



HAL
open science

Trouble de la personnalité histrionique et évolution du contre-transfert avec l'expérience clinique : étude rétrolective comparative

Julie Sautreuil

► **To cite this version:**

Julie Sautreuil. Trouble de la personnalité histrionique et évolution du contre-transfert avec l'expérience clinique : étude rétrolective comparative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932278

HAL Id: hal-01932278

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932278>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2016

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du

Troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Julie SAUTREUIL

le 31 Mars 2016

Trouble de la personnalité histrionique et évolution du
contre-transfert avec l'expérience clinique :
étude rétrolective comparative

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Raymond SCHWAN

Président

Mme le Professeur Eliane ALBUISSON

Juge

Mr le Professeur Bernard KABUTH

Juge

Mr le Docteur Jérôme LEROND

Juge et Directeur

Mme le Docteur Fabienne LIGIER

Juge et Directrice



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY
Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Denise MONERET VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-

PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Raymond Schwan
Professeur de Psychiatrie de l'adulte

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de notre thèse, pour cela nous vous adressons nos plus sincères remerciements.

Nous vous adressons l'expression de notre sincère gratitude pour l'attention que vous avez apportée à ce modeste travail.

Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement. Il nous a donné le goût de la rigueur scientifique et de la précision sémiologique. Nous rendons hommage à votre intérêt pour la recherche et pour avoir su nous motiver et rassurer quant à l'écriture d'un article pour cette étude.

Veillez recevoir l'expression de notre respect et de notre considération.

A notre Maître et Juge

Professeur Eliane ALBUISSON
Professeur en santé publique

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer au jury de notre soutenance de thèse.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous adressons nos sincères remerciements pour votre implication dans cette étude, avec votre collaboration à l'analyse statistique.

Nous sommes également reconnaissants pour tout ce que nous avons appris à vos côtés, votre rigueur et votre bienveillance à notre égard.

Que ce travail soit la sincère marque de notre respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent
Docteur en Psychologie

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury de thèse et vous adressons nos sincères remerciements.

Nous vous remercions sincèrement pour la qualité de vos enseignements passionnés, qui ont accompagné nos réflexions durant notre parcours d'interne et qui continueront à nous guider. Nous vous sommes reconnaissants pour votre engagement dans la formation des internes et pour les qualités humaines que vous manifestez dans ce cadre.

Nous tenons à vous manifester notre gratitude pour votre application à nous transmettre votre expérience ainsi que des valeurs médicales et humaines. Vous nous avez apporté de riches connaissances de qualité, toujours avec ce même dynamisme porteur.

Nous vous remercions pour votre accueil chaleureux ainsi que pour votre disponibilité, votre générosité bienveillante et votre soutien indéfectible. Nous avons apprécié aussi la confiance que vous nous avez toujours témoignée durant notre internat. Nous tenterons de nous en montrer digne.

A travers ce travail, veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Juge et Directeur

Docteur Jérôme LEROND
Docteur en psychiatrie

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir bien voulu diriger ce travail.

Nous vous remercions de nous avoir aidés dans le cheminement de nos idées et de nous avoir accordés votre confiance. Nous apprécions votre recul clinique et votre éclairage théorique.

Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

A notre Juge et Directrice

Docteur Fabienne LIGIER

Docteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous adressons nos plus chaleureux remerciements pour avoir accepté de diriger et d'accompagner ce travail de thèse.

Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré ainsi que du soutien et des encouragements que vous nous avez apportés tout au long de la réalisation de ce travail. Merci pour votre disponibilité, vos conseils, votre rigueur et votre bonne humeur.

Nous sommes aussi très reconnaissants et respectueux de votre engagement dans les enseignements et dans la pratique professionnelle partagée en pédopsychiatrie à Brabois. Votre savoir et votre rigueur nous guiderons encore dans l'avenir.

Nous sommes, à titre plus personnel, particulièrement ravis de partager avec vous cet autre tournant de notre vie. Nous vous assurons de notre estime et de notre sincère amitié.

Veillez trouver dans ces mots notre profond respect et notre plus grande gratitude à votre égard.

REMERCIEMENTS

A mes collègues :

Je remercie vivement tous les soignants qui ont participé à mon questionnaire sur le secteur du Grand Nancy et de pont à Mousson au CPN, sur le CHS de jury les Metz, et Sur le CHS de Fains Veel. Merci tout particulièrement aussi aux différents cadres et secrétaires qui se sont investis pour la transmission des différentes informations.

A toute les équipes soignantes, médecins, infirmiers et autres paramédicaux, avec lesquels j'ai eu la chance de me former tout au long de mon internat et qui m'ont aidé à évoluer. J'ai eu plaisir à apprendre mon métier de psychiatre auprès de vous tous, merci.

Je tiens particulièrement à remercier le Dr Princet et le Dr Poivey qui m'ont donné le goût et l'amour de la psychiatrie dès mon premier stage à Fains-Veel. Merci d'avoir partagé avec moi votre savoir avec autant de gentillesse et de spontanéité, aussi bien sur le plan médical que culinaire !

Un grand merci aussi au Pr Raffo et ses collègues neuropédiatres, ainsi que l'équipe du CAMSP, pour m'avoir aussi bien accueilli dans leurs services et pour les connaissances qui m'ont été transmises.

Et enfin un grand merci à toute l'équipe médicale de pédopsychiatrie de Brabois et de la maternité, pour m'avoir fait redécouvrir la pédopsychiatrie dans son ensemble. J'ai apprécié le partage de vos connaissances, votre écoute, votre soutien ainsi que votre bonne humeur. Ce fut un vrai plaisir d'apprendre à vos côtés. Vous m'avez permis de prendre conscience de mon attrait pour la pédopsychiatrie, concrétisé par mon inscription au DESC.

A toutes les secrétaires et cadres de ces équipes soignantes, merci pour tous ces moments partagés ensemble. Vous avez su gérer mes défauts et avez toujours été d'un soutien et d'une gentillesse exemplaire, aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

A tous mes co-internes, nous étions « une super promo », je n'oublierai pas les sympathiques moments que nous avons vécu. Un remerciement particulier à Baptiste et Marilou pour leur aide et participation à cette étude. Un grand merci aussi à Caro, Marie, Elsa et bien sur Marilou pour leur soutien infailible et leur amitié. Natalie, merci d'avoir été une co-interne et voisine aussi agréable, dommage que nous n'ayons pas eu plus d'occasion de nous connaître. Guillaume et Sarah, merci pour votre soutien et votre écoute au cours de nos stages communs, c'était un plaisir de travailler avec vous.

A Ségolène, qui comme Marie par la suite, a été une co-locataire « de choc », merci pour ces moments partagés, même s'ils restent bien trop rare.

A ma famille :

A Richard, pour ton amour, pour m'avoir supportée sans faillir tous ces derniers mois, merci. Pour avoir tenu la distance, supporté tous ces kilomètres et accepté de mener cette vie, merci. Tes encouragements ainsi que la flamme que je lis dans tes yeux sont d'un grand réconfort. Je remercie la vie de m'avoir permis de croiser ton chemin, tu rends ma vie tellement plus belle, j'ai hâte de commencer notre nouveau voyage ensemble avec le retour à la vie quotidienne commune.

A mes parents, pour m'avoir appris à ne pas baisser les bras et à respecter la vie, pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour votre soutien et pour votre amour, merci.

A mes sœurs, Marie, Claire et Aline, pour notre complicité fraternelle, pour tous ces moments partagés, disputes et réconciliations ainsi que pour les moments à venir, merci. A mes beaux-frères qui ont par la présence sympathiquement agrandi la famille.

A Malo, mon adorable neveu dont je suis déjà complètement « dingue ».

A papi, pour les week-ends passés ensemble, pour ton humour, tes anecdotes, et pour les parties de scrabble « endiablées », merci.

A la mémoire de mes autres grands-parents.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueillie simplement parmi vous avec toute votre gentillesse, merci.

A mes oncles et tantes et à mes cousins, merci pour tous nos bons moments et pour votre soutien indéfectible. Merci tout particulièrement à Sabine, pour ta participation à mon mémoire, pour tes conseils avisés et pour nos longues

discussions. Merci aussi particulièrement à Catherine et Thierry, pour avoir accueilli Richard à bras ouvert pendant de longs mois, pour tous les moments où vous m'avez conviée à passer des temps avec vous et Marion, à l'origine aujourd'hui de notre relation de super cousine. Toute ma gratitude aussi pour vos suggestions et vos corrections toujours les bienvenues tant pour le mémoire que pour ce travail de thèse.

Merci Marion pour la place de choix que tu m'as laissée dans ta vie, pour ton soutien, ta capacité à me faire évoluer et pour tous nos super moments, passés et à venir.

Merci à Coco pour nos rencontres sur Nancy, entre cousines expatriées, desquelles est née une belle complicité.

Merci aussi tout particulièrement à Bruno et Brigitte qui ont toujours été là pour moi, assumant parfaitement leur rôle de parrain, marraine.

A mes amis :

A tous mes amis, rencontrés à un moment sur ma route et qui ont continué le chemin avec moi, m'accompagnant dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Vous tous qui m'êtes si cher, d'hier et d'aujourd'hui, d'ici et d'ailleurs, merci.

Merci particulièrement à Maxime, Fanny et Aymeric, pour m'avoir supportée et soutenue depuis tant d'années. Pour notre amitié solide bâtie au fil du temps, pour tous les moments partagés et pour tous ceux qui restent à inventer, merci.

Merci à Pascaline, Julie, Anne Laure, Solenn, pour m'avoir toujours soutenue et supportée dans les bons moments comme dans les difficultés. Pour nos moments et pour notre complicité sans cesse renouvelée depuis tant d'années, merci.

Merci aussi à Fanny et Stefan pour votre participation active à la traduction de mon article.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

PREAMBULE

En accord avec notre Président de thèse, nous avons décidé de rédiger ce travail sous le format d'un article scientifique qui sera proposé à la publication.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	24
I. Généralités autour des différents concepts de notre étude	25
Le trouble de la personnalité histrionique :	25
Définition et histoire de l'évolution du concept de contre-transfert : (15,16)	27
Origine de l'idée de cette étude et intérêt :	30
II. L'article.....	32
RESUME DE L'ARTICLE	32
INTRODUCTION.....	33
MATERIELS et METHODES	34
Caractéristique de l'étude :	34
Questionnaire	34
Collecte de données.....	35
Analyses des Données.....	35
RESULTATS	36
Taux de réponses	36
Caractéristiques de la population étudiée (<i>cf. tableau 1</i>)	36
Prise en charge globale et opinion.....	38
Les ressentis contre-transférentiels de ces soignants	38
L'expérience clinique :	43
L'âge :	46
Le genre:.....	47
La fonction soignante :	47

Le type de service :.....	47
Evaluation du nombre de patients :	47
Facteurs multivariés :.....	48
DISCUSSION	48
Ressentis contre-transférentiels et évolution dans le temps avec l'expérience clinique	48
Généralité sur l'évolution avec l'expérience clinique :.....	49
Prise en charge globale et opinion :.....	50
Intérêt de l'étude :.....	51
Limites de l'étude :.....	51
Perspective :.....	52
BIBLIOGRAPHIE	53
III. Poursuite de la discussion par une analyse approfondie de certains ressentis contre-transférentiels de notre étude	56
Découragement/Lassitude	56
Empathie/Sympathie :.....	57
Impuissance/Incompétence	58
Hostilité/Rejet :.....	58
Etre séduit/Attraction physique :	59
Auto-dévalorisation	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	66

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Boxplots représentant la répartition des cotations d'intensité de chaque type de ressenti contre-transférentiel en début de carrière et actuellement	40
Figure 2 : Moyenne des variances relatives pour chaque ressenti contre-transférentiel.....	42
Figure 3 : Pourcentage des variances relatives pour chaque type de ressenti contre-transférentiel, classées en 3 groupes (négative, nulle, positive).....	44
Figure 4 : Moyenne des variances relatives selon les années d'expérience : ressentis négatifs	45
Figure 5 : Moyenne des variances relatives selon les années d'expérience : ressentis positifs	46

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des personnels soignants répondant	37
Tableau 2 : Taux de cotation supérieur à 4, en pourcentage, pour les 3 ressentis contre-transférentiels les plus intensément cotés, en début de carrière et actuellement	39
Tableau 3 : Analyse descriptive des ressentis contre-transférentiels	40
Tableau 4: Analyse descriptive de l'évolution des ressentis contre-transférentiels à partir des calculs de différences et ceux des variances relatives	41
Tableau 5 : Moyenne des Variances relatives selon le nombre d'années d'expérience pour les huit ressentis contre-transférentiels.....	45

INTRODUCTION

Ces dernières décennies, la psychiatrie a beaucoup évolué, entre les avancées des neurosciences et le développement de différents courants théoriques (Thérapie-Cognitivo-Comportementale, Hypnose et autres thérapies brèves, Systémique...), en plus de la psychanalyse. Quel que soit le courant théorique, la relation avec le patient reste centrale. Lorsque Freud a commencé à décrire les mouvements occasionnés par la thérapie, à la fois du côté du patient et du soignant en 1910 (1), il a introduit le concept de contre-transfert, sujet qui a retenu toute notre attention. Au cours de nos stages, nous avons en effet pu constater que le contre-transfert avec les patients, particulièrement avec ceux présentant un trouble de la personnalité histrionique était source de tensions institutionnelles et avait parfois un retentissement sur la qualité de l'alliance thérapeutique. C'est un sujet que nous avons désiré approfondir, d'autant plus qu'il est peu étudié, selon nos recherches.

