

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRANCIS DESCÔTEAUX

ÉTUDE DU CONTRE-TRANSFERT DE THÉRAPEUTES EN TRAVAIL
CLINIQUE AVEC DES SUJETS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE
PERSONNALITÉ LIMITE : COMPARAISON AVEC DES CLIENTS NE
PRÉSENTANT PAS CE TROUBLE

AOÛT 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

Le contre-transfert est un concept qui désigne généralement toutes les réactions affectives du thérapeute vis-à-vis le client, réactions pouvant s'avérer être à la fois des obstacles, ou des atouts constructifs au développement personnel et professionnel du thérapeute (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989; Lecours, Bouchard & Normandin, 1995). En s'appuyant sur une abondante littérature théorique suggérant que plusieurs composantes de la pathologie limite (borderline) suscitent chez le thérapeute des sentiments ou comportements difficiles à gérer (Kernberg et al., 1989; Masterson, 1990; Sansone, Sansone, & Fine, 1995), la présente étude se veut une contribution au développement de la recherche empirique sur la notion du contre-transfert, ainsi qu'à l'évolution de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (la GAC) de Normandin & Bouchard (1991, 1993), en confrontant cette dernière au phénomène contre-transférentiel observé en clinique avec cette clientèle. Ainsi, la Grille d'Analyse du Contre-transfert doit détecter une quantité significativement plus élevée de contre-transfert de type REAC (état mental *réactif*) chez les thérapeutes travaillant avec des clients limites. À l'aide du SCID II (APA, 1994), 25 sujets ont été diagnostiqués (15 sujets « personnalités limites » et 10 « non-limites ») et chacun de leurs thérapeutes devaient, par écrit, faire part de leur contre-transfert. Enfin, la Grille d'Analyse du Contre-transfert permettait, par l'entremise d'accords inter-juges, de coter leurs réactions. Les résultats, interprétés à l'aide d'un Khi-carré, témoignent d'une différence non-significative entre les deux groupes, soit le groupe de sujets présentant un trouble

de personnalité limite avec 18% de cotes REAC, et le groupe de sujets « non-limites » avec 24.5%. Ces résultats seront approfondis et analysés au long du chapitre consacré à la Discussion, dans l'optique de relier avec soin théorie et pratique de la psychothérapie.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Chapitre 1: Contexte théorique.....	4
1.1 Historique du contre-transfert.....	6
1.1.1 Le contre-transfert selon Freud.....	6
1.1.2 L'évolution historique du concept.....	10
1.1.2.1 La première période (1910-1915).....	10
1.1.2.2 La deuxième période (1916-1949).....	11
1.1.2.3 La troisième période (1950-1960).....	13
1.1.2.4 La quatrième période (1961 à aujourd'hui).....	17
1.2 L'état-limite et le contre-transfert.....	22
1.2.1 Le trouble de la personnalité limite.....	22
1.2.2 Le contre-transfert et la personnalité limite.....	29
1.2.2.1 Relations interpersonnelles.....	29
1.2.2.2 Transfert.....	32
1.2.2.3 Contre-transfert.....	37
1.3 L'étude empirique du contre-transfert.....	62
1.4 Présentation de la Grille d'Analyse du Contre-transfert.....	67

Chapitre 2: Objectifs et hypothèse.....	71
Chapitre 3: Méthode.....	74
3.1 Participants.....	75
3.2 Instruments.....	78
3.3 Procédure.....	81
3.3.1 L'entrevue de recherche.....	81
3.3.2 Lors du processus thérapeutique.....	82
3.3.3 Lors de l'analyse des données.....	83
Chapitre 4: Résultats.....	87
Chapitre 5: Discussion.....	91
Conclusion.....	116
Références.....	119
Appendices.....	126

Liste des tableaux

Tableau 1 Critères Diagnostiques de la Personnalité Limite.....	28
Tableau 2 Caractéristiques Générales des Thérapeutes (par sexe).....	78
Tableau 3 Répartition des Types de Contre-transfert (Analyse Macroscopique) des Différentes Séances en Rapport au Diagnostic des clients	90
Tableau 4 Arbre de Décision.....	149
Tableau 5 Exemples de Résultats Individuels (pour deux thérapeutes à dix séances par sujets).....	150

Remerciements

J'aimerais d'abord exprimer mon appréciation envers l'implication, les conseils et la patience de Suzanne Léveillée, PhD, professeur à l'UQTR et directrice de la présente recherche. D'ailleurs, toute l'équipe de recherche sur le trouble de la personnalité limite de Madame Léveillée est à remercier pour son travail considérable en ce qui a trait aux entrevues consacrées au diagnostic des clients. Je tiens, de plus, à exprimer toute ma reconnaissance envers l'ensemble des stagiaires et clients du Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP) qui ont participé à l'étude, sans oublier la directrice du Centre au moment de l'expérimentation, Marie-Claude Denis, PhD, ainsi que toute l'équipe du CUSP pour son importante collaboration. Enfin, il aurait été impossible de mener à terme la présente recherche sans l'aide et la précieuse contribution de l'équipe de Marc-André Bouchard, PhD, de l'Université de Montréal. Je tiens tout particulièrement à exprimer ma reconnaissance envers Chantale Picard, PhD, pour sa générosité et ses conseils judicieux.

