basic Processes. 2nd Edition*. Ed. Wyer, R. S. Jr., et Srull, T. K. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Colson, D., Allen, J., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C., et Spohn, N. (1986). An anatomy of countertransference : Staff reactions to difficult patients, *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 923-928.
- Coster, J. S., et Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1), 5-13.

- Chartrand, T. L., Maddux, W. W., et Lakin, J. L. (2005). Beyond the perception-behavior link : the ubiquitous utility and motivational moderators of non-conscious mimicry. In: Hassin, R. R., Uleman, J. S., Bargh, J. A. (Eds.), *The New conscious*, Oxford University Press, New York, NY, pp. 334-361.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., Luborky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., et Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies, *Psychotherapy Research*, 1 (2), 81-91.
- Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy, *Journal of Consulting Psychology*, 22(5), 349-356.
- Cyrułnik, B. (2012). *Mourir de dire la honte*, Odile Jacob, Paris.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, reason and the human brain*. New York: Avon.
- Davis, K., Hector, M. A., Meara N. M., King, J. W., Tracy, D. C., et Wycoff, J. P. (1985). Teaching counsellor trainees, to respond consistently to difficult aspects of anger, *Journal of Counseling Psychology*, 32, 580-588.
- Davidson, R. J. (1998a). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience, *Cognition and Emotion*, 12, 307-320.
- Davidson, R. J. (1998b). Anterior electrophysiological asymmetries, emotion, and depression: Conceptual and methodological conundrums, *Psychophysiology*, 35, 607-614.
- Davidson, R. (Ed.). (2000). Affective style, mood, and anxiety disorders: An affective neuroscience approach. *Anxiety, depression, and emotion* (pp. 88-108). Oxford, England: Oxford University Press.
- Davis, M., et Hadiks, D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement, *Journal of Clinical Psychology*, 50, 393-405.
- Decety, J., et Jackson, P., L. (2004). The functional architecture of human empathy, *Behavioral Cognitive Neuroscience Review*, 3, 71-100.
- Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt Thérapie*. Montréal : Les Éditions du Reflet.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité. Perspectives développementales*. Montréal : Les Éditions du Reflet.

- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 833-845.
- Deutsch, C. J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment, *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (2), 305-315.
- Dimberg, U., et Petterson, M. (2000). Facial reactions to happy and angry facial expressions: Evidence for right hemispheric dominance, *Psychophysiology*, 37, 693-696.
- Dixon, J.C. (1957). Development of self-recognition, *Journal of Genetic Psychology*, 91, 251-256.
- Drouin, M-S. (2003). L'empathie en gestalt thérapie: quelques considérations cliniques et éthiques. *Revue québécoise de gestalt*, 6, 85-105.
- Dryden, W. (Ed.). (1992). *Hard earned lessons form counsellors in action*. London: Sage.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions, *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R. N., et Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion Focused therapy: A process experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ellman, S. (1991). *Freud's technique papers: A contemporary perspective*. NewYork : Jason Aronson.
- Farber, B. A. (1979). The effects of psychotherapeutic practice upon the psychotherapist. A phenomenological investigation. *Dissertation Abstracts International*, 40, 447B. University Microfilms No. 7916611).
- Farber, B. A. (1983). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 174-182.
- Fauth, J., et Williams, E. N. (2005). The in-session self-awareness of therapist-trainees: Hindering or helpful?, *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 443-447.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect, *In Session: Psychotherapy in Practice*, 57 (2), 227-242.
- Fosshage, J. L. (1994). Toward reconceptualising transference: Theoretical and clinical considerations, *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 265-280.

- Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gallese, V., et Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading, *Trends in Cognitive Sciences*, 2 (12), 493-500.
- Gamsky, N. R., et Farwell, G. F. (1966). Counselor verbal behaviour as a function of client hostility, *Journal of Counseling Psychology*, 13(2), 184-190.
- Geller, J. D. (2003). Self-disclosure in psychoanalytic-existential therapy, *Journal of Counseling Psychology- In Session*, 59(5), 541-554.
- Geller, J. D. (2011). The psychotherapy of psychotherapists, *Journal of Clinical Psychology- In Session*, 67(8), 759-765.
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., et Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counsellor gender, and countertransference management, *Journal of Counseling Psychology*, 42, 356-364.
- Gelso, C. J., et Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. New York. Wiley.
- Gelso, C. J., et Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the Therapist' Inner Experience: Perils and Perspectives*, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- George. C., Kaplan, N., et Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*, Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (3rd
- Gilboa, E., et Revelle, W. (1994). Personality and the structure of affective responses. In S. H. Van Goozen, N. E. Van de Poll, & J A. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion Theory* (pp. 135-159). Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist*. Lanham, US: Jason Aronson Inc.
- Goldberg, C. G. (1991). *Understanding Shame*. Northvale, London: Jason Aronson Inc.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion Focused Therapy : Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion and cognition: The transforming power of affect, *Canadian Psychology*, 49 (1), 49-59.
- Greenberg, L.S., et Paivio, S.C. (2003). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

- Greenberg, L. S., Rice, L.N., et Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford Press.
- Guy, J. D., Freudenberger, H., Farber, B., et Norcross, J. C. (1990). Hazards of the psychotherapeutic profession, *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 27-61.
- Hahn, W. K. (2000). Shame: Countertransference identifications in individual psychotherapy, *Psychotherapy*, 37 (1), 10-21.
- Ham, J., et Tronick, E. (2009). Relational psychophysiology : Lessons form mother-infant physiology research on dyadically expanded states of consciousness, *Psychotherapy Research*, 1-14.
- Hansen, J. T. (2009). Self-awareness revisited: Reconsidering a core value of the counseling profession, *Journal of Counseling and Development*, 87, 186-193.
- Harder, D., et Greenwald, D. (2000). The psychotherapy of shame-related pathology from an evolutionary perspective. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 304-329). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Harper, J., et Hoopes, M. (1990). *An approach to integrating individuals and their family systems*. New York: W.W. Norton and Co., Inc.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., et Rapson, R. L. (1993). Emotional Contagion, *Current Directions in Psychological Science*, 2 (3), pp. 96-99.
- Hayes, K. F. (1995). Psychotherapy and exercise behavior change, *Psychotherapy Bulletin*, 30(3), 29-35.
- Heimann, P. (1950). On transference, *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Heller, K., Myers, R. A., et Kline, L. V. (1963). Interviewer behavior as a function of Standardized client roles. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 117-122.
- Henry, J. P. (1993). Psychological and physiological responses to stress: The right hemisphere and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, an inquiry into problems of human bonding. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 369-387.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M., et Denman, D. W., III. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes, *Journal of Counseling Psychology*, 40, 278-287.

- Hill, C. E., Williams, E. N., Thompson, B. J., et Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 43 (2), 207-217.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L., et Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus unsuspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution, *Psychotherapy Research*, 13 (4), 475-491.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., et Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of Psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic Process, and types of outcome, *Journal of consulting and clinical psychology*, 68 (1), 125-133.
- Hess, S., Knox, S., et Hill, C. E. (2006). Teaching graduate student trainees how to manage client anger: A comparison of three types of training, *Psychotherapy Research*, 16, 282-292.
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., et Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 44 (4), 434-449.
- Hill, C. E., et Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship, *Psychotherapy Research*, 19 (1), 13-29.
- Hoffman, E., et Goldstein, L. (1981). Hemispheric quantitative EEG changes following emotional reactions in neurotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 153-164.
- Howard, E. E., Inman, A. G., et Altman, A. N. (2006). Critical incidents among novice counsellor trainees, *Counselor Education and Supervision*, 46, 88-102.
- Izard, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*, New York: Plenum Press.
- Izard, C. E., et Malatesta, C. Z. (1987). Perspectives on emotional development: Differential emotions theory of emotional development. In: J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp. 494-554). New York: Wiley-Interscience.
- Jacobs, L. (1996). Shame in the Therapeutic Dialogue. In: Lee, R. G. et Wheeler, G. *The voice of shame: Silence and connection in psychotherapy*. Cambridge, MA: Gestalt Press.
- Jennings, L., et Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists, *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3-11.