Dans un premier temps, avant de préciser l'origine de l'idée de cette étude et son intérêt, nous allons décrire le lien entre hystérie, au sens historique, et trouble de la personnalité histrionique. Nous allons aussi définir le concept de contre-transfert à travers un récapitulatif chronologique de son évolution.

Dans un second temps, nous développerons notre étude sous forme d'un article scientifique.

Enfin, nous compléterons la discussion de l'article avant de conclure par des perspectives.

I. Généralités autour des différents concepts de notre étude

Le trouble de la personnalité histrionique :

La personnalité de quelqu'un se définit comme un ensemble de comportements et d'attitudes qui conduisent à son agir et constitue son individualité, sa singularité propre. (2,3)

Le DSM-IV-TR (4), ainsi que le DSM-5 (5) définissent un trouble de la personnalité en général selon les critères principaux suivants :

Déviations des conduites dans le domaine de la cognition, de l'affectivité, dans le fonctionnement interpersonnel ou les contrôles des pulsions, par rapport à ce qui est attendu dans la culture de l'individu

Modalités durables qui sont rigides et qui envahissent des situations personnelles et sociales

Il en résulte une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Pour rappel, le DSM-IV-TR (4), ainsi que le DSM-5 (5), classent les troubles de la personnalité selon 3 groupes : le groupe A réunit les personnalités excentriques et bizarres (paranoïaque, schizoïde et schizotypique), le groupe B réunit les personnalités dites théâtrales, émotives et erratiques (antisociale, borderline, histrionique et narcissique) et le groupe C réunit les personnalités anxieuses et phobiques (évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive) (6).

Le DSM-5 (5) a supprimé l'axe I et II, ramenant les troubles de la personnalité au niveau des autres troubles mentaux (7). Le projet était de limiter à 5 le

nombre de troubles de la personnalité avec l'exclusion de la personnalité histrionique dont les symptômes auraient été rapportés à des traits pathologiques de personnalité (6,7). Suite aux nombreuses controverses, cette approche a, pour l'instant, été annulée et le trouble de la personnalité histrionique persiste.

La personnalité histrionique a une prévalence actuelle, en France, évaluée à 2-3% (3,8). C'est un trouble dont la définition est directement dérivée d'un ancien diagnostic psychiatrique, l'hystérie.

L'hystérie est le plus ancien diagnostic psychiatrique, décrit dès l'Antiquité dans l'Égypte ancienne puis par Hippocrate (9). Son expression a constamment changé avec les époques, les cultures, l'évolution des sociétés et les progrès du savoir médical (10). De manière stable, ce diagnostic conserve un certain polymorphisme des symptômes et une multiplicité de leurs expressions. C'est seulement avec Charcot et Freud que les troubles physiques ont été associés à une origine psychique (11). L'hystérie disparaît à la fin du XX^{ème} siècle alors que le mot était tombé dans le domaine public et subissait une usure sémantique, avec une évocation devenue purement péjorative. L. Israël (12), en 1976, différencie la personnalité hystérique (personnes ayant réussi leurs aménagements internes et relationnels avec une bonne adaptation individuelle et sociale grâce à des mécanismes de défense solides) de la personnalité histrionique (forme la plus sévère, la moins bien structurée et la plus vulnérable aux décompensations psychopathologiques), les deux s'inscrivant dans un continuum. Par ailleurs, à partir de 1980 dans la 3^{ème} version du DSM (13), ce trouble a été divisé en troubles somatoformes (conversion, somatisation) et en troubles dissociatifs (amnésie, fugue, trouble de l'identité)

(8). Le trouble de la personnalité hystérique n'était donc plus mentionné en tant qu'entité mais associé aux troubles somatoformes. Ensuite, ce trouble a été à nouveau individualisé sous le terme de trouble de la personnalité histrionique dans le DSM-IV-TR (4) et la CIM-10 (14), car il a été constaté que les troubles somatoformes pouvaient exister sans trouble de la personnalité (8).

La personnalité histrionique se manifeste par une dépendance affective avec une quête d'attention associée à des réponses émotionnelles excessives. Cela se confirme avec l'association de quelques traits tels qu'une labilité de l'humeur, une importante suggestibilité, une tendance à l'exagération, à la dramatisation ou au théâtralisme (« histrion » signifie mauvais acteur) (2,5,10). Il s'y associe un discours souvent subjectif mais pauvre et une attitude provocante avec parfois une séduction sexuelle inadaptée. Ces patients peuvent également présenter des somatisations douloureuses ou des phénomènes de conversion, correspondant alors au tableau clinique de l'hystérie décrit par Charcot et Freud (8). Par ailleurs, un certain nombre de personnalités (narcissique, borderline et dépendantes) nouent des liens extrêmement étroits avec les traits de personnalité histrionique, rendant parfois le diagnostic difficile.

Le style relationnel particulier de ces patients peut induire chez les soignants des ressentis contre-transférentiels négatifs (3,8,10).

Définition et histoire de l'évolution du concept de contre-transfert : (15,16)

Freud (1), en 1910, a introduit ce concept, parallèlement au concept de transfert pour les patients. Le contre-transfert se définissait alors comme l'ensemble des ressentis inconscients du thérapeute influencés par le

comportement du patient. Le terme avait une valeur négative puisque pour Freud le contre-transfert était le résultat des propres conflits névrotiques du thérapeute qui interféraient alors avec la thérapie.

Klein (17), en 1946, suggérait que le patient devait induire chez le clinicien l'expérience de ses propres émotions qu'il avait des difficultés à gérer et à reconnaître ; pour le thérapeute, l'analyse de son ressenti contre-transférentiel pouvait être un outil pour mieux comprendre le patient, comme l'évoquait aussi Bion en 1962 (18).

Winnicott (19), en 1949, opposait les réactions contre-transférentielles objectives au contre-transfert subjectif. Il étudiait la réaction haineuse et pensait qu'elle était davantage liée au comportement du patient qu'en lien avec le passé personnel du thérapeute ou avec ses conflits intrapsychiques.

L'idée est complétée par Heimann (20), en 1950, qui inclut dans la définition de Freud du contre-transfert, l'ensemble des réactions émotionnelles que les thérapeutes peuvent avoir à propos de leur patient, aussi bien inconscientes, que conscientes. Elle décrit donc le contre-transfert comme étant la totalité des expériences et sentiments du thérapeute envers le patient, position qui normalise les émotions des thérapeutes. Elle décrit que cette réaction contre-transférentielle est l'instrument le plus important du thérapeute pour comprendre le patient et leur relation thérapeutique.

Kernberg (21), en 1965, était d'accord avec l'idée d'élargir la définition du contre-transfert, décrivant le concept du contre-transfert de Freud comme restrictif, trop étroit (« narrow definition ») à l'opposé de la définition d'Heimann qu'il qualifiait de total (« totalistic définition »). C'est à ce jour encore la définition la plus utilisée.

Yulis et Kiesler (22), en 1968, puis Hayes et Gelso (23), en 1991, ont tenté de rendre opérationnel le concept de contre-transfert. Pour cela, ils ont défini la réaction contre-transférentielle comme étant basée sur les conflits non résolus du thérapeute et se manifestant dans les comportements d'évitement (désapprobation, silence, ignorance...) de la part de ce dernier.

Pour Watkins (24), en 1985, les réactions contre-transférentielles du thérapeute peuvent être aussi bien positives que négatives, facilitatrices ou non facilitatrices.

En 1987, Slakter (25) valide l'idée que comprendre et contrôler les réactions contre-transférentielles est bénéfique au thérapeute, en raison des informations cliniques que cela lui apporte.

Gabbard, en 1995 (26), complétait l'idée de Slakter, en l'étendant à tous les courants théoriques. En 2001 (27), il ajoutait qu'à travers le contre-transfert, le patient semble tirer le clinicien vers ce qui reflète ses attentes durables dans ses relations. Le contre-transfert est actuellement vu comme un joint créé entre le patient et le thérapeute, impliquant la contribution des 2 parties consciente et inconsciente. En même temps, la propre subjectivité du thérapeute est impliquée dans la manière dont le patient expérimente ces comportements. Gabbard (27) a montré que cette compréhension contemporaine pouvait être illustrée par une analyse de plusieurs concepts clefs de la littérature psychanalytique : l'identification projective, la théorie sur les relations et le constructivisme.

Mitchell et Aron (28), en 1999, rapportent que l'influence du patient sur les sentiments du thérapeute est teintée par la propre image, la personnalité et l'univers émotionnel du thérapeute.

Ainsi, le concept du contre-transfert a progressivement été élargi à l'ensemble des ressentis conscients et inconscients, émotionnels et cognitifs, intrapsychiques et comportementaux. Pour tous les auteurs, quelle que soit leur orientation théorique, le contre-transfert met en relief les émotions que le soignant ressent quand il prend en charge un patient et peut être utilisé comme source d'information sur ce patient.

Origine de l'idée de cette étude et intérêt :

Durant mon internat de psychiatrie, au cours de mes différents stages, je me suis rendue compte que certains patients provoquaient des difficultés institutionnelles dans la gestion de leurs comportements et amenaient à d'importants débats, voire parfois des désaccords majeurs entre les soignants. Pour les soignants, l'impact émotionnel vis-à-vis de ces patients semblait intense et en général plutôt négatif. Ces patients souffraient majoritairement d'un trouble de la personnalité et c'est ainsi que je me suis intéressée au phénomène de contre-transfert avec ce type de patients. J'ai alors constaté qu'actuellement le contre-transfert reprenait une place majeure dans la littérature clinique et théorique. Plusieurs études récentes autour des ressentis contre-transférentiels montrent que le contre-transfert n'est plus considéré seulement comme inévitable mais plutôt comme un outil permettant de comprendre le patient et la relation thérapeutique, et d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Comme évoqué dans la littérature (29,30), j'avais pu observer des difficultés institutionnelles surtout avec des patients ayant un trouble de la personnalité appartenant au groupe B du DSM IV-TR. De nombreuses études portent sur les personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline (29–34), délaissant le sujet des patients présentant un trouble de personnalité

histrionique. Et pourtant, ces patients amènent les mêmes problématiques de prises en charge mais souffrent peut-être d'une confusion diagnostique qui persiste pour les soignants. C'est pourquoi, j'ai choisi d'étudier spécifiquement les personnes présentant un trouble de la personnalité histrionique. Par ailleurs, de rares études décrivent une évolution du contre-transfert avec l'expérience clinique (29,31–34). Afin de pouvoir envisager des améliorations dans la gestion institutionnelles de ces émotions, nous avons donc souhaité étudier le contre-transfert des soignants vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique et vérifier l'impact de l'expérience clinique sur le contre-transfert.

Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrolective, c'est-à-dire à la fois rétrospective et transversale, auprès de soignants en psychiatrie adulte, à l'aide d'un auto-questionnaire d'évaluation des ressentis contre-transférentiels. La diffusion des questionnaires s'est faite dans quatre centres hospitaliers de la région lorraine, auprès de 218 personnels soignants travaillant sur le secteur du Grand Nancy en Meurthe-et-Moselle (43%), de 76 soignants travaillant sur le secteur de Pont-à-Mousson en Meurthe-et-Moselle (15%), de 94 soignants travaillant au CHS de Fains-Veel en Meuse (19%) et de 116 soignants travaillant au CHS de Jury-lès-Metz en Moselle (23%), soit un total de 504 soignants.

Nous allons maintenant détailler notre étude sous forme d'un article scientifique.

II. L'article

Trouble de la personnalité histrionique et évolution du contre-transfert avec l'expérience clinique : étude rétrolective comparative

RESUME DE L'ARTICLE

Introduction : Les ressentis émotionnels du soignant sont un véritable outil technique au service du développement de l'alliance thérapeutique. Les patients qui présentent un trouble de la personnalité de type histrionique peuvent générer d'importants mouvements contre-transférentiels négatifs de la part des soignants. L'objectif principal de cette étude est de comparer, selon la catégorie professionnelle, en psychiatrie adulte, l'évolution des ressentis du contre-transfert des soignants vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique et d'évaluer l'impact de l'expérience clinique sur cette évolution. **Matériel et méthode :** C'est une étude multicentrique rétrolective comparative de 234 soignants (infirmiers, psychologues, psychiatres), réalisée à partir d'un auto-questionnaire anonyme d'évaluation de huit dimensions contre-transférentielles extraites du « Countertransference Questionnaire ». L'évaluation concerne des ressentis actuels mais aussi de début de carrière des soignants, vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique.

Résultats : Dans l'ensemble, les soignants n'ont pas apprécié intensément leurs ressentis, mais trois émotions se détachent des autres : l'impuissance/incompétence, le découragement/lassitude, l'empathie/sympathie. Il y a également une diminution significative de l'ensemble des ressentis contre-transférentiels en fonction de l'expérience clinique. Les soignants les plus expérimentés présentent une diminution plus importante des ressentis contre-transférentiels négatifs, avec une évolution significative pour ceux qui ont plus de 30 ans d'expérience. A l'opposé, les soignants avec peu d'années d'expérience ne perçoivent pas d'évolution de leur contre-transfert.