Introduction

Le contre-transfert, tel que Freud semblait le concevoir, était défini comme étant l'apport nuisible et non souhaitable du thérapeute et de ses propres conflits irrésolus lors d'un processus thérapeutique. Cette vision fut par la suite enrichie par la réflexion de plusieurs auteurs (tels que Heimann, Kernberg ou Racker par exemple), et depuis, le contre-transfert est également considéré comme un outil important dans la compréhension du transfert et de la dynamique d'un client (Lecours, Bouchard & Normandin, 1995). On considère donc maintenant que le contre-transfert désigne généralement toutes les réactions affectives du thérapeute vis-à-vis le client, réactions pouvant s'avérer être à la fois des obstacles ou des atouts constructifs au développement personnel et professionnel du thérapeute (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989; Lecours, Bouchard & Normandin, 1995). De fait, il est dorénavant admis que ces réactions contre-transférentielles peuvent non seulement provenir de conflits irrésolus chez le thérapeute, conflits que réveillent certains aspects du client (vision classique), mais qu'elles peuvent également émerger, en l'absence de tout conflit, à partir de la réalité du client (Kernberg et al., 1989).

De plus, depuis déjà longtemps, la littérature clinique témoigne des différentes difficultés au niveau relationnel étant associées au trouble de la personnalité limite, en particulier au sein de la dyade client-thérapeute et de ses dimensions transférentielles et contre-transférentielles (clivage, manipulations de toutes sortes, utilisation de défenses archaïques, présence de rage, haine, culpabilité, dévalorisation, anxiété, etc.). La dernière décennie a vu évoluer un intérêt et un effort empirique envers le contre-

transfert, et l'élaboration d'outils tel la Grille d'Analyse du Contre-transfert de Normandin & Bouchard (1991, 1993) permet d'espérer connaître et cerner un peu plus les caractéristiques et nuances du phénomène. La présente étude se penche précisément sur une des facettes du contre-transfert, soit le lien entre la pathologie du client et les réactions affectives du thérapeute, et propose l'examen d'une application possible de la Grille d'Analyse du Contre-transfert en confrontant sa sensibilité aux difficultés de gestion du contre-transfert, difficultés qui seraient, selon la littérature clinique et théorique, potentiellement plus importantes avec des personnalités limites.

La prochaine section présente les différents éléments du contexte théorique, soit l'historique du contre-transfert, la présentation du trouble de la personnalité limite et du contre-transfert associé à ce trouble, les études empiriques antérieures ainsi qu'une brève présentation de la Grille d'Analyse du Contre-transfert. Le lecteur trouvera ensuite le chapitre consacré aux objectifs et à l'hypothèse de la recherche, suivi de la section s'attardant à la méthode employée. Enfin, les deux dernières portions du mémoire présentent les résultats de l'étude ainsi que les interprétations ou discussions soulevées par ces mêmes résultats.

Contexte théorique

La notion du contre-transfert en est une qui, depuis son arrivée au début du XXI^{ème} siècle, a profité du regard et des réflexions d'un grand nombre de théoriciens, cliniciens et chercheurs. Même si l'étude de ce phénomène a connu une évolution tantôt discrète, tantôt marquée par des divergences d'opinion ou voire même par une confusion quant à la définition du concept, le contre-transfert n'a jamais disparu du vocabulaire clinique. Maintenant, il est généralement reconnu comme un élément incontournable et un outil potentiellement utile au processus thérapeutique. Le contre-transfert aura ainsi fait son chemin jusqu'au cœur des théories et techniques psycho-dynamiques et psychothérapeutiques (Gabbard 2001; Strean, 1999). Le prochain chapitre propose les grandes phases de son évolution, en passant par la présentation de certains des auteurs-clé qui ont contribué à ce développement. De plus, il sera question des aspects relationnels, transférentiels et contre-transférentiels qui sont généralement associés aux personnalités limites et au travail clinique avec de tels clients¹. Enfin, la dernière partie du chapitre se consacre à l'étude empirique du contre-transfert, en particulier sur la présentation de la Grille d'Analyse du Contre-transfert de Normandin & Bouchard (1991, 1993) utilisée dans la présente étude.