- Jennings, L., Sovereign, A., Bottorff, N., Mussell, M.P., et Vye, C. (2005). Nine ethical values of master therapists, *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 32-47.
- Kaufman, G. (1974). The meaning of shame: Toward a self-affirming identity, *Journal of Counselling Psychology*, 21, 568-574.
- Kaufman, G. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes* (2nd ed.). New York: Spring Publishing Company.
- Kim, D. M., Wampold, B. E., et Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random effects modeling of the NIMH TDCRP data, *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Klein, R. H., Bernard, H. S., et Schermer, V. L. (2011). *On becoming a psychotherapist : The personal and professional journey*, Oxford University Press, Inc.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kottler, J. A. (2003). *On being a therapist 3rd Edition*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Kottler, J. A., et Carlson, J. (2003). *Bad Therapy : Master Therapists Share their Worst Failures*. New York: Brunner-Routledge.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., et Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 66-80.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process an outcome, *Clinical Psychotherapy Review*, 9, 469-485.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergins's and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change 5th Edition*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Lambert, M. J., et Okiishi, J.C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research, *Clinical Psychology, Science and Practice*, pp. 66-75.
- Lamboy, B., Blanchet, A., et Lecomte, C. (2004). L'opérationnalisation du concept de la conscience réflexive du psychothérapeute, *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 189-205.
- Leahy, R. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Lecomte, C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude : L'impossibilité de se défaire de soi, *Revue Québécoise de Psychologie*, 20 (2), 37-63.

- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M-S., et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie, *Revue Québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Lee, R. G., et Wheeler, G. (1996). *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy*. Cambridge, Massachusetts, Unites States: Gestalt Press.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press, Inc.
- Lewis, H. B. (1988). Introduction: Shame- "the sleeper" in psychopathology. In H. B. Lewis (Ed.). *The role of shame in symptom formation* (pp. 1-28). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt, *American Behavioral Scientist*, 27 (6), 689-704.
- Lynd, H. M. (1958). *On shame and the search for identity*. New York: Harcourt Brace.
- Linley, P. A., et Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385-403.
- Livingston, R. H. et Farber, B. A. (1996). Beginning therapists' responses to client shame, *Psychotherapy*, 33 (4), 601-610.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, T., Woody, G., Piper, W., Imber, S., et Lieberman, B. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.
- Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G., O'Brien, C. P., et Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, L., McLellan, T., Diguier, L., Woody, G., et Seligman, D. (1997). The Psychotherapist matters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Machado, P. P., Beutler, L. E., et Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition: Impact of therapist level of experience and emotional awareness, *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 39-57.
- Macran, D., et Shapiro, S. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 13-25.
- Macran, D., Stiles, et W. B., Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419-431.