En conclusion : l'expérience clinique joue un rôle favorable sur l'évolution du contre-transfert, élément à la fois diagnostique et thérapeutique.

INTRODUCTION

Une bonne alliance thérapeutique est l'un des meilleurs indices prédictifs de l'efficacité d'une psychothérapie (1–3). Les ressentis émotionnels du soignant sont un véritable outil technique au service du développement de cette alliance (2–5) et permettent aussi d'orienter le diagnostic (4,6–11). Le terme de contre-transfert est utilisé pour parler de ces ressentis. Ce terme, initialement introduit par Freud pour évoquer les sentiments inconscients du soignant face au patient (12), a été élargi aux émotions conscientes à mesure du temps dans le langage courant. Il semble même admis comme tel dans la communauté scientifique (5,8,10,11).

Un ressenti contre-transférentiel négatif vis-à-vis d'un patient peut altérer la qualité des soins qui lui sont proposés et générer des tensions institutionnelles. Les patients à l'origine de ces conflits sont majoritairement des personnes présentant un trouble de la personnalité du Cluster B du DSM-IV-TR (borderline, narcissique, antisocial et histrionique) (11,13–20). Des auteurs ont réalisé des études empiriques autour du contre-transfert : les ressentis de découragement, d'hostilité, d'impuissance mais aussi d'empathie sont souvent retrouvés, et ce avec des outils d'évaluation pourtant hétérogènes (5,6,8–11,21,22). Certains d'entre eux ont également démontré que l'expérience clinique avait un impact sur l'évolution du contre-transfert (15,18,19,22–24). Cependant, ces études sont généralistes, à la fois sur le type de ressenti (ressenti contre-transférentiel dit positif/négatif) (5,8,18,23) et également sur le type de trouble du patient (étude sur les différents groupes de troubles de la personnalité) (7,10,16,17,25,26). Lorsqu'un trouble de la personnalité est étudié de manière individualisée, ce sont généralement les trouble de la personnalité borderline et narcissique qui sont ciblés (11,15,18,20,23,24). Enfin, ces études portent rarement sur l'ensemble des catégories de soignants (infirmiers versus psychiatres et psychologues) (10,16,17,26).

Or, la pratique nous a montré que les patients qui présentent un trouble de la personnalité de type histrionique peuvent générer d'importants mouvements contre-transférentiels de la part des soignants.

Il nous a donc semblé intéressant de pouvoir préciser quels types de ressentis du contre-transfert sont mobilisés face à des patients qui présentent un trouble de la personnalité de type histrionique, mais aussi si l'expérience permet au contre-transfert d'évoluer d'une part et si les soignants peuvent s'appuyer sur leur ressenti pour l'évaluation diagnostique d'autre part.

L'objectif principal de cette étude était de comparer l'évolution des ressentis du contre-transfert des soignants vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique, selon la catégorie professionnelle, en psychiatrie adulte. L'objectif secondaire était d'évaluer l'utilisation du contre-transfert en tant qu'outil diagnostique.

MATERIELS et METHODES

Caractéristique de l'étude :

Type : Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective comparative.

Population concernée : Cette étude menée entre juin 2015 et octobre 2015 en multicentrique sur 4 centres hospitaliers de Lorraine en France, a porté sur une population de 234 soignants de psychiatrie adulte. Les soignants travaillaient dans différents types d'unités: unité d'admission en hospitalisation libre, unité d'admission en hospitalisation fermée, CMP, et urgences psychiatriques. Les soignants inclus avaient la fonction de médecin, interne, psychologue, cadre ou infirmier.

Questionnaire

Nous avons réalisé un auto-questionnaire anonyme en nous inspirant du « Countertransference Questionnaire » aussi nommé par certains « Therapist Response Questionnaire ». Il a été utilisé et validé dans plusieurs études de la littérature sur le contre-transfert (7,10,11,17).

Notre questionnaire est composé de 2 parties. La première partie comporte 8 questions sociodémographiques portant sur le sexe, l'âge classé par dizaine entre 20 et 60 ans, l'établissement d'exercice professionnel, le type d'unité, la fonction de soignant, le nombre d'années d'expérience. Les deux autres questions de cette partie servent pour l'une à identifier le nombre de patients souffrant d'un trouble de la personnalité histrionique que chaque soignant pense avoir pris en charge sur l'année (en comptant une année entière, précision donnée dans la présentation du questionnaire) et pour l'autre, à savoir si ces soignants pensent utiliser leur ressenti contre-transférentiel comme outil diagnostique.

La seconde partie de notre questionnaire est composée de deux ensembles identiques de 8 questions chacun. Les 8 questions correspondent à la traduction de l'anglais au français de 8 dimensions contre-transférentielles identifiées par Betan et al. (10), à partir des 79 items du « Coutertransference Questionnaire ». Contrairement à ce dernier questionnaire, pour lequel l'évaluation du ressenti est basée sur une échelle entre 1 (pas vrai) et 5 (très vrai), nous avons proposé une cotation des ressentis contre-transférentiels sous la forme d'une échelle plus large. Cette échelle va du ressenti le moins intense au plus intense, coté de 0 à 9. La seule différence entre les deux ensembles de questions porte sur la temporalité : le premier ensemble est rétrospectif et interroge sur le contre-transfert du soignant ressenti au début de son activité en psychiatrie, alors que le second ensemble est transversal puisqu'il questionne sur le ressenti contre-transférentiel actuel. Il est demandé au soignant d'évaluer son ressenti, vis-à-vis des patients qu'il estime souffrir d'un trouble de la personnalité histrionique et qu'il a pris en charge.

Collecte de données

Afin de faciliter la diffusion de ce questionnaire dans les différents secteurs de la région, nous avons proposé une double modalité de recueil de données. Pour la version papier, nous avons présenté le questionnaire à l'oral aux différentes équipes lors d'une relève d'équipe. Une urne de recueil a été laissée dans le service afin de garantir l'anonymat des données. Pour la version informatique, nous avons diffusé un lien anonyme pour le questionnaire sur les boîtes mails des professionnels, associé à une brève explication sur l'étude. Le questionnaire a ainsi été diffusé auprès de 33 psychologues (6%), 402 infirmiers et cadres (80%) et 69 psychiatres et internes en psychiatrie (14%) soit, à un total de 504 soignants. Dans l'un des hôpitaux concernés par cette étude, le personnel soignant féminin représentait 68% (N=148) ; par extrapolation la répartition homme/femme était donc de un pour deux pour l'ensemble des soignants.

Analyses des Données

La saisie des données a été réalisée par l'investigateur. Les analyses statistiques ont été faites, à l'aide du logiciel SPSS version 22, par Madame le Professeur Eliane ALBUISSON, de l'Unité ESPRI Biobase du CHRU de Nancy (Pôle S2R PARC). Les données qualitatives sont décrites en effectif et en pourcentage. Les données quantitatives sont décrites par la moyenne, la médiane et la plage interquartile. Des calculs de variation relative ont été réalisés entre les ressentis contre-transférentiels actuels et ceux du début de carrière en psychiatrie :

cotation actuelle – cotation du début

cotation du début

en ajustant, si nécessaire, les valeurs pour éviter des divisions par 0. Les comparaisons des variables ont été réalisées à l'aide de tests non paramétriques (test U de Mann-Whitney, test de Kruskal-Wallis).

Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

RESULTATS

Taux de réponses

Sur les 504 soignants auxquels le questionnaire a été diffusé, 244 ont répondu. 10 questionnaires ont été exclus par manque de réponses suffisantes. Nous avons donc finalement inclus 234 soignants, soit un taux de réponse de 46,4%. Ils étaient répartis de manière équilibrée par rapport au pourcentage de diffusion selon la fonction soignante, selon le sexe et selon le centre hospitalier.

174 questionnaires sont revenus sous format papier (74,4%) et les 60 restants sous format informatique (25,6%).

Caractéristiques de la population étudiée (cf. tableau 1)

La majorité des répondants étaient des femmes (N=165, 70,5%), comme prévu du fait de la diffusion initiale. Ils étaient répartis de manière plutôt équilibrée au niveau des âges avec par ailleurs 7 soignants âgés de plus de 60 ans (3%). Les autres données sur l'âge sont rapportées dans le tableau 1.

Comme attendu également, la profession la plus représentée est celle d'infirmier et de cadre infirmier, regroupés sous le terme d'IDE pour cette étude (N=191, 81,6%). Ont également répondu : 17 (7,3%) psychologues et 26 (11,1%) psychiatres (docteurs en psychiatrie et internes en psychiatrie).

La répartition entre les consultations ambulatoires au CMP et les services ouverts d'admission en hospitalisation est équilibrée avec respectivement 33,3% (N=78) et 34,2% (N=80). Les

autres soignants pratiquent à 26,9% (N=63) en services fermés d'admission en hospitalisation, et à 13,2% (N=31) aux urgences psychiatriques. L'association de ces groupes donne un total supérieur à 100% car 14 soignants pratiquent sur plusieurs services. Afin de pouvoir comparer ces quatre types de services, ces 14 soignants ont été regroupés dans un cinquième groupe dit multiservices. Parmi ces 14 soignants, 10 (4,3%) étaient sur 2 types de services, et 4 (1,7%) sur 3 services différents, sachant que pour tous, l'un des services était le CMP. Pour une meilleure visibilité des résultats, les différents services ont été comparés entre eux sur la base de 220 réponses de soignants n'exerçant que dans un service. Leur répartition en pourcentage ce trouve dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des personnels soignants répondant

		N	Pourcentage %
Sexe	Homme	69	29,5
	Femme	165	70,5
Age	< 20 ans	0	0
	20-30 ans	50	21,4
	31-40 ans	62	26,5
	41-50 ans	54	23,1
	51 - 60 ans	61	26,1
	> 60 ans	7	3
Centre hospitalier	CPN secteur Grand Nancy	106	45,3
	Secteur Pont-à-Mousson	48	20,5
	Fains-Veel	34	14,5
	Jury-lès-Metz	46	19,7
Type de service	Unité ouverte d'admission	72	30,7
	Unité fermée d'admission	56	24
	Urgences psychiatrique	28	12
	CMP	64	27,3
	Multiservices	14	6
Fonction de soignant	Psychologue	17	7,3
	IDE	191	81,6
	Psychiatre	26	11,1
Années d'expérience en psychiatrie	< 2 ans	13	5,6
	2 à 5 ans	46	19,7
	6 à 10 ans	44	18,8
	11 à 15 ans	36	15,4
	16 à 20 ans	17	7,3
	21 à 25 ans	17	7,3
	26 à 30 ans	14	6
	> 30 ans	47	20,1

Afin de pouvoir étudier au mieux l'évolution du ressenti en fonction de l'expérience clinique, nous avons demandé aux soignants de quantifier leur temps d'activité en psychiatrie avec une précision à 5 ans. 13 soignants (5,6%) avaient moins de 2 ans d'expérience, alors qu'à l'autre extrémité, le groupe le plus important était celui des « plus de 30 années » d'expérience avec 47 soignants, soit 20,1%.

Prise en charge globale et opinion

A travers une question libre, nous avons interrogé les soignants sur leurs impressions concernant l'utilisation du contre-transfert comme outil diagnostique pour les pathologies mentales, pratique souvent évoquée dans la littérature. 65,8% (N=154) ont répondu utiliser ces ressentis comme outil diagnostique, alors que 29,1% (N=68) pensent ne pas les utiliser ; 5,1% (N=12) ne se sont pas prononcés sur ce sujet. Ces différences ne sont pas dépendantes du nombre d'années d'expérience, et les réponses négatives et les absentéismes sont équitablement répartis dans chaque sous-groupe d'expérience clinique.

Concernant le nombre de patients souffrant d'un trouble de personnalité histrionique reçus en soins par année, la majorité des soignants (N=105, 44,9%) les évaluent entre 5 à 15, et 38,9% (N=91) à moins de 5. Les autres soignants estiment ce nombre entre 16 et 25 pour 8,5% (N=20) et à plus de 25 pour 7,7% (N=18). Le nombre de patients est équitablement réparti dans les sous-groupes d'expérience clinique. Par contre, il y a une différence de nombre de patients reçus selon le type de service. En effet, sur les 38 soignants qui pensent s'occuper de plus de 15 patients présentant une personnalité histrionique sur l'année, 20 d'entre eux exercent aux urgences psychiatriques (52%), et 12 en service ouvert (31,6%). Ils sont seulement 3 en service fermé et 6 en CMP.

Les ressentis contre-transférentiels de ces soignants

Dans l'ensemble, les soignants n'ont pas évalué très fortement leurs ressentis contre-transférentiels. Trois sentiments contre-transférentiels se détachent des autres comme étant ressentis plus intensément :

- l'Impuissance/Incompétence,
- le Découragement/Lassitude,
- l'Empathie/Sympathie.

Au début de carrière, ces ressentis sont classés dans cet ordre, du plus intense au moins intense, répartition qui évolue avec le temps. Pour les résultats actuels, c'est

l'Empathie/Sympathie qui passe en tête. Il y a malgré tout une diminution de l'intensité pour tous les ressentis contre-transférentiels (voir tableau 2 et figure en Annexe 1).