1.1 HISTORIQUE DU CONTRE-TRANSFERT

1.1.1 Le contre-transfert selon Freud

La présence importante de controverse idéologique tout au long de l'histoire du contre-transfert ainsi que le développement relativement lent d'une définition ralliant la majorité des auteurs et des cliniciens autour d'une même conception de ce lexique seraient en partie attribuable aux discussions trop peu nombreuses, parfois contradictoires et vagues de Freud alors qu'il présentait le phénomène nouvellement observé (Gorkin, 1987). En effet, on ne retrouve que de rares allusions au contre-transfert dans l'œuvre de celui qui a lancé une exploration toujours active de ce concept. C'est en 1910, dans l'article « Perspective d'avenir de la thérapeutique psychanalytique » qu'il en parle pour la première fois:

Notre attention s'est portée sur le contre-transfert qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Nous sommes tout près d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même le contre-transfert. Maintenant qu'un plus grand nombre de personnes pratiquent la psychanalyse et discutent entre elles de leurs expériences, nous remarquons que tout analyste ne peut mener à bien ses traitements qu'autant que ses propres complexes et ses résistances intérieures le lui permettent. C'est pourquoi nous exigeons qu'il commence par subir une analyse et qu'il ne cesse jamais, même lorsqu'il applique lui-même des traitements à autrui, d'approfondir celles-ci. Celui qui ne réussit pas à pratiquer une semblable auto-analyse fera bien de renoncer, sans hésitation, à traiter analytiquement les malades (Bergeret et al., 1980, p. 145).

¹ Le terme *client* sera utiliser tout au long du document, mais notez que certains auteurs préfèrent l'expression *patient*.

Freud a fait référence de façon explicite au contre-transfert qu'une seule autre fois, en 1915, dans son article « Observations sur l'amour de transfert » où il se penche non seulement sur le cas des patientes qui s'éprennent de leur thérapeute, mais où il prend soin également de prévenir ses collègues des risques reliés au phénomène inverse, c'est-à-dire au fait de se laisser aller à des sentiments de tendresse à l'égard du client. Ainsi l'auteur recommande que l'on ne doit, en aucun cas, mettre de côté l'indifférence que l'on avait conquise en tenant de court le contre-transfert (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994). En effet, Freud semblait craindre, qu'au-delà de cette neutralité (indifférence), le contrôle de soi du thérapeute envers ses propres réactions affectives ne puisse être assez complet pour que celui-ci évite d'outrepasser les limites qu'il s'était fixées.

Dans aucun des deux articles de Freud peut-on trouver une définition claire et développée du contre-transfert. Ce manque de précision aurait contribué à l'émergence d'une certaine confusion et des divergences de point de vue quant à la nature du concept. Ainsi, il devient épineux de tenter d'interpréter, à partir des quelques lignes qu'il a consacrées au contre-transfert, quelle idée se faisait l'auteur sur ce phénomène. Se référerait-il uniquement au transfert du thérapeute, allant jusqu'à inclure toutes les réactions vécues au contact du client provenant des propres conflits latents et non résolus de ce même thérapeute ? Sinon, est-ce que Freud parlait de « contre » dans le sens d'une riposte au transfert du client, pouvant s'avérer être entre autre une réponse réaliste et adaptée du thérapeute au vécu et aux manifestations transférentielles du client envers lui ? (Gorkin, 1987).

Suite au fait que Freud ait mis en garde ses collègues sur l'importance de « surmonter » ou de « maîtriser » le contre-transfert qui menace la neutralité à atteindre envers le client, beaucoup d'auteurs ont déduit qu'il percevait le phénomène de façon péjorative. C'est à cette interprétation de la définition originale de Freud du contre-transfert que l'on associe l'approche dite « **classique** » (Kernberg, 1965) qui conçoit le phénomène comme un obstacle au progrès thérapeutique.

Néanmoins, la question se pose à nouveau: Est-ce que par « maîtriser » le contre-transfert l'auteur entendait un effort pour éliminer la réaction contre-transférentielle obligatoirement issue des conflits inconscients non résolus du thérapeute ou plutôt un travail d'analyse et de compréhension de l'expérience dans le but d'en réduire l'intensité ? (Tansey & Burke, 1989). Dans le terme contre-transfert, le *contre* peut désigner une réaction chez l'analyste qui implique aussi bien un phénomène parallèle au transfert du client (comme dans le français *contre-allée*) qu'une opposition à ce transfert (comme dans le français *contre-attaque*) (Sandler, Dare, & Holder, 1980).