- Mahler, M. S., Pine, F., et Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Marlowe, D., et Crowne, D. P. (1961). Social desirability and response to perceive situational demands, *Journal of Consulting Psychology*, 25 (2), 109-115.
- Matsakis, A. (1998). *Managing client anger: What to do when a client is angry at you*. Oakland, CA: New Arbinger Publications.
- Mayer, J. D., et Salovey, P. (1995). Emotional Intelligence and the construction and regulation of feelings, *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208.
- Mc Ewan, J., et Duncan, P. (1993). Personal therapy in the training of psychologists, *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 34 (2), 186-197.
- Mc Williams, N. (2005). Preserving our humanity as psychotherapists, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (2), 139-151.
- Meltzoff, A. N., et Moore, K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates, *Science*, 198 (4312), 75-78.
- Miller, S. (1985). *The shame experience*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Miller, A. (1997). *The Drama of the gifted child: The search for the true self*. New York: Basic Books.
- Miller, D. C., et Draghi-Lorenz, R. (2005). Elephant in the consulting room : An interpretative phenomenological analysis of therapists' accounts of their own shame activated in the therapeutic relationship, *Counselling Psychology Review*, 20 (3), 11-19.
- Mills, D. H., et Abeles, N. (1965). Counselor needs for affiliation and nurturance as related to liking for clients and counseling process, *Journal of Counseling Psychology*, 12(4), 353-358.
- Mindell, C. (1994). Shame and contempt in the everyday life of the psychotherapist, *Psychiatric Quarterly*, 65(1), 31-47.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame, the underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Morrison, A. P. (1994). The breadth and boundaries of a self-psychological immersion in shame: A one-and-a-half person perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 4(1), 19-35.
- Nathanson, D. L. (1989). *The many faces of shame*. New York: Guilford Press.
- Najavits, L. M., et Strupp, H. H. (1994) Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study, *Psychotherapy*, 31 (1), 114-123.
- Najavits, L. M. (1995) *Core components of Treatment Scale*. Unpublished manuscript, Harvard Medical School and McLean Hospital, Boston, Ma.
- Najavits, L., M. (1997). Therapists' implicit theories of psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 1-16.
- Najavits, L. M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference, *Cognitive and Counsellor practice*, 7, 322-328.
- Najavits, L. M. (2001). Helping difficult clients, *Psychotherapy Research*, 11 (2), 131-152.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies, *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (6), 710-713.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and Developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.
- Norcross, J. C., et Aboyoun, D. C. (1994). Self-change experiences of psychotherapists. In J. D. Geller, J. C. Norcross, et D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., et Farber, B. A. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Beyond I want to help people, *Journal of Clinical Psychology- In Session*, 61(8), 939-943.
- Norcross, J. C., et Guy, J. D. (1989). The prevalence and parameters of personal therapy in the United States. In J. D. Geller, J. C. Norcross, et D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., et Guy, J. D. (2005). The prevalence and parameters of personal therapy in the United States. In J.D. Geller, J.C. Norcross & D.E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and Clinician perspectives*, (pp. 165-176). New York: Oxford University Press.

- Norcross, J. C., et Guy, J. D. (2007). *Leaving It at the Office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C., et Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. In J. C. Norcross; L. E. Beutler et R. F. Levant (Eds.), *Evidence- Based Practices in Mental Health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Baltimore, MD: United Book Press.
- Norcross, J. C., et Prochaska, J. O. (1986a). Psychotherapist heal thyself I: The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons. *Psychotherapy*, 23, 102-114.
- Norcross, J. C., et Prochaska, J. O. (1986b). Psychotherapist heal thyself II: The self-initiated and therapy-facilitated change of psychological distress. *Psychotherapy*, 23, 345-356.
- Norcross, J. C. et Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1986). Self-Change of psychological distress : Laypersons' vs. Psychologists' coping strategies, *Journal of Clinical Psychology*, 42.
- Normandin, L., et Bouchard, M-A. (1993). The effects of theoretical orientation an experience on rational, reactive and reflective countertransference, *Psychotherapy Research*, 3 (2), 77-94.
- Oatley, K. et Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions, *Cognition and Emotion*. 1 (1), 29-50.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional Understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press
- Orange, D. M. (2008). "Whose shame is it anyway?" Lifeworlds of humiliation and systems of restoration (or "The analyst's shame"), *Contemporary Psychoanalysis*, 44, 83-100.
- Orlinsky, D. E., Botermans, et Rønnestad, M. H. (2001). Toward an empirically grounded model of psychotherapy training : Four thousand therapists' rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36, 139-148.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., et Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research : Continuity and change. In M. Lambert (Ed.). *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.)*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., et Rønnestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T., et Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study, *Journal of Clinical Psychology- In Session*, 67(8), 828-842.
- Oteiza, V. (2010). Therapists' experiences of personal therapy: A descriptive phenomenological study, *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(3), 222-228.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3^e ed.)*, Armand Collin, Paris.
- Paquette, V., Levesque, J., Mensour, B., Leroux, J. M., Beaudoin, G., Bourgoin, P., et al. (2003). Change the mind and you change the brain: Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia, *Neuroimage*, 18, 401-409.
- Parrott, W. Gerrod. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. *Handbook of mental control*. Wegner, Daniel M. (Ed); Pennebaker, James W. (Ed). *Handbook of mental control*. Century psychology series. (pp. 278-305). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Pascual-Leone, A., et Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: "Why the only way out is through", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887.
- Peabody, S. A., et Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counselling, *Journal of Counseling Psychology*, 29, 240-245.
- Philippot, P., et Feldman, R. S. (2004). *The Regulation of Emotion*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pine, M. (1995). The universality of shame: A psychoanalytic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 11(3), 346-357.
- Pope, K. S., et Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National Survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training, *Professional Psychology: Research and Practice*, 24 (2), 142-152.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy, *Journal of Counseling Psychology*, 41, 427-437.
- Rennie, D. L. (1998). *Person-centered counselling: an experiential approach*. London: Sage Publications Ltd.