Tableau 2 : Taux de cotation supérieur à 4, en pourcentage, pour les 3 ressentis contre-transférentiels les plus intensément cotés, en début de carrière et actuellement

Contre-transfert coté à plus de 4	Au début		Actuellement	
	N	Pourcentage %	N	Pourcentage %
Impuissance/Incompétence	135	57,7	77	32,9
Découragement/Lassitude	117	50	87	37,2
Empathie/Sympathie	102	43,6	90	38,5

L'évaluation quantitative réalisée avec les calculs de moyenne et de médiane de chacune de ces variables contre-transférentielles est plus représentative de l'ensemble de la population soignante : (cf. tableau 3 et figure 1)

- Impuissance/Incompétence : moyenne à 4,1 (médiane=5) au début de carrière et moyenne à 3,35 (médiane=3) actuellement, soit une diminution significative ($p < 0,001$)
- Découragement/Lassitude : moyenne à 4,29 (médiane=4,5) au début de carrière et à 3,62 (médiane=3) actuellement, soit une diminution significative ($p < 0,001$)
- Empathie/Sympathie : moyenne à 4,05 (médiane=4) en début de carrière et à 3,78 (médiane=4) actuellement, soit une diminution non significative ($p = 0,076$).

Pour les 5 autres sentiments du contre-transfert, il y a aussi une diminution de l'intensité avec le temps, significative pour l'Hostilité/Rejet avec $p = 0,002$, pour l'implication émotionnelle excessive, le sentiment d'Être séduit/Attraction physique, la volonté de Protection/Parentalisation et pour le sentiment d'auto-dévalorisation avec $p < 0,001$.

La diminution de l'intensité des ressentis contre-transférentiels avec le temps, constatée visuellement par la mise en parallèle des différents ressentis « au tout début » et « actuellement », se confirme avec les calculs de différences. Ces différences ont toutes des moyennes négatives avec des médianes à zéro ou à -1. Le calcul de variance relative confirme également cette tendance en apportant des précisions sur l'importance de l'évolution (cf. : tableau 4).

Tableau 3 : Analyse descriptive des ressentis contre-transférentiels

	Hostilité/Rejet		Impuissance/ incompétence		Empathie/Sympathie		Implication émotionnelle excessive		Séduir/Attraction physique		Découragement/ Lassitude		Protection/ Parentalisation		Auto-dévalorisation		
	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	DEBUT	ACTUEL	
Moyenne	3,34	2,75	4,91	3,35	4,05	3,78	2,98	1,54	1,42	0,86	4,29	3,62	2,33	1,46	1,82	0,94	
IC 95%	Borne inf	3,01	2,44	4,58	3,03	3,77	3,5	2,66	1,32	1,18	0,69	3,94	3,28	2,02	1,21	1,54	0,74
	Borne sup	3,68	3,06	5,25	3,68	4,33	4,06	3,31	1,76	1,67	1,03	4,65	3,95	2,65	1,7	2,11	1,14
Médiane	3	2	5	3	4	4	3	1	0	0	4,5	3	2	1	1	0	
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Maximum	9	9	9	9	9	9	9	8	8	6	9	9	8	9	9	7	
Plage interquartile	4	4	4	4	3	3	4	3	3	1	5	3	4	2	3	1	

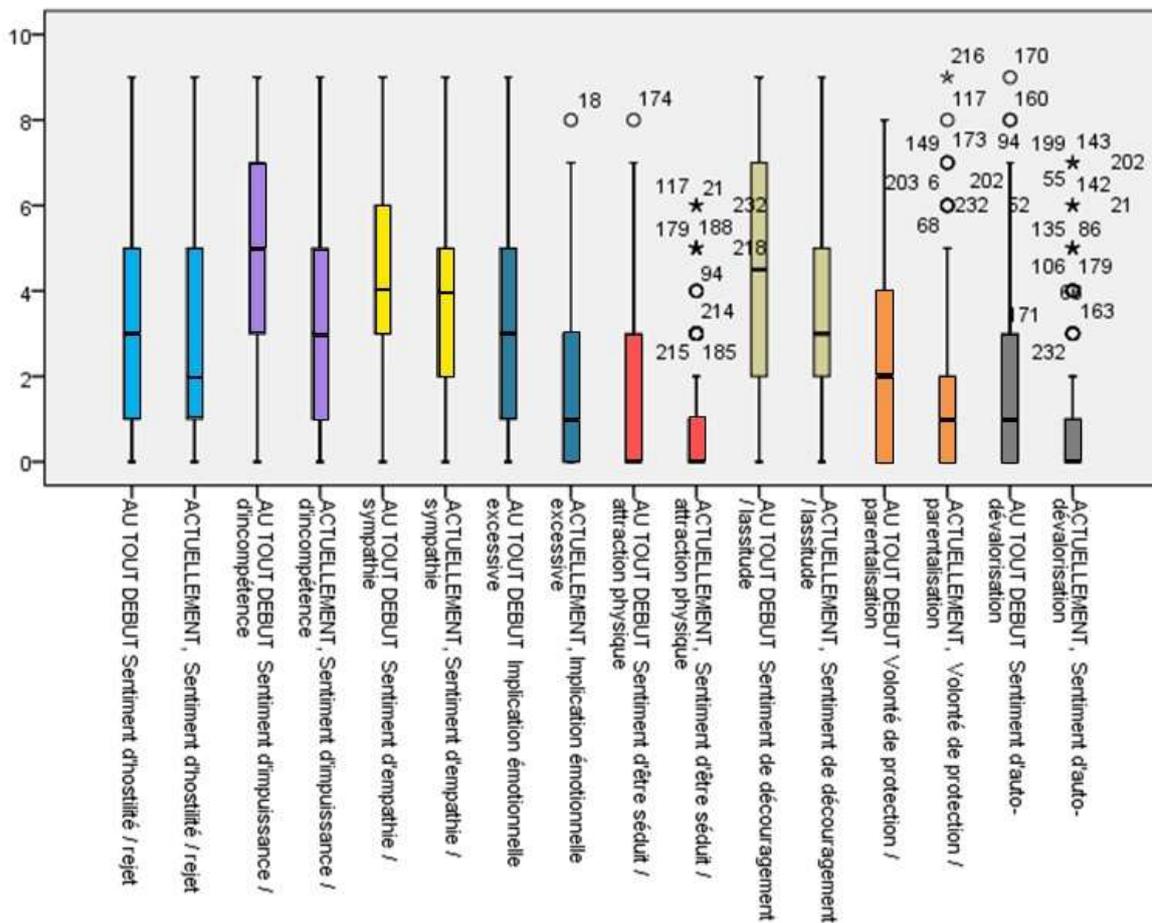


Figure 1 : Boxplots représentant la répartition des cotations d'intensité de chaque type de ressenti contre-transférentiel en début de carrière et actuellement

Tableau 4: Analyse descriptive de l'évolution des ressentis contre-transférentiels à partir des calculs de différences et ceux des variances relatives

	Hostilité/Rejet		Impuissance/Incompétence		Empathie/Sympathie		Implication émotionnelle excessive		Séduit/Attraction physique		Découragement/Lassitude		Protection/Parentalisation		Auto-dévalorisation		
	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	Différence	Variation relative	
Moyenne	-0,59	0,1259	-1,56	-0,1328	-0,27	0,1006	-1,44	-0,177	-0,56	-0,0915	-0,68	0,1989	-0,88	-0,075	-0,88	-0,138	
IC 95%	Borne inf	-0,94	-0,0007	-1,92	-0,2178	-0,57	0,0015	-1,72	-0,2652	-0,73	-0,1402	-1,07	0,0366	-1,13	-0,1753	-1,11	-0,2097
	Borne sup	-0,24	0,2525	-1,2	-0,0478	0,02	0,1997	-1,16	-0,0888	-0,39	-0,0429	-0,29	0,3613	-0,62	0,0254	-0,66	-0,0662
Médiane	0	0	-1	-0,2222	0	0	-1	-0,25	0	0	0	0	0	0	0	0	
Minimum	-8	-0,89	-9	-0,9	-8	-0,83	-9	-0,9	-6	-0,83	-8	-0,89	-8	-0,89	-7	-0,86	
Maximum	6	6	7	5	6	5	5	5	5	2,5	9	9	9	9	4	4	
Plage interquartile	3	0,67	3	0,51	3	0,5	3	0,5	1	0,33	3	0,57	2	0,5	2	0,5	

La différence la plus importante se retrouve pour l'Implication émotionnelle excessive (moyenne pour le calcul de différence=-1,44) et pour le sentiment d'Impuissance/Incompétence (moyenne pour le calcul de différence=-1,56). De même en ce qui concerne les variations relatives (*cf. figure 2*).

Même si nous observons une diminution de l'intensité des ressentis dans le temps pour l'ensemble des sentiments contre-transférentiels, trois ressentis connaissent une diminution moins franche :

- Le Découragement/Lassitude,
- L'Empathie/Sympathie,
- L'Hostilité/Rejet.

Pour le sentiment d'Être séduit, les intensités retrouvées sont basses et il y a peu d'évolution de ce ressenti. Seuls 10 soignants, soit moins de 5%, se démarquent des autres : ils évaluent ce ressenti de manière plus intense et le maintiennent dans le temps. Il s'agit de femmes, IDE, travaillant majoritairement en service ouvert (7/10), et la moitié est âgée de 30 et 40 ans.

Il en est de même pour le ressenti Protection/Parentalisation : 9 personnes l'évaluent avec une intensité plus forte que l'ensemble des soignants, évaluation qui est stable dans le temps. Il s'agit principalement d'IDE (8/9) répartis de manière équilibrée dans les différents groupes selon les autres caractéristiques.

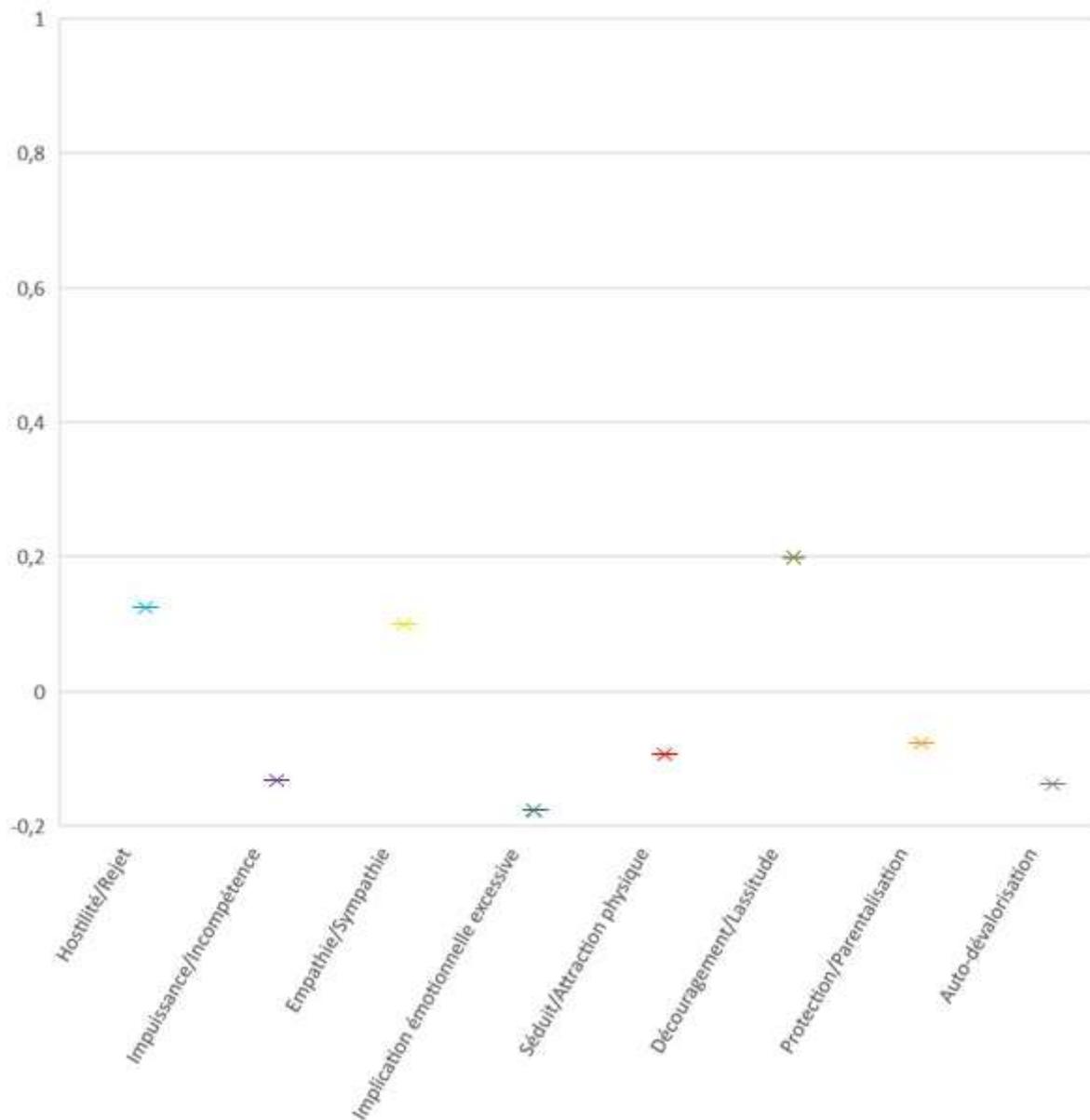


Figure 2 : Moyenne des variances relatives pour chaque ressenti contre-transférentiel

Pour le sentiment d'Auto-dévalorisation, 5% des soignants ont aussi une perception plus intense de ce ressenti que les autres. Ils sont répartis de manière homogène sur les cotations qui se situent entre 3 et 8. Il s'agit d'IDE, pour la moitié âgés de 51 à 60 ans et travaillant pour la moitié en CMP. Il y a également un psychiatre dans ce groupe.