De plus, le passage d'un article écrit par Freud en 1912, fréquemment cité dans la littérature, démontre que l'on retrouvait déjà à travers les réflexions de l'auteur l'amorce d'une approche dite « **totaliste** » (Kernberg, 1965) et élargie du contre-transfert, c'est-à-dire une constante inévitable de toute interaction clinique et un outil indispensable à la compréhension du client. En effet, alors qu'il s'attarde à l'attention libre, contrepartie de l'association libre exigée du client, Freud postule qu'il est possible pour l'analyste de se

servir de son propre inconscient comme d'un instrument, à condition de ne tolérer en lui-même aucune résistance capable d'empêcher les perceptions de son inconscient d'arriver jusqu'à son conscient, ce qui ne sera rendu possible qu'après une purification psychanalytique auquel il se sera soumis (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994).

On retrouve également cet intérêt qu'a Freud pour l'expérience interne comme source d'informations thérapeutiques dans son article de 1913, « La prédisposition à la névrose obsessionnelle » (cité dans Sandler, Dare, & Holder, 1980), où il affirme que chacun détient en son propre inconscient un instrument lui permettant d'interpréter les expressions de l'inconscient des autres. Et encore en 1937, dans « Constructions dans l'analyse », alors qu'il aurait reconnu que sa curiosité envers la contribution du client l'aurait éloigné de celle de l'analyste et qu'en fait le travail analytique se déploie sur deux scènes : le thérapeute ne vivra et ne refoulera pas les mêmes éléments que le client (cité dans Barande, 2000).

Tansey & Burke (1989) se sont penché sur cette apparente contradiction. Les auteurs croient que Freud, qui accordait une grande importance à l'analyse personnelle de chaque psychanalyste, comptait sur cette « purification psychanalytique » des conflits personnels pour que l'analyste puisse devenir en quelque sorte un canal pur et intègre, permettant la communication d'inconscient à inconscient. Pour Freud, le contre-transfert était en fait cette « impureté », ou une sorte de résistance du thérapeute face au client, résistance due au fait que ce que dit ce client, ce qu'il fait ou ce qu'il représente pour le

clinicien éveille des conflits inconscients (Sandler, Dare, & Holder, 1980). L'auteur avait déjà révisé sa conception du transfert qu'il percevait au départ comme un obstacle au flux d'associations libres du client, mais Freud n'alla jamais jusqu'à faire du contre-transfert un outil utile pour le travail clinique. Ainsi, dans les premières années de son évolution, le concept s'est vu conférer une valence négative et il sera généralement reconnu comme étant une entrave au progrès de la cure (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994).

1.1.2 L'évolution historique du concept

La prochaine section présente les quatre grandes périodes de l'évolution du contre-transfert qui ont été identifiées par Frôté & Bouchard en 1993.

1.1.2.1 La première période (1910-1915):

La première période historique du phénomène est définie comme étant en quelque sorte celle de *sa naissance et de sa prime enfance conceptuelle* (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994). Cette période réfère donc aux premiers constats de Freud sur le concept, tels que rapportés dans le chapitre précédent.

1.1.2.2 La deuxième période (1916-1949):

Les auteurs associent la seconde période à *la latence conceptuelle du contre-transfert* (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994). L'emploi du terme « latence » souligne le fait qu'aucun des efforts déployés au cours de cette période n'ait modifié la conception dominante du phénomène, c'est-à-dire une réputation essentiellement négative. D'ailleurs, Tansey & Burke (1989) se réfèrent aux premières décennies de la genèse du concept comme étant les quatre décennies silencieuses où régnait la « *vision poltergeist* » (traduction libre, p.15) du contre-transfert, c'est-à-dire comme un élément dangereux et à contrôler.

Pourtant, plusieurs auteurs avaient déjà tenté d'élargir la conception générale du contre-transfert. Un de ces premiers précurseurs était Ferenczi qui, en 1919, insistait sur le fait que le thérapeute soit d'abord et avant tout un être humain capable de sympathies, d'humeurs, d'antipathies et aussi d'élans pulsionnels – et que sans une telle sensibilité, il ne pourrait même pas comprendre les conflits psychiques du client. L'auteur voulait démontrer que la présence du contre-transfert est intrinsèque au processus thérapeutique et que, si il est inutile d'espérer s'en débarrasser, il est par contre nécessaire d'arriver à le maîtriser. En 1926, Deutsch (cité dans Gorkin, 1987) suggère déjà que le contre-transfert puisse être d'un recours utilitaire. Elle affirme que pour le thérapeute ayant travaillé sur ses propres conflits infantiles, les processus d'identification vécus (à un niveau inconscient) par ce dernier, lors de la séance, seront à la base de son *empathie intuitive*. Jung, en 1935, s'était aussi penché sur l'aspect inévitable de l'expérience

contre-transférentielle alors qu'il soulignait que chez un individu, tous genres de processus émotionnels provoquent des processus similaires chez les autres. L'auteur ajoutait que le thérapeute pourrait être affecté par le vécu affectif de son client et qu'il ne pourra faire autrement que de prendre conscience de ce fait. D'ailleurs, c'est son devoir d'accepter le vécu affectif du client et de lui en faire le reflet.