- Rennie, D. L. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process, *Journal of psychotherapy integration*, 10 (2), 151-167.
- Resnick, R. W. (1997). The recursive loop of shame: An alternate Gestalt Therapy viewpoint, *Gestalt Review*, 1 (3), 256-269.
- Ricks, D. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcome of adolescent patients. In D. Ricks, M. Roff. Et A. Thomas. (Eds.) *Life history research in psychopathology*. (Vol. III). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Rizq, R., et Target, M. (2008). « Not a little Mickey Mouse thing »: How experienced counselling psychologists describe the significance of personal therapy in clinical practice and training. Some results from an interpretative phenomenological analysis, *Counselling Psychology Quarterly*, 21(1), 29-48.
- Rizq, R., et Target, M. (2010). "If that's what I need, it could be what someone else needs". Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of they use personal therapy in clinical practice: a mixed methods study, *British Journal of Guidance and Counselling*, 38(4), 459-481.
- Robbins, S. B., et Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 276-282.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-103.
- Rønnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior therapists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (2), 181-187.
- Rønnestad, 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.
- Safran, J. D., et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York, United States: Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., et Stevens, C. (2002). Repairing alliance Ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York, NY: Oxford University Press.
- Sands, S. H. (1997a). Self psychology and projective identification- whither shall they meet? A reply to the editors (1995), *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 651-668.

- Sands, S. H. (1997b). Protein or foreign body? Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 75 (5), 691-706.
- Sawyer, A. (2011). Let's talk: A narrative of mental illness, recovery, and the Psychotherapist's personal treatment, *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67 (8), 776-788.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation & The Origin of the Self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (2001b). The seventh annual John Bowlby memorial lecture, Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy, *British Journal of Psychotherapy*, 17, 299-328.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation & The Repair of the Self*. New York: W.W. Norton & Company.
- Schore, J. R., et Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment, *Journal of Clinical Social Work*, 36, 9-20.
- Sharkin, B. S. (1989). How counsellor trainees respond to client anger: A review, *Journal of Counselling and Development*, 71, 386-389.
- Sharkin, B. S., et Gelso, C. J. (1993). The influence of counsellor trainee anger-proneness and anger discomfort on reactions to an angry client, *Journal of Counseling & Development*, 71, 483-488.
- Sherman, M. D., et Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research, and Practice*, 29, 79-85.
- Shott, S. (1979). Emotion and social life: A symbolic interactionist analysis, *American Journal of Sociology*, 84, 1317-1334.
- Singer, B. A., et Luborsky, L. (1977). Countertransference : The status of clinical versus quantitative research. In A. Gurman & A. Razin (Eds.). *Effective psychotherapy: Handbook of research*. (pp. 433-451) New York: Pergamon Press.
- Skovholt, T. M., et Rønnestad, M. H. (1992). *The Evolving Professional Self: Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Skovholt, T. M., et Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counsellor and therapist, *Journal of Career Development*, 30 (1), 45-58.