Afin de vérifier si l'évolution des ressentis avec le temps se retrouve pour l'ensemble du personnel soignant, nous avons rassemblé les variations relatives en 3 groupes, le premier comprenant les résultats inférieurs à zéro, le second égal à zéro et le dernier associant les résultats positifs (cf. figure 3).

Pour le Découragement/Lassitude, l'Hostilité/Rejet et l'Empathie/Sympathie, un quart des soignants ressentent une augmentation de l'intensité avec le temps alors que, de manière générale, l'évolution de ces ressentis contre-transférentiels va en diminuant. Pour le sentiment d'Auto-dévalorisation et celui d'Être séduit/Attraction physique, il n'y a majoritairement aucune évolution de l'intensité avec le temps. La diminution de l'intensité du ressenti est exprimée par au moins la moitié des soignants pour l'Impuissance/Incompétence, l'Implication émotionnelle excessive et le Découragement/Lassitude.

Nous avons aussi évalué l'impact des différentes caractéristiques des personnels soignants sur ces sentiments contre-transférentiels, sur leur différence et sur leur variance relative. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon le centre hospitalier.

L'expérience clinique :

Comme nous nous y attendions, nous avons constaté de nombreuses différences significatives en fonction de l'expérience clinique. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux différences qui concernent les variations relatives (*cf. tableau 5*). L'évolution est significativement différente avec un $p < 0,001$ pour l'Hostilité/Rejet entre les soignants qui ont plus de 30 ans d'expérience et les groupes qui ont entre 2 et 15 ans d'expérience. De la même manière, pour l'Impuissance/Incompétence, il y a une diminution de l'évolution significativement plus importante pour le groupe des plus de 30 ans d'expérience (moyenne = -0,3735) par rapport aux premiers groupes, qui ont entre moins de 2 ans jusqu'à 10 ans d'expérience (moyenne pour 2 à 5 ans = -0,0388, pour 6 à 10 ans = 0,0515 et pour <2 ans = 0,1936). Pour le Découragement/Lassitude, la différence d'évolution est similaire aux précédentes émotions et aussi significative avec un $p < 0,0001$ entre le groupe des plus de 30 ans par rapport à ceux de moins de 2 ans jusqu'à 10 ans. C'est aussi significativement différent entre les 16 à 20 ans par rapport au moins de 2 ans jusqu'à 10 ans d'expérience. (*cf. figure 4*)

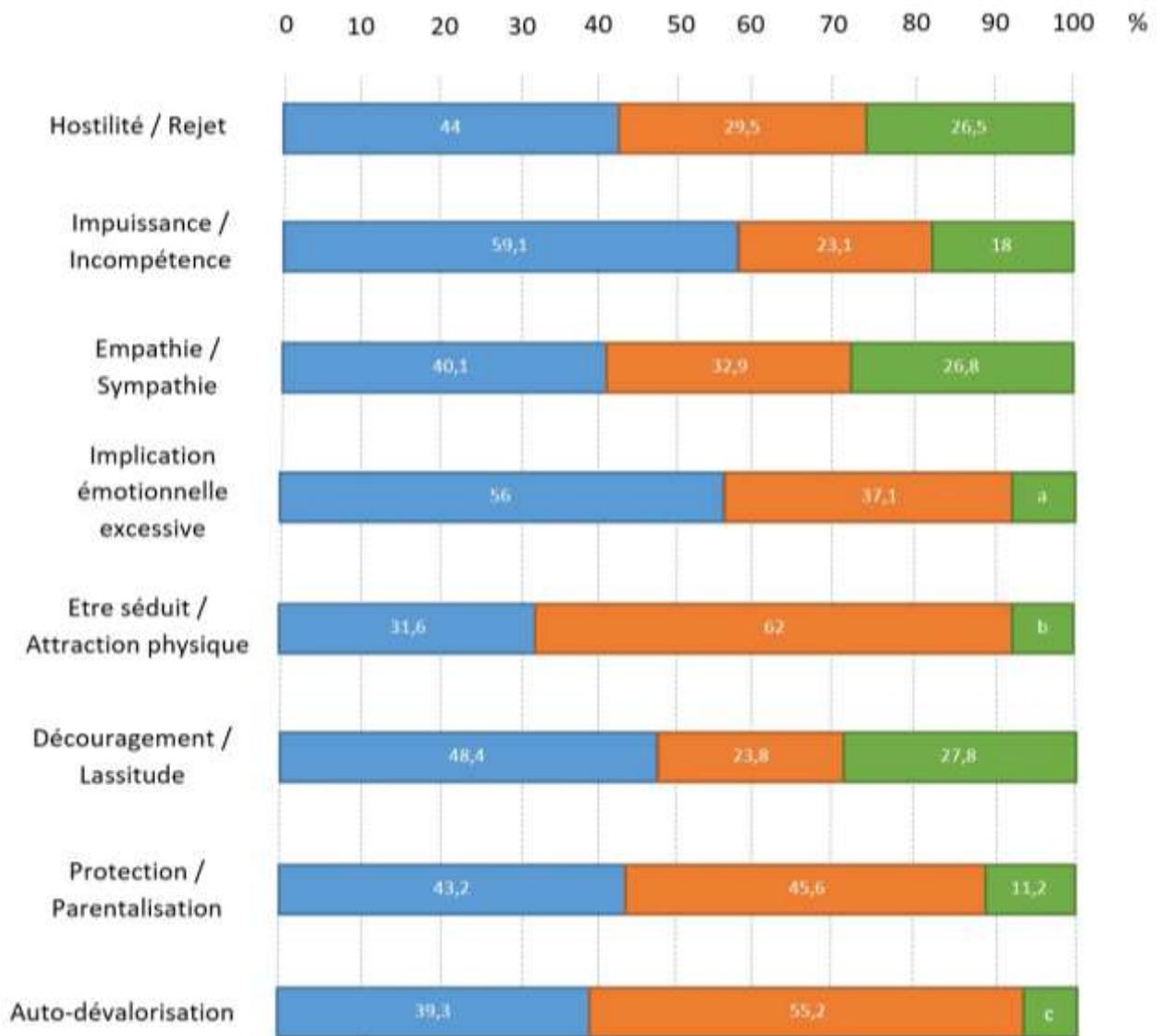


Figure 3 : Pourcentage des variances relatives pour chaque type de ressenti contre-transférentiel, classées en 3 groupes (négative, nulle, positive)

Légende :

a=6,9% ; b=6,4% ; c=5,5%

Bleu=variance relative négative=diminution de l'intensité du ressenti avec le temps

Orange=variance relative nulle=pas de modification de l'intensité du ressenti avec le temps

Vert=variance relative positive=augmentation de l'intensité du ressenti avec le temps

Tableau 5 : Moyenne des Variances relatives selon le nombre d'années d'expérience pour les huit ressentis contre-transférentiels

Variance relative pour contre-transfert "négatif"	Nombre d'années d'expérience							
	<2	2 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	>30
Hostilité/ Rejet	0,5341	0,1637	0,2709	0,3547	0,2128	-0,1838	0,0519	-0,2324
Impuissance/Incompétence	0,1936	-0,0388	0,0515	-0,0408	-0,3171	-0,3317	-0,2876	-0,3735
Découragement/Lassitude	0,3179	0,5017	0,5576	0,2002	-0,3406	0,165	-0,1631	-0,1518
Auto-dévalorisation	-0,0436	0,0222	-0,1195	-0,106	-0,3282	-0,251	-0,3306	-0,1956

Variance relative pour contre-transfert "positif"	Nombre d'années d'expérience							
	<2	2 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	>30
Empathie/Sympathie	-0,0404	-0,0626	0,1818	-0,0146	0,4824	0,0125	0,3505	0,1309
Implication émotionnelle excessive	0,0859	-0,0912	-0,013	-0,161	-0,4769	-0,1569	-0,2628	-0,3728
Etre séduit/Attraction physique	-0,0692	0,0103	-0,0473	-0,0231	-0,2461	-0,1304	-0,1143	-0,2143
Protection/Parentalisation	-0,0968	-0,1781	-0,1027	0,0204	-0,1229	-0,1264	-0,2923	0,0857

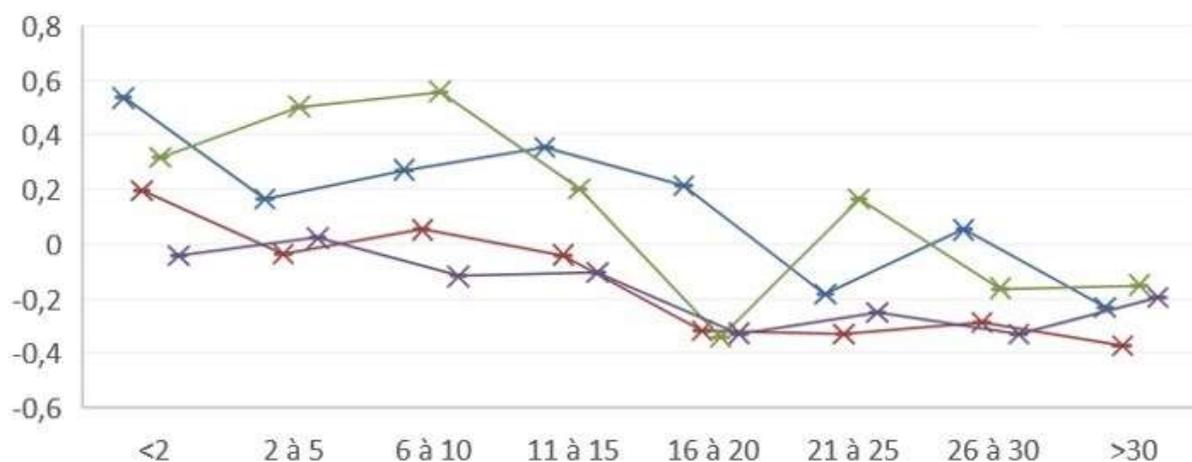


Figure 4 : Moyenne des variances relatives selon les années d'expérience : ressentis négatifs

- Série 1 « négative » bleue : hostilité/rejet
- Série 2 « négative » rouge : impuissance/incompétence
- Série 3 « négative » verte : découragement/lassitude
- Série 4 « négative » violette : auto-dévalorisation

Pour les sentiments dits positifs, c'est-à-dire non désagréables en ressenti pour le soignant, nous ne retrouvons pas de différence significative dans l'évolution des ressentis d'empathie/sympathie et de protection/parentalisation en fonction des groupes d'années d'expérience professionnelle. Par contre, il y a une évolution significativement différente globale entre tous les groupes d'années d'expérience pour le sentiment d'être séduit/attraction physique avec un $p=0,011$ et pour l'implication émotionnelle excessive avec un $p=0,010$. (cf. figure 5)

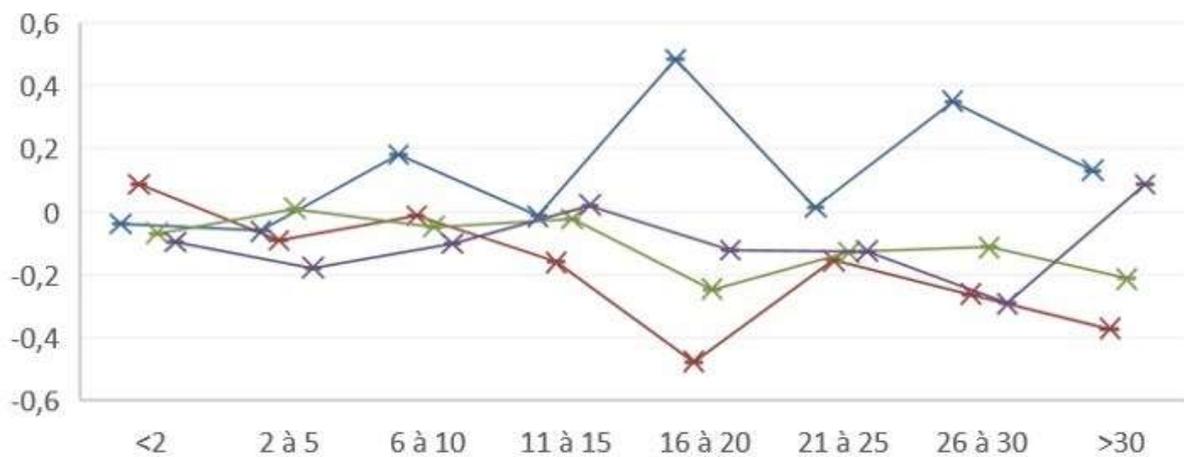


Figure 5 : Moyenne des variances relatives selon les années d'expérience : ressentis positifs

Série 1 « positive » bleue : empathie/sympathie
 Série 2 « positive » rouge : émotion excessive
 Série 3 « positive » verte : être séduit/attraction physique
 Série 4 « positive » violette : protection/parentalisation

L'âge :

Parallèlement aux années d'expérience, les mêmes différences significatives en fonction des groupes d'âge sont retrouvées, avec une intensité des ressentis plus importante chez les plus jeunes par rapport aux plus âgés, principalement entre les personnes âgées entre 20 et 40 ans par rapport aux plus de 50 ans, hormis pour l'auto-dévalorisation où la différence n'est pas significative. Pour la variance relative de l'hostilité/rejet, $p < 0,001$, comme pour l'impuissance/incompétence et le découragement/lassitude. Pour le sentiment d'être séduit/attraction physique $p=0,008$ et pour l'implication émotionnelle excessive $p=0,022$.