Même s'il n'a jamais employé le terme contre-transfert, on remarque que Reik (1937, 1948) s'est également très vite intéressé à l'utilisation des réponses affectives du thérapeute face à son client en guise d'*outil* thérapeutique. Il a fortement encouragé les thérapeutes à prêter attention à leurs propres manifestations affectives internes et à les considérer comme une source vitale d'information pour la compréhension des processus inconscients du client. Enfin, certains disciples de Ferenczi tels que Balint & Balint ou DeForest, sont également cités dans la littérature comme ayant souligné l'intrusion inévitable de la personnalité du thérapeute dans le cadre thérapeutique, ainsi que l'importance pour celui-ci d'évaluer les caractéristiques de sa personnalité dans le but de pouvoir s'adapter aux différentes exigences du travail thérapeutique (Gorkin, 1987). Rappelons ici que malgré les efforts déployés par ces auteurs cherchant à élargir la conception « classique » du contre-transfert, le concept était à l'époque toujours perçu par la grande majorité comme étant essentiellement nuisible et à éviter. On s'attendait du thérapeute qu'il conserve une position purement objective, neutre et déagée dans ses réflexions et ses interprétations cliniques.

1.1.2.3 La troisième période (1950-1960):

Frôté & Bouchard (1993) nomment cette période *l'adolescence conceptuelle* du contre-transfert. Aucune période n'aura été aussi féconde, productive et riche en publications et en réflexions sur le sujet. Ainsi, Tansey & Burke (1989) en parlent comme étant la période d'irruption de l'intérêt pour le contre-transfert où les théories sur ce concept auront connu une percée importante. Malgré les divergences d'opinions sur certains détails de la nature du contre-transfert et son utilité, les thérapeutes et théoriciens des différentes écoles de pensée semblaient déjà s'attarder de plus en plus à leurs réactions émotionnelles face aux clients, tout en réalisant que ces réactions se manifestent régulièrement, d'une façon ou d'une autre, au cours du processus thérapeutique (Gorkin, 1987). Un nombre beaucoup plus important de cliniciens ne se limitaient plus à considérer le contre-transfert comme une nuisance, mais ils le percevaient également comme une opportunité d'en apprendre sur la dynamique du client. Par conséquent, Bouchard, Frôté & Normandin (1994) expliquent que la troisième période marque l'émergence d'un point de vue radicalement nouveau dans l'attitude adoptée face au contre-transfert, en étant caractérisée par plusieurs remises en question, débats passionnés et perspectives nouvelles. Ces débats passionnés opposaient surtout les auteurs kleinien aux freudiens plus orthodoxes et les controverses tournaient généralement autour de la définition du concept et des différentes sphères de son maniement technique, comme par exemple la communication du contre-transfert au client (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994).

Ce grand bouleversement serait en partie attribuable, selon Gorkin (1987), à quelques facteurs observables à l'époque: d'abord la société, à ce moment, présentait un contexte beaucoup moins autoritaire qu'au début du siècle et l'on était plus à l'aise de remettre en question l'autorité du père de la psychanalyse et ses idées. De plus, l'idéal scientifique aspirant à l'objectivité pure était remis en doute dans des domaines d'études comme la physique, où l'on réalisait que l'acte d'observer ou la « position » de l'observateur avait une influence sur les données observées. Ainsi, l'objectivité absolue étant remise en question par une science aussi exacte que la physique, on se devait de considérer les réactions du thérapeute et du client comme un champ dynamique unique et non comme des manifestations pouvant être isolées. Enfin, Gorkin affirme que les études sur le développement et les troubles précépiens, tout comme l'intérêt croissant envers les pathologies lourdes, ont imposé en quelque sorte de nouvelles réflexions sur le contre-transfert étant donné que cette clientèle semblait provoquer chez les analystes des réactions plus chaotiques et difficiles à contenir qu'avec des clients névrotiques.

Le défi de cette période allait donc au-delà de la résolution du problème d'un mot utilisé pour désigner des phénomènes différents, mais s'attaquait à la base des techniques de la psychanalyse. On devait maintenant réévaluer quelle serait la position (implication émotionnelle) souhaitable de la part du thérapeute vis-à-vis son client. Est-ce que la neutralité analytique s'avère une quête utopique et inutile? Et sinon, est-ce possible d'atteindre cette neutralité uniquement au contact de clients névrotiques? Qu'en est-il de la thérapie avec des sujets borderlines et psychotiques? (Gorkin, 1987).