- Stark, M. (1999). *Modes of therapeutic action: Enhancement of knowledge, provision of experience, and engagement in relationship*. New York: Jason Aronson.
- Stein, R. (1997). The shame experiences of the analyst. In A. Goldberg (Ed.), *Conversations In self psychology. Progress in self psychology: Vol. 13* (pp. 109-123). Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.
- Stenberg, G., Wiking, S., & Dahl, M. (1998). Judging words at face value: Interference in a word processing task reveals automatic processing of affective facial stimuli. *Cognition and Emotion*, 12, 755-782.
- Stricker, G. (2003). The many faces of self-disclosure, *Journal of Clinical Psychology-In Session*, 59(5), 623-630.
- Strupp, H. H. (1990). The case of Helen R: A therapeutic failure; *Psychotherapy*, 27 (4), 644-655.
- Strupp, H. H., et Hadley, S. W. (1979). Specific vs. non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome, *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Sussman, M.B. (1995). *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice*. New York: Wiley.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (1), 102-111.
- Tangney, J. P. (1995). Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *American Behavioural Science*, 38, 1132-1145.
- Tangney, J. P. et Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., et Fischer, K. W. (1995). *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New York: Guilford Press.
- Tansey, M. J., et Burke, W. F. (1989). *Understanding Countertransference: From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, The Analytic Press.
- Teyber, E., et McClure, F. (2000). Therapist variables. In C.R. Snyder & R. E. Ingram (Eds), *Handbook of Psychological change. Psychotherapy processes and practices for the 21st century*. (pp. 67-87) New York: Wiley

- Thériault, A., et Gazzola, N. (2005). Feelings of inadequacy, insecurity, and incompetence among experienced therapists, *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 11-18.
- Thériault, A., et Gazzola, N. (2006). What are the sources of feelings of incompetence in experienced therapists, *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (4), 313-330.
- Thériault, A., et Gazzola, N. et Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists: Consequences, coping and correctives, *Canadian Journal of Counselling*, 43 (2), 105-119.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, Imagery & Consciousness. Vol. 2, The negative affects*. New York: Springer.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants, *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Turner, S., Gibson, N., Bennett, C., et Hunt, C. (2008). Learning from experience : Examining the impact of client work upon two trainee therapists, *Counselling and Psychotherapy*, 174-181.
- Van Vliet, J. K. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study, *Journal of Counseling Psychology*, 55 (2), 233-245.
- Van Wagoner, S.L., Hayes, J. A., Gelso, C. J., et Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist, *Psychotherapy*, 28(3), 411-421.
- Von der Lippe, L. A., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., et Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy : The pull of hostility, *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc Inc.
- Wampold, B. E. (2007) Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment *American Psychologist*, 62 (8), 857-869.
- Wampold, B. E. et Brown, G. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.

- Wampold, B. E., Hollon, S. D., Hill, C. E., et Norcross, J. C. (2011). Unresolved questions and future directions in psychotherapy research, In VandenBos, G. R. (Ed.); Freedheim, D. K. (Ed.), *History of Psychotherapy: Continuity and Change* (2nd ed.), (pp. 333-356) Washington DC, US.
- Wegner, D. M. (1997). *Why the mind wanders*. In J. D. Cohen & J. W. Schooler (Eds.). *Scientific approaches to consciousness* (pp. 295-315), Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wheeler, G. (1997). Self and shame: A gestalt approach, *Gestalt Review*, 1 (3), 221-244.
- Williams, E. N. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research, *Psychotherapy Research*, 18 (2), 139-146.
- Williams, E. N., et Fauth, J. (2005). A psychotherapy process study of therapist in session self-awareness, *Psychotherapy Research*, 15 (4), 374-381.
- Williams, E.N., Hurley, K., O'Brien, K., et DeGregorio, A. (2003). Development and validation of the self-awareness and management strategies (SAMS) scales for therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 278-288.
- Williams, E. N., Judge, A.B., Hill, C. E., et Hoffman M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies, *Journal of Counseling Psychology*, 44 (4), 390-399.
- Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J., et Judge, A. B. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33 (1), 5-18.
- Winnicott, D. W. (Ed.). (1960). *Ego distortion in terms of the true and false self*. In the maturational processes and the facilitating environment. (pp. 140-152). London: Hogarth Press.
- Wiseman, H., et Shefler, G. (2001). Experienced psychoanalytically oriented therapists' narrative accounts of their personal therapy : Impacts on professional and personal development, *Psychotherapy*, 38(2), 129-141.
- Wogan, M., et Norcross, J. C. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates and predictive utility, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22, 68-74.

Zeddies, T. J. (1999). Becoming a psychotherapist: The personal nature of clinical work, emotional availability and personal allegiances, *Psychotherapy*, 36 (3), 229-235.