Le genre:

Il y a une différence significative à 0,002 au tout début et 0,001 actuellement pour les valeurs absolues de l'intensité du sentiment d'être séduit/attraction physique, avec une intensité légèrement plus élevée pour les hommes que pour les femmes, mais cette différence ne se retrouve pas pour l'évolution, puisque le calcul de différence et de variance relative n'est pas significatif.

La fonction soignante :

On constate des différences significatives de ressentis dans les valeurs absolues actuelles et en début de carrière selon la fonction du soignant, principalement pour les quatre ressentis dits positifs. Les psychologues expriment un ressenti plus intense de ces sentiments par rapport aux psychiatres et IDE. Mais l'évolution de ces ressentis est similaire, sans différence significative, pour les calculs de différence et de variance relative.

Le type de service :

On constate une différence significative pour 3 types de ressentis contre-transférentiels sur les valeurs absolues des ressentis actuels, avec un $p=0,022$ pour l'hostilité/rejet, un $p<0,001$ pour l'impuissance/incompétence ainsi que pour le découragement/lassitude. Ces différences sont principalement entre les services fermés, dont les soignants évaluent avec une intensité beaucoup plus forte ces ressentis et entre les soignants des CMP. L'évolution de ces ressentis contre-transférentiels n'est pas impactée par ces différences, puisqu'il n'y a pas de différence significative ni pour le calcul de différence, ni pour les variances relatives en fonction des types de service.

Evaluation du nombre de patients :

On constate peu d'influence de ce facteur sur l'évolution du contre-transfert. La seule différence significative avec $p=0,033$ concerne l'empathie/sympathie pour les valeurs absolues des ressentis actuels, entre le groupe des 5 à 15 patients exprimant avec plus d'intensité ce ressenti et le groupe des plus de 25 patients dont l'intensité est moindre. L'évolution de ce ressenti a également été impactée de la même manière: résultats significatifs pour la différence ($p=0,045$) et la variance relative ($p=0,026$).

Facteurs multivariés :

Les analyses multivariées pour chacun de ces ressentis contre-transférentiels, entre tranches d'âge, types de service, fonction du soignant et années d'expérience, ont confirmé les précédents résultats, validant que le principal facteur influençant l'évolution de ces émotions est le nombre d'années d'expérience.

DISCUSSION

Ressentis contre-transférentiels et évolution dans le temps avec l'expérience clinique

Les ressentis contre-transférentiels qui apparaissent le plus intensément chez les soignants vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique sont l'impuissance/incompétence, le découragement/lassitude et l'empathie/sympathie. Les précédentes études qui évaluaient le contre-transfert selon les groupes de troubles de la personnalité trouvaient toutes une différence entre le groupe A et B par rapport au groupe C. Dans ces études, le groupe A et le groupe B suscitaient plus de ressentis contre-transférentiels négatifs et moins de ressentis positifs que ceux du groupe C (5,8) et les ressentis des soignants variaient davantage avec les patients des groupes A et B qu'avec ceux du groupe C (8). Ainsi, les thérapeutes sont plus à l'aise avec les patients ayant une personnalité anxieuse qu'avec ceux présentant une dysrégulation émotionnelle (5). L'étude de Betan et al. (10) a amené une précision sur les ressentis dans le contre-transfert plus spécifique au groupe B : hostilité/rejet, impuissance/ incompétence, découragement/lassitude et sentiment d'être séduit/attraction physique, groupe auquel le trouble de la personnalité histrionique appartient. En majorité, ces données correspondent à celles de notre étude, hormis pour le sentiment d'être séduit/attraction physique. Gazzillo et al. (9) en 2015, expliquaient que les ressentis dans le contre-transfert les plus prédictifs du type de structure de la personnalité étaient l'impuissance/incompétence, l'empathie/sympathie et l'hostilité/rejet, des ressentis qui étaient significatifs dans notre étude. Gordon et al. (20) en 2015, précisaient par ailleurs que le contre-transfert dans un contexte de structure borderline est plus intense, alors que celui dans un contexte de structure névrotique l'est moins. Ils apportent ainsi une explication aux différences qui sont retrouvées pour des troubles de personnalité d'un même groupe, le trouble de personnalité histrionique étant classiquement considéré dans les structures névrotiques.

De manière plus spécifique au trouble de la personnalité histrionique, Gazzillo et al. (9) ont trouvé que l'empathie/sympathie avait une valeur prédictive négative, au contraire de l'hostilité/rejet et du sentiment d'être séduit/attraction physique. Colli et al. (11) avaient, quant à eux, trouvé une valeur prédictive négative pour le découragement/lassitude. Les résultats de ces études vont à l'encontre des nôtres. Cependant, pour Colli et al. (11), les soignants s'exprimaient sur un patient en particulier, qui passait un questionnaire d'évaluation de trouble de la personnalité, et non sur un ensemble de patients soignés sur l'année comme dans notre étude et pour lesquels l'évaluation avait été réalisée de manière hétérogène et le plus souvent uniquement clinique. Par ailleurs, il est possible que les soignants, dans notre étude, aient confondu certains diagnostics de troubles de la personnalité. En effet, les représentations du trouble de la personnalité histrionique sont parfois différentes des classifications. Ainsi les troubles somatoformes regroupent la symptomatologie de conversion de l'hystérie (27). Gazzillo et al. (9), pour les somatisations, retrouvent le ressenti de découragement chez les soignants, alors qu'ils ne l'avaient pas objectivé pour le trouble de personnalité histrionique. D'autres confusions peuvent être réalisées entre le trouble de la personnalité histrionique et le trouble de la personnalité borderline en raison de symptômes similaires. Or, Colli et al. (11), ont identifié pour ces troubles de personnalité l'impuissance/incompétence, l'hostilité/rejet et l'implication émotionnelle excessive, des résultats qui se rapprochent alors des nôtres.

Roosberg et al. (5), en 2007, avaient trouvé pour les patients présentant un trouble de personnalité histrionique des ressentis plutôt négatifs, en dehors du sentiment positif par empathie, tout comme dans notre étude.

Généralité sur l'évolution avec l'expérience clinique :

Dans notre étude, de manière générale, les soignants avec peu d'années d'expérience ne perçoivent pas vraiment d'évolution de leur contre-transfert. Les ressentis contre-transférentiels évoluent favorablement pour les soignants qui ont entre 16 et 25 ans d'années d'expérience, et de manière significative pour ceux qui ont plus de 26 ans d'expérience, comme pour Liebman et al.(23), en 2013. Plus les cliniciens ont d'expérience clinique, plus les réactions pour le patient sont positives. Ils sont également moins sensibles au burnout que les « novices » (étudiants des cycles supérieurs, internes, les stagiaires). Brody et Farber (18), en 1996, trouvaient un résultat similaire, évoquant moins de frustration et de ressentis négatifs

parmi les thérapeutes expérimentés. Dahl et al.(8), en 2011, expliquaient que les thérapeutes expérimentés devraient être en mesure de maîtriser leurs contre-transferts. Ces derniers se montraient plus réticents que les moins expérimentés à reconnaître les facettes d'hostilité/rejet sur un questionnaire, un ressenti au final peu exprimé par les sujets. Par contre, le ressenti découragement/lassitude était davantage admis, et pouvait, selon les auteurs, être la résultante d'une posture défensive contre l'hostilité/rejet.

Dans l'étude de Liebman et al. (23), en 2013, les cliniciens évoquaient un lien entre l'expérience spécifique pour le trouble de la personnalité borderline et un contre-transfert plus positif, alors que pour notre étude, même si l'expérience permet une évolution positive avec la diminution des ressentis contre-transférentiels négatifs, ce n'est pas spécifiquement l'expérience vis-à-vis des troubles de personnalité histrionique qui le permet. En effet, il n'y a pas de corrélation entre l'évolution du contre-transfert avec le nombre de patients présentant un trouble de la personnalité histrionique pris en charge et il semble donc que c'est l'expérience générale qui prévaut.

Prise en charge globale et opinion :

La majorité des soignants pensent utiliser leur contre-transfert comme outil diagnostique pour les pathologies mentales, comme c'est régulièrement évoqué dans la littérature (4,6–11). Nous avons eu 5% de réponses manquantes pour cette question qui, d'après les soignants rencontrés lorsque nous sommes allés chercher les urnes dans les services, a soulevé des questionnements et des débats dans les équipes.

Le nombre de patients pris en charge était évalué pour plus des $\frac{3}{4}$ au maximum à 15 patients sur l'année. Les soignants qui en recevaient davantage, exerçaient majoritairement en service ouvert d'admission en hospitalisation et aux urgences psychiatriques. Ces résultats sont cohérents par rapport à notre pratique clinique, puisque les patients souffrant d'un trouble de la personnalité histrionique adhèrent généralement peu à la prise en charge proposée alors que leurs troubles sont chroniques. De ce fait, le suivi ambulatoire reste assez rare. Par ailleurs, leur symptomatologie clinique ne nécessite habituellement pas de prise en charge en service fermé, hormis pour les décompensations les plus graves pouvant se manifester par un passage à l'acte suicidaire.

Intérêt de l'étude :

Notre étude est originale et s'est appuyée sur un questionnaire basé sur 8 dimensions du contre-transfert qui ont été démontrées par Betan et al. (10) comme étant conceptuellement cohérentes et robustes, cliniquement reconnaissables, et représentant diverses réactions que les cliniciens peuvent avoir envers leurs patients.

Notre étude a été réalisée sur la base du volontariat et nous avons obtenu un bon taux de réponse (46,4%) qui semble confirmer l'intérêt des soignants pour le sujet, comme nous l'avions constaté en échangeant avec eux lorsque nous sommes allés récupérer les urnes. Ce taux de réponse a sûrement été également favorisé par la brièveté de notre questionnaire ; Lingiardi et al. (17), en 2015, avaient eu, en effet, des retours de certains thérapeutes participant à leur étude : ils s'étaient plaints de la longueur excessive du questionnaire « Transference Response Questionnaire » dont nous nous sommes inspirés. Nous n'avons pas constaté de différence significative entre les 4 centres hospitaliers. Les résultats de notre étude sont ainsi plus facilement généralisables.

Limites de l'étude :

La répartition selon la fonction était proportionnelle à la population soignante concernée par cette étude, générant 3 groupes fortement déséquilibrés. Cela a pu limiter l'obtention de différences significatives entre eux, faute de puissance. Nous attendions d'autres différences significatives sur l'évaluation des ressentis entre les groupes, avec par exemple une évaluation des ressentis hostilité/rejet et découragement/lassitude plus intense chez les IDE que chez les psychiatres et psychologues, du fait d'une proximité quotidienne et d'une formation sur la gestion des ressentis contre-transférentiels différente. Nous avons quand même identifié une différence pour les psychologues par rapport aux deux autres groupes, au sujet des ressentis positifs. Cela peut s'expliquer par les hypothèses précédentes, mais aussi par le fait que les psychologues peuvent présenter plus de difficultés à admettre des ressentis négatifs pour les patients. Ils peuvent également avoir davantage de facilité à prendre une distance par rapport à leurs ressentis contre-transférentiels. La plupart des précédentes études incluaient psychologues et psychiatres dans un même groupe pour leurs analyses (7,10,11,17,23,24), et parmi celles qui les ont comparés, Lingiardi et al. (17) ne constataient pas de différence significative entre eux, alors que Liebman et al. (23) montraient que les psychologues étaient plus empathiques que les psychiatres.

Il y a également des biais dans notre étude : le biais de mesure et le biais de reconstruction. Le biais de mesure, lié à l'autoévaluation, peut résulter d'une mauvaise évaluation de son ressenti, à la fois sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif puisque ce ressenti est partiellement inconscient. Ce biais de mesure peut aussi être lié à un mouvement défensif du soignant. Il s'y ajoute un biais de reconstruction, puisque les soignants doivent faire appel à des souvenirs pouvant dater de plus de 30 ans pour certains. Pour Dahl et al. (8), les aspects inconscients du contre-transfert peuvent devenir conscients avec l'expérience, du fait d'une répétition des modèles de relations thérapeutiques. Cela peut diminuer l'importance des précédents biais. D'autres recherches comme celle de Betan et al. (10) suggèrent également que le jugement des cliniciens dans leurs études avait été évalué comme étant très fiable, du fait de l'utilisation d'un instrument psychométrique, similaire à celui utilisé dans notre étude. Pour limiter ce biais, nous avons privilégié des auto-questionnaires anonymes.

Notre étude présente enfin une limite du fait de l'hétérogénéité de notre échantillon. Des groupes par genre plus équilibrés seraient intéressants pour une meilleure comparaison.

Perspective :

Pope et al. (28) en 1993, Rossberg et al. (5) en 2007, ainsi que Gazzillo et al. (9) en 2015, montraient que les cliniciens étaient nombreux à se sentir « mal équipés » et « mal entraînés » pour traiter efficacement les personnes avec des troubles de personnalité borderline. Nous pouvons imaginer retrouver des conclusions similaires pour les patients présentant un trouble de la personnalité histrionique.