La littérature fait souvent mention de Heimann comme ayant jeté les bases de la perspective *totaliste* du contre-transfert. En 1950, cette auteure affirme dans son article « À propos du contre-transfert » (cité dans Bouchard, Frôté & Normandin, 1994) que ce concept englobe la totalité des sentiments que le thérapeute éprouve envers son client. L'auteur n'endossait pas la perception étroite du phénomène comme étant rien d'autre qu'une source de problème. Au contraire, Heimann soutient que la réaction émotionnelle du clinicien envers son client à l'intérieur de la situation analytique constitue son outil de travail le plus important, un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du client. La clef de l'utilisation des réactions contre-transférentielles pour le thérapeute serait de contenir ses émotions, par opposition à chercher une décharge dans l'*agir*, et d'en faire les indices d'un travail d'analyse (Tansey & Burke, 1989).

Cette période a vu beaucoup d'autres auteurs prôner l'aspect utilitaire et essentiel du contre-transfert. Par exemple, dans son article « La haine dans le contre-transfert » (traduction libre) en 1949, Winnicott fut un des premiers à clairement avancer une notion controversée pour l'époque, en affirmant que l'on peut s'attendre d'un thérapeute qu'il haïsse certains de ses clients. Même s'il adhère à la vision *classique* de la définition du contre-transfert, Berman (1949) a également démontré une certaine ouverture dans sa perception du concept. L'auteur considère le thérapeute comme un parti impliqué au niveau émotionnel et dont les attitudes et réactions peuvent être éveillées par les comportements et le transfert du client. Little (1951, 1957) ne fut également pas reconnu pour avoir retravaillé ou raffiné la définition étroite du contre-transfert.

Toutefois, elle croyait que le phénomène se manifestait inévitablement lors du travail thérapeutique, en particulier avec une clientèle sévèrement perturbée. La contribution première de l'auteur réside dans un effort d'élaborer une utilisation technique du contre-transfert.

Racker (1953, 1957) apporte son importante contribution à l'étude du contre-transfert en se positionnant, à l'instar de Heimann, dans le camp de la vision *totaliste* du concept. L'importance de son travail réside entre autre dans son effort pour déterminer différents types de réactions ou d'expériences contre-transférentielles. L'auteur distingue ainsi le contre-transfert *indirect* (envers une tierce partie tel que la famille du client, un collègue, un superviseur, etc.) du contre-transfert *direct* (envers le client lui-même), qui est lui-même divisé en deux catégories: l'identification *concordante* et l'identification *complémentaire*. Lors de la première situation, le thérapeute se sent au diapason avec le vécu du client (par exemple son ego qui s'identifie à celui du client) tandis que pour l'identification complémentaire, le thérapeute s'identifie à une partie non assumée du *soi* du client, c'est-à-dire qu'il « incarne » le pôle complémentaire (parfois opposé) à la réalité consciente du client. Fromm-Reichmann (1950, 1955) et Cohen (1952) ont également été associés aux premiers groupes d'auteurs ayant argumenté en faveur d'une vision élargie (*totaliste*) du contre-transfert.

À cette époque certains auteurs d'obédience freudienne défendaient toujours ardemment la vision *classique* du concept. Fliess (1942, 1953) a voulu démontrer que

les pensées et les différents affects du thérapeute n'ont rien à voir avec le client ou l'interaction clinique. De son côté, Reich (1951) soutenait que le thérapeute devait conserver un rôle d'observateur neutre (jamais celui d'un participant) et elle concevait le contre-transfert comme un phénomène principalement inconscient et nuisible. Certains autres auteurs, toujours de l'école de pensée freudienne (tels que Weigert, Gitelson ou Berman), faisaient preuve de souplesse et d'ouverture en reconnaissant la participation émotionnelle du thérapeute, l'aspect utilitaire du contre-transfert ainsi que la présence inévitable du phénomène, qu'il soit en réponse à la dynamique du client ou relié aux propres vicissitudes de l'analyste (Gorkin, 1987; Sandler, Dare, & Holder, 1980; Tansey & Burke, 1989). Ainsi, au cours de cette importante période, la notion du contre-transfert s'est vue définie et qualifiée presque à l'excès, s'enrichissant par contre des nombreuses réflexions dont elle a fait l'objet. Mais toute tentative d'inscrire le concept sous une seule vision ou une seule définition, au détriment des autres, s'est avérée stérile (voir Bouchard, Frôté & Normandin, 1994).

1.1.2.4 La quatrième période (1961 à aujourd'hui):

Frôté & Bouchard (1993) associent la quatrième période à *l'âge adulte* du contre-transfert, alors que l'on y voit se manifester les premiers signes de sa maturité. Les premiers consensus font leur apparition, telle que la reconnaissance générale du phénomène comme un élément incontournable, omniprésent et non exceptionnel du processus thérapeutique. De plus, on remarque l'émergence d'un effort visant à clarifier certaines idées et controverses entourant le concept, comme par exemple sa définition

(Bouchard, Frôté & Normandin, 1994). Notons que pour Tansey & Burke (1989), les quinze premières années de cette période correspondent à une seconde latence en ce qui a trait à l'intérêt de la littérature pour le contre-transfert. Par contre, les travaux sur l'empathie de plusieurs auteurs (tels que Schafer, Kohut, Greenson, Beres & Arlow ou Shapiro), tout comme les nombreux efforts traitant de l'identification projective (par des auteurs tel Bion, Racker, Grinberg, Malin & Grotstein ou Olinick), auraient stimulés, toujours selon Tansey & Burke, le second éveil d'un intérêt important pour le contre-transfert au milieu des années 70.

Ainsi, on observe que depuis cette période, les auteurs s'entendent sur l'existence de deux grands courants témoins de l'évolution controversée des idées sur le contre-transfert, tels qu'identifiés par Bouchard, Frôté & Normandin (1994):

- 1) L'approche dite **classique** (conception étroite ou restreinte) qui s'apparente à la première définition élaborée par Freud. Elle définit le contre-transfert comme une réaction inconsciente du clinicien au transfert du client. Qu'il provienne du transfert du thérapeute ou encore des réactions de celui-ci au transfert du client (p. ex. la contre-identification projective), le contre-transfert puise nécessairement sa source dans les conflits inconscients non résolus du thérapeute, dans sa névrose infantile. Conçu résolument comme une entrave aux progrès du traitement, il doit être esquivé.

2) L'approche dite **totaliste** (ou conception large, extensive) qui est issue des postulats Kleinien. Le contre-transfert est considéré comme la totalité des réactions du thérapeute envers le client dans la situation thérapeutique. Le phénomène est perçu comme un outil indispensable à la compréhension de la personnalité du client et comme un fait constant et inévitable de toute interaction thérapeutique.

Ce que l'on reproche principalement à la conception classique du contre-transfert est sa tendance à réduire son importance et à le percevoir comme un phénomène négatif, nuisible, voire même répréhensible. Cette attitude surmoïque, en plus d'être difficilement soutenable en pratique (Smith 2000), risque de provoquer la censure et le refoulement des réactions émotionnelles du thérapeute, pouvant ainsi causer la perte d'une source potentielle d'informations cliniques. On reproche également à l'approche totaliste d'épingler le contre-transfert d'une définition si large qu'elle peut laisser entendre que « tout est contre-transfert », ce qui élimine le sens spécifique du concept tout en surestimant l'importance des réactions subjectives du thérapeute (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994; et Hayes & Gelso, 2001). On considère de plus que cette approche néglige les aspects inconscients du phénomène, en privilégiant surtout les affects conscients comme guides vers une découverte de l'état interne du client (Smith, 2000). D'ailleurs, l'ambiguïté ou la confusion résultant de la conception totaliste du contre-transfert a en quelque sorte provoquée l'apparition des travaux d'une lignée de chercheurs que Tansey & Burke (1989) ont nommés *les spécifistes*. Leur objectif est de

catégoriser et classer les différentes variétés d'expériences vécues par les thérapeutes et se retrouvant dans la grande famille des phénomènes contre-transférentiels.

Depuis le début des années 70, *les spécifistes* se seraient servi de cinq aspects significatifs à la différenciation des types d'expériences de ce genre:

- a) Le niveau de conscience ou d'inconscience du thérapeute vis-à-vis son propre vécu,
- b) Le niveau de contrôle que possède le thérapeute sur l'intensité de son expérience,
- c) Le niveau de capacité du thérapeute à conserver une différenciation des frontières du moi entre lui et le client au cours des processus d'identification,
- d) Le type d'introjection impliqué,
- e) La distinction entre l'identification du thérapeute aux clients (identification concordante) et l'identification du thérapeute aux objets du client (identification complémentaire).

L'effort des *spécifistes* tend à combiner les éléments profitables des approches classiques et totalistes du contre-transfert en retenant de la première les leçons de vigilance vis-à-vis les pièges pouvant survenir et l'importance de poser des hypothèses cliniques valides, tout en conservant l'ouverture et l'intérêt de la seconde envers l'utilité potentielle des réactions émotionnelles du thérapeute (Tansey & Burke, 1989).