Comme Liebman et al. (23), nous pensons que des efforts d'éducation au niveau pratique plus que théorique, vis-à-vis de patients présentant des troubles de la personnalité, seraient bénéfiques, à la fois pour le patient mais aussi pour le soignant. Gabbard (4) en 2001, avait proposé une « autorévélation » des sentiments contre-transférentiels lors de supervision. Cela nous semble être en effet un bon moyen d'acquérir les compétences pour percevoir le contre-transfert, l'analyser et le contenir. La constitution de binômes « soignant expérimenté – soignant novice » pourrait permettre la transmission de savoirs mais aussi de « protéger » les plus jeunes soignants de difficultés de gestion du contre-transfert ou d'une implication émotionnelle excessive auprès du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol.* avr 1991;38(2):139-49.
2. Marziali E, Alexander L. The power of the therapeutic relationship. *Am J Orthopsychiatry.* juill 1991;61(3):383-91.
3. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* août 1993;61(4):561-73.
4. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol.* août 2001;57(8):983-91.
5. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry.* juin 2007;48(3):225-30.
6. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. *J Nerv Ment Dis.* sept 2008;196(9):702-8.
7. Tanzilli A, Colli A, Del Corno F, Lingiardi V. Factor Structure, Reliability, and Validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personal Disord.* 21 sept 2015 : 1-12
8. Dahl H-SJ, Røssberg JI, Bøgwald KP, Gabbard GO, Høglend PA. Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* 2012;22(1):12-25.
9. Gazzillo F, Lingiardi V, Del Corno F, Genova F, Bornstein RF, Gordon RM, et al. Clinicians' emotional responses and Psychodynamic Diagnostic Manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy.* juin 2015;52(2):238-46.
10. Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* mai 2005;162(5):890-8.
11. Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingiardi V. Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* janv 2014;171(1):102-8.
12. Freud S. The Future Prospects of Psychoanalytic Therapy. In: *Psychoanalytic technique, Collected papers.* 1910; Vol2 : 285-296.
Disponible sur: <https://readingsinpsych.wordpress.com/2009/08/29/readings-for-september-9/freud-future-prospects-of-psychoanalytic-therapy-2/>
13. American psychiatric association, trad.par Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé.* 4e éd. Editions Masson; 2003. 1120 p.

14. Winnicott DW. Counter-transference. III. *Br J Med Psychol.* 1960;33:17-21.
15. Bourke ME, Grenyer BFS. Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* nov 2010;20(6):680-91.
16. Katsuki F, Goto M, Takagi H, Ozdemir V, Someya T. Countertransference to psychiatric patients in a clinical setting: development of the Feeling Checklist-Japanese version. *Psychiatry Clin Neurosci.* déc 2006;60(6):727-35.
17. Lingiardi V, Tanzilli A, Colli A. Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy.* juin 2015;52(2):228-37.
18. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1996;33(3):372-80.
19. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol.* nov 1998;54(7):923-31.
20. Gordon RM, Gazzillo F, Blake A, Bornstein RF, Etzi J, Lingiardi V, et al. The Relationship between Theoretical Orientation and Countertransference Expectations: Implications for Ethical Dilemmas and Risk Management. *Clin Psychol Psychother.* mars 2015.
21. Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation. *Psychiatry Res.* 30 juin 2010;178(1):191-5.
22. Messina I, Palmieri A, Sambin M, Kleinbub JR, Voci A, Calvo V. Somatic underpinnings of perceived empathy: the importance of psychotherapy training. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* 2013;23(2):169-77.
23. Liebman RE, Burnette M. It's not you, it's me: an examination of clinician- and client-level influences on countertransference toward borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry.* janv 2013;83(1):115-25.
24. Bourke ME, Grenyer BFS. Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord.* déc 2013;27(6):735-45.
25. Dahl H-SJ, Røssberg JI, Crits-Christoph P, Gabbard GO, Hersoug AG, Perry JC, et al. Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings. *J Consult Clin Psychol.* juin 2014;82(3):460-71.
26. Whyte CR, Constantopoulos C, Bevans HG. Types of countertransference identified by Q-analysis. *Br J Med Psychol.* juin 1982;55(Pt 2):187-201.

27. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.997p.
28. Pope KS, Tabachnick BG. Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. Prof Psychol Res Pract. 1993;24(2):142-52.

III. Poursuite de la discussion par une analyse approfondie de certains ressentis contre-transférentiels de notre étude

Découragement/Lassitude

Pour Colli et al. (35), le sentiment de découragement/lassitude est inversement corrélé pour les personnalités histrioniques par rapport à d'autres troubles de la personnalité. C'est-à-dire que dans leur étude, les soignants n'exprimaient pas de lassitude mais à l'inverse se disaient complètement engagés dans les entretiens, absorbés, du fait des demandes d'attention majeure de ces patients. Ces résultats vont à l'encontre des nôtres, puisque dans notre étude, le découragement/lassitude est l'un des principaux sentiments retrouvés. Cette différence peut être secondaire aux différences dans la méthodologie de ces deux études, comme nous l'avons discuté dans l'article, ou secondaire à une confusion diagnostique. Les résultats de certaines études peuvent en effet nous laisser envisager cette hypothèse de confusion diagnostique avec les troubles somatoformes ou avec d'autres troubles de la personnalité.

En ce qui concerne les troubles somatoformes, Gazillo et al. (36) ont identifié un sentiment de découragement/lassitude de la part du soignant qui serait, selon eux, la conséquence de la frustration des patients en lien avec les difficultés qu'ils rencontrent lors des explorations somatiques. Cette frustration pourrait être également liée à la difficulté pour le patient de comprendre l'origine psychologique de ses troubles physiques. Il est également envisageable d'associer le sentiment de découragement au caractère chronique des troubles, ainsi qu'aux émotions tristes et à l'anxiété souvent présentes chez ces patients.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité borderline, Colli et al. (35) ont décrit des sentiments d'impuissance/incompétence, d'hostilité/rejet et une implication émotionnelle excessive. Les ressentis vis-à-vis de ces patients présentant un trouble de la personnalité borderline sont décrits plus hétérogènes, reflet de l'ambivalence des patients présentant un type de personnalité du groupe B.

Enfin, la différence de résultats entre notre étude et celle de Colli et al. (35) peut aussi être secondaire au nombre d'années d'expérience des soignants. En effet, nos résultats montrent une diminution significative du sentiment de découragement/lassitude pour les soignants ayant entre 16 et 20 ans d'expérience par rapport à ceux en début de carrière, diminution qui est majorée pour les plus de 30 années d'expérience. Or, l'étude de Colli et al. (35) ne prend pas en compte l'expérience clinique.

Empathie/Sympathie :

Avec l'expérience, c'est le sentiment d'empathie/sympathie qui prend le plus de place avec une très légère diminution pour l'ensemble des soignants. Cependant, pour un quart des soignants de notre étude, ce ressenti augmente avec le temps. Ces résultats sont en faveur d'un « bien-être » de ces équipes soignantes, alors que notre pratique nous a laissé entrevoir beaucoup de difficultés liées aux patients souffrant d'un trouble de la personnalité histrionique. Nous pouvons imaginer que les soignants ont sous-estimé certains ressentis contre-transférentiels négatifs dans notre étude, d'une part de manière consciente du fait d'une possible gêne ou honte face à certains ressentis, et d'autre part de manière inconsciente du fait des mécanismes de défense propres à chacun.

Nos résultats sur l'empathie/sympathie sont corroborés par l'étude de Gazillo et al. (36) puisque pour eux c'est la plus forte réponse émotionnelle rapportée par les cliniciens. Ils rappellent, à juste titre, que ce sentiment est à la base de l'alliance et de la relation thérapeutiques. Nos résultats sont par contre opposés aux résultats de l'étude de Johnson Dahl (37), résultats que l'auteur lui-même avait cependant critiqués, et qui étaient, selon lui, secondaires à la présentation du questionnaire proposé. Ce questionnaire aurait poussé les soignants à ne pas rapporter tous leurs ressentis mais seulement le ressenti qui était le plus intense parmi ceux habituellement rencontrés dans une thérapie avec d'autres types de patients.

Impuissance/Incompétence

Ce ressenti contre-transférentiel est dans le trio des sentiments contre-transférentiels les plus intenses. Il connaît une importante diminution avec l'expérience clinique, passant du ressenti contre-transférentiel le plus important en début de carrière à la 3^{ème} position. Cette évolution est significativement différente en fonction de l'expérience clinique, diminuant plus nettement après 30 ans d'expérience. La diminution de ce ressenti contre-transférentiel semble pouvoir être imputée à l'acquisition d'une meilleure compréhension de son propre contre-transfert et de la clinique des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique.

Hostilité/Rejet :

Gazillo et al. (36), dans leur étude, ont trouvé une corrélation entre trouble de la personnalité histrionique et hostilité/rejet. C'est l'impression que mon

observation institutionnelle me donnait aussi. Dans notre étude, ce sentiment arrive en 4^{ème} position, il diminue faiblement avec l'expérience et de manière significative pour les plus de 30 ans d'expérience. Cette 4^{ème} position peut s'expliquer par un biais défensif des soignants pour ce sentiment, comme précédemment envisagé. Comme le suggérait Johnson Dahl et al. (37), il serait intéressant d'examiner les relations patient-thérapeute avec un observateur externe qui réaliserait une évaluation plus objective et qui constaterait probablement de l'hostilité cachée.

Etre séduit/Attraction physique :

C'est un sentiment classiquement retrouvé vis-à-vis des patients présentant un trouble de personnalité histrionique, mais dans notre étude ce ressenti est majoritairement évalué à zéro avec de très nombreux ex-aequo dans les intensités basses, ce qui peut surprendre. Ces résultats sont cependant bien corroborés par ceux de Colli et al. (35) : est-ce en lien avec un biais de défense plus marqué pour ce sentiment ? Il est aussi possible que ces résultats dépendent du genre du soignant dans notre étude. En effet, il persiste une idée générale que la personnalité histrionique est typiquement féminine et les soignants de notre étude sont principalement des femmes, pour lesquelles le ressenti de séduction est bien moins admis. C'est d'ailleurs la seule différence significative constatée selon le genre dans notre étude. Winnicott en 1960 (19) évoquait la problématique de la séduction au sein de la relation thérapeutique, rappelant que le serment d'Hippocrate nous fait promettre de ne pas commettre d'adultère avec un patient.

Auto-dévalorisation

Nos résultats globaux pour ce ressenti d'auto-dévalorisation vont dans le même sens que l'ensemble des études, à notre connaissance, qui traitent du contre transfert vis-à-vis des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité du groupe B.

Cependant, nous avons identifié des exceptions dans le ressenti de ce sentiment. Il s'agit d'IDE de plus de 51 ans qui exprimaient pour « actuellement » un intense sentiment d'auto-dévalorisation, à l'inverse de l'ensemble de la population dont le ressenti était plutôt faible. Cela laisse supposer pour ces quelques soignants un risque supérieur de burn-out ; principalement pour 7 soignants qui ont exprimé de très forts ressentis pour l'ensemble des sentiments contre-transférentiels négatifs (dont 4 exprimant deux sentiments négatifs différents et 1 en exprimant 3).

CONCLUSION

Notre étude permet de confirmer ce qui avait déjà été envisagé dans quelques rares études sur le contre-transfert, à savoir que les ressentis contre-transférentiels évoluent avec l'expérience clinique et que les soignants, en majorité, s'appuient sur ce qu'ils perçoivent de leur contre-transfert pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité histrionique.

Comme nous l'avons déjà discuté dans l'article, il serait intéressant d'accentuer la formation pratique des soignants en début de carrière, afin de limiter les difficultés de gestion des ressentis contre-transférentiels négatifs et de limiter ainsi les risques de burn-out. Cette formation pourrait s'appuyer à la fois sur la collaboration avec un soignant « plus ancien » dans la profession, transmetteur de savoir, mais aussi sur la supervision. Avec une connaissance plus approfondie des mouvements contre-transférentiels et une reconnaissance de leurs ressentis, les soignants pourront augmenter leur compréhension et leur connaissance des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique. Ils pourront ainsi obtenir une meilleure alliance thérapeutique et prodiguer un soin plus efficace. La supervision existe et est proposée aux IDE dans différents services. Cependant, les soignants, selon notre expérience, y participent peu dans l'ensemble, peut-être parce qu'ils ne perçoivent pas tout l'intérêt de ce dispositif ?