Aujourd'hui, la multitude de termes et réflexions employés à la description du contre-transfert sont d'une enrichissante diversité, soit, mais réclament encore certains

consensus qui aideraient à mieux encadrer la recherche empirique (Kiesler, 2001). Par contre, on a pu observer l'apparition d'accords considérables chez les différents théoriciens du concept. Parmi les consensus majeurs qui peuvent être dénombrés, voici les plus pertinents à notre propos:

- L'image classique du thérapeute comme « écran vierge » (blank screen) qui maintient une neutralité anonyme ne serait plus un concept viable puisqu'il ne peut éliminer sa subjectivité (Kiesler, 2001; Gabbard 2001; Streaan, 1999);
- Le client tentera inévitablement de transformer le thérapeute en un objet « transférentiel » (Kiesler, 2001; Rothstein, 1999; Gabbard 2001);
- Le contre-transfert est toujours une transaction, une création à deux qui implique à la fois les contributions du thérapeute et celles du client (Kiesler, 2001; Ellis, 2001; Gabbard, 2001; Smith, 2000; Streaan, 1999);
- C'est bien le comportement du client (verbal et non verbal) pendant la séance qui active les expériences réciproques du thérapeute et non un transport « mystique » des contenus mentaux du client vers le clinicien (Kiesler, 2001);
- La question n'est plus de déterminer si un thérapeute démontre ou fait l'expérience d'affects envers le client, mais bien si cette expérience affective s'avère utile ou nuisible (Kiesler, 2001; Ellis, 2001; Gabbard 2001; Smith, 2000; Streaan, 1999);
- Enfin, Kiesler (2001) distingue deux types de contre-transfert soit le *subjectif*, c'est-à-dire les expériences vécues par le thérapeute avec un client et qui sont associées aux affects résiduels de ses propres conflits irrésolus (vision classique du contre-transfert), et l'*objectif*, qui réfère aux affects, aux attitudes et aux réactions du thérapeute qui sont

principalement activés par le comportement du client et qui sont généralement communs à toutes les personnes significatives dans la vie de ce client.

Dans cet ordre d'idée, suite à Normandin (1991) et à Normandin & Bouchard (1993), une tentative d'intégrer les deux grandes conceptions du contre-transfert (classique et totaliste) en une vision globale et cohérente fut proposée en 1994 par Bouchard, Frôté & Normandin en offrant une description des composantes du contre-transfert articulées autour de la notion d'activité mentale du thérapeute. Ces travaux sont à la base du développement de la Grille d'Analyse du Contre-transfert utilisée dans la présente étude (se référer à la section 1.4-Présentation de la Grille d'Analyse du Contre-transfert).

1.2 L'ÉTAT LIMITE ET LE CONTRE-TRANSFERT

1.2.1 La personnalité limite

La prochaine section s'attarde à la psycho-dynamique de la personnalité limite en prenant appui sur les théories des deux principaux courants de pensées et des auteurs qui y sont associés, soit *Otto Kernberg* (école américaine) et *Jean Bergeret* (école européenne). Enfin, l'approche descriptive du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1996) sera

sommairement abordée avec la présentation des critères diagnostics propres au trouble de la personnalité limite.

Si certains auteurs parlent de Adolf Stern ou encore de Robert Knight comme étant à l'origine du terme, voir même de la notion de l'état limite (*borderline*), il semble plutôt que les premières études à se pencher sur cette pathologie remontent à la fin du 19^{ième} siècle. En effet, les publications de Rosse en 1880, comme celles de Hugues en 1884, s'étaient déjà attardées à des cas de *folies limites* (Leblanc, 1986). Depuis, l'entité pathologique aura passé à travers une longue période de *flou conceptuel*, attribuable en partie au *polymorphisme symptomatique* de cet état (Kernberg et al., 1989). Tout au long de cette période, selon Bergeret (1986), une quarantaine de termes auraient été utilisés pour s'y référer (personnalités « psychopatiques », « as if », « perverses », « schizomanie », « schizoïde », « schizophrénie pseudonévrotique », etc.). L'auteur propose les travaux d'Einsenstein en 1949 comme ayant rassemblé sous le nom de « *borderline* » (*état-limite*) les différents vocables employés.

Malgré le développement rapide de sa symptomatologie, on ne remarque toujours pas de consensus dans la littérature théorique quant à la nosologie du trouble limite, ni sur la dynamique du sujet limite et ses caractéristiques (métapsychologie), ni même sur la phase où son développement serait entravé. On peut par contre identifier deux grandes écoles de pensée et leurs positions théoriques face à l'étiologie du trouble, c'est-

à-dire l'école américaine principalement associée à Kernberg et l'école française représentée par les travaux de Bergeret