Personnellement, ce travail m'a beaucoup apporté en termes de connaissances sur les mouvements contre-transférentiels et leurs impacts. J'y serai d'autant plus attentive à l'avenir, en ce qui concerne ma pratique, mais aussi pour les soignants de ma future équipe. L'analyse du contre-transfert est en effet primordiale pour la qualité des soins mais aussi pour le repérage de souffrances chez le soignant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Freud S. The Future Prospects of Psychoanalytic Therapy. In: Psychoanalytic technique, Collected papers. 1910; Vol2 : 285-296.
Disponible sur:
<https://readingsinpsych.wordpress.com/2009/08/29/readings-for-september-9/freud-future-prospects-of-psychoanalytic-therapy-2/>
2. Phaneuf M. Qu'est-ce que la personnalité histrionique ? Prendre soin. Mars 2014. | Disponible sur: <http://www.prendresoin.org/?p=3017>
3. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 2^e éd. Elsevier Masson; 2012; 859 p.(371-74 ; 401-07)
4. American psychiatric association, trad.par Crocq MA, Guelfi JD. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. 4e éd. Editions Masson; 2003. 1120 p.
5. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.997p.
6. Guelfi JD. Axe I, Axe II ou Troubles mentaux et Troubles de la personnalité. *Evol Psychiatr.* janv 2014;79(1):55-67.
7. Guelfi JD. Les troubles de la personnalité dans le DSM-5. = Personality disorders in DSM-5. *Ann Méd-Psychol.* oct 2014;172(8):667-70.
8. Escande M. Hystérie. *EMC - Psychiatrie* 1996 : 1-0 [Article 37-340-A-10].
9. Tasca C, Rapetti M, Carta MG, Fadda B. Women and Hysteria in the History of Mental Health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 2012;8:110-9.
10. De Conto C. Hystérie et vieillissement : un contre-transfert négatif. *NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie.* août 2010;10(58):173-8.
11. Trillat E. Promenade à travers l'histoire de l'hystérie. *Hist Économie Société.* 1984;3(4):525-34.
12. Israël L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Elsevier Masson; 2001. 264 p.

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition (DSM-III). Washington D, 1980.
14. Organisation Mondiale de la Santé. Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies - CIM-10. Critères diagnostiques. Paris : Masson; 1993.
15. Tyson RL. Countertransference evolution in theory and practice. J Am Psychoanal Assoc. 1986;34(2):251-74.
16. Ens IC. An Analysis of the Concept of Countertransference. Arch Psychiatr Nurs. oct 1998;12(5):273-81.
17. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. J Psychother Pract Res. 1996;5(2):160-79.
18. Bion WR. The psycho-analytic study of thinking. II: A theory of thinking. Int J Psycho-Anal, 1962a; 43 : 306-310
19. Winnicott DW. Counter-transference. III. Br J Med Psychol. 1960;33:17-21.
20. Heimann P. On counter-transference. Int J Psycho-Anal, 1950; 31(1) : 81-84.
21. Kernberg O. Notes on Countertransference. J Am Psychoanal Assoc. 1 janv 1965;13(1):38-56.
22. Yulis S, Kiesler DJ. Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. J Consult Clin Psychol. août 1968;32(4):413-9.
23. Hayes JA, Gelso CJ. Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. J Clin Psychol. mars 1991;47(2):284-90.
24. Watkins CE. Countertransference: Its impact on the counseling situation. J Couns Dev. févr 1985;63(6):356-9.
25. Slakter E. Countertransference. Slakter E, éditeur. Lanham, MD, US: Jason Aronson; 1987.
26. Gabbard GO. Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal. juin 1995;76 (Pt 3):475-85.

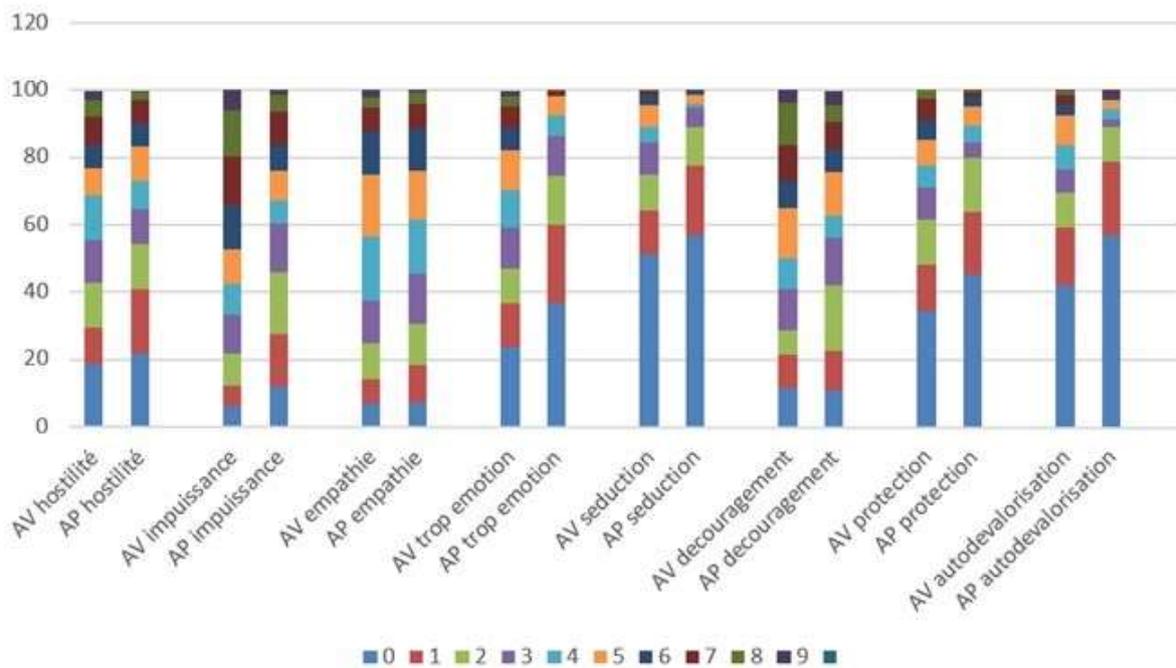
27. Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *J Clin Psychol.* août 2001;57(8):983-91.
28. Michell SA, Aron L. Relational psychoanalysis : the emergence of a tradition. Relational perspectives book series, Analytic Press. 1999; Vol 14.
29. Bourke ME, Grenyer BFS. Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* nov 2010;20(6):680-91.
30. Gordon RM, Gazzillo F, Blake A, Bornstein RF, Etzi J, Lingardi V, et al. The Relationship between Theoretical Orientation and Countertransference Expectations: Implications for Ethical Dilemmas and Risk Management. *Clin Psychol Psychother.* mars 2015.
31. Liebman RE, Burnette M. It's not you, it's me: an examination of clinician- and client-level influences on countertransference toward borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry.* janv 2013;83(1):115-25.
32. Bourke ME, Grenyer BFS. Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord.* déc 2013;27(6):735-45.
33. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1996;33(3):372-80.
34. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol.* nov 1998;54(7):923-31.
35. Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingardi V. Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* janv 2014;171(1):102-8.
36. Gazzillo F, Lingardi V, Del Corno F, Genova F, Bornstein RF, Gordon RM, et al. Clinicians' emotional responses and Psychodynamic Diagnostic Manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy.* juin 2015;52(2):238-46.

37. Dahl H-SJ, Røssberg JI, Bøgwald KP, Gabbard GO, Høglend PA. Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* 2012;22(1):12-25.

ANNEXES

Annexe 1 : Figure supplémentaire :

Pourcentage sur 100% pour les cotations de 0 à 9 pour chaque ressenti contre-transférentiel en début de carrière (AV) et actuellement (AP)



Annexe 2 : Mail adressé aux soignants pour présentation du questionnaire

Chers confrères, chères consœurs, Chers collègues, Monsieur, Madame,

Je suis Julie SAUTREUIL, interne en psychiatrie en Lorraine, actuellement en 7ème semestre. Je vous adresse ce mail dans le cadre de mon travail de thèse, encadré par le Dr Jérôme LEROND, psychiatre au CPN à Laxou. Nous sollicitons votre participation à un bref questionnaire informatisé (5 minutes), vos réponses restant complètement anonyme.

Ce questionnaire, réservé au personnel soignant en psychiatrie adulte (psychologue, infirmier et cadre, psychiatre et interne), porte sur la gestion des ressentis contre-transférentiels des soignants vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique, et l'évolution de ces ressentis en fonction de l'expérience clinique.

Dans l'une des questions nous vous demandons d'évaluer le nombre de patients que vous pensez avoir pris en charge sur l'année, on sous-entend alors ceux pris en charge sur les 12 derniers mois au moment où vous répondez à cette question.

Nous avons réellement besoin de votre participation, avant le 13 Octobre 2015 (dernier délai), afin d'obtenir des résultats significatifs qui permettraient de proposer des améliorations institutionnelles.

Le questionnaire que nous avons réalisé est disponible en ligne à l'adresse suivante: <http://goo.gl/forms/e0gRrDrzqf>

En vous remerciant pour votre participation à mon questionnaire de thèse,

Cordialement

Julie Sautreuil

Annexe 3 : Auto-questionnaire adressé aux soignants en psychiatrie :

Thèse questionnaire :

Evolution, avec l'expérience clinique, du contre transfert ressenti par les soignants, vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique.

1. Merci d'indiquer votre sexe

Une seule réponse possible

Homme femme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

Une seule réponse possible

< 20ans 20-30 ans 31-40 ans 41-50 ans 51-60 ans > 60 ans

3. De quel Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) dépendez-vous ?

Une seule réponse possible

4. Dans quel type de service exercez-vous actuellement ?

Une seule réponse possible

Unité ouverte d'admission en hospitalisation Unité d'urgences psychiatriques

Unité fermée d'admission en hospitalisation Centre Médico Psychologique

5. Quelle est votre fonction de soignant ?

Une seule réponse possible

Psychologue infirmier / cadre infirmier Psychiatre / interne en psychiatrie

6. Combien d'années d'expérience avez-vous dans le milieu psychiatrique ?

Une seule réponse possible

<2 ans 2 à 5 ans 6 à 10 ans 11 à 15 ans 16 à 20 ans 21 à 25 ans

26 à 30 ans >30 ans

7. Pensez-vous utiliser vos ressentis contre-transférentiels, vis-à-vis de vos patients, comme outil diagnostique ?

Une seule réponse possible

Oui Non

8. Combien de patients présentant un trouble de la personnalité histrionique avez-vous pris en charge cette année?

Une seule réponse possible

< 5 5 à 15 16 à 25 >25

9. AU TOUT DEBUT de votre activité en psychiatrie, que ressentiez-vous vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique ?

Coter entre 0 et 9 (du moins intense au plus intense) votre ressenti pour chacune des propositions suivantes :

- Sentiment d'hostilité/rejet : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'impuissance/d'incompétence : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'empathie/sympathie : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Implication émotionnelle excessive (difficulté à maintenir une distance thérapeutique adaptée vis-à-vis du patient) :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'être séduit/attraction physique : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment de découragement/lassitude : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Volonté de protection/parentalisation : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'auto-dévalorisation : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10. ACTUELLEMENT, que ressentez-vous vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique ?

Coter entre 0 et 9 (du moins intense au plus intense) votre ressenti pour chacune des propositions suivantes :

- Sentiment d'hostilité/rejet : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'impuissance/d'incompétence : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'empathie/sympathie : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Implication émotionnelle excessive (difficulté à maintenir une distance thérapeutique adaptée vis-à-vis du patient) :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'être séduit/attraction physique : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment de découragement/lassitude : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Volonté de protection/parentalisation : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Sentiment d'auto-dévalorisation : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

En vous remerciant pour votre participation à mon questionnaire de thèse.

Julie SAUTREUIL – Interne

VU

NANCY, le 23 février 2016

Le Président de Thèse

Professeur Raymund SCHWAN

NANCY, le 1^{er} mars 2016

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9089

NANCY, le 1^{er} mars 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Par délégation la Directrice Générale des Services Adjointe

Edwige HELMER-LAURENT

Résumé de la thèse :**Trouble de la personnalité histrionique et évolution du contre-transfert avec l'expérience clinique : étude rétrolective comparative**

Introduction : Les ressentis émotionnels du soignant sont un véritable outil technique au service du développement de l'alliance thérapeutique. Les patients qui présentent un trouble de la personnalité de type histrionique peuvent générer d'importants mouvements contre-transférentiels négatifs de la part des soignants. L'objectif principal de cette étude est de comparer, selon la catégorie professionnelle, en psychiatrie adulte, l'évolution des ressentis du contre-transfert des soignants vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique et d'évaluer l'impact de l'expérience clinique sur cette évolution. **Matériel et méthode :** C'est une étude multicentrique rétrolective comparative de 234 soignants (infirmiers, psychologues, psychiatres), réalisée à partir d'un auto-questionnaire anonyme d'évaluation de huit dimensions contre-transférentielles extraites du « Countertransference Questionnaire ». L'évaluation concerne des ressentis actuels mais aussi de début de carrière des soignants, vis-à-vis des patients présentant un trouble de la personnalité histrionique.

Résultats : Dans l'ensemble, les soignants n'ont pas apprécié intensément leurs ressentis, mais trois émotions se détachent des autres : l'impuissance/incompétence, le découragement/lassitude, l'empathie/sympathie. Il y a également une diminution significative de l'ensemble des ressentis contre-transférentiels en fonction de l'expérience clinique. Les soignants les plus expérimentés présentent une diminution plus importante des ressentis contre-transférentiels négatifs, avec une évolution significative pour ceux qui ont plus de 30 ans d'expérience. A l'opposé, les soignants avec peu d'années d'expérience ne perçoivent pas d'évolution de leur contre-transfert.

En conclusion : l'expérience clinique joue un rôle favorable sur l'évolution du contre-transfert, élément à la fois diagnostique et thérapeutique.

Titre en Anglais

Histrionic personality disorder and Countertransference's evolution with clinical experience: comparative and retrolective study

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2016

Mots Clefs :

Trouble de personnalité histrionique, contre-transfert, évolution, expérience

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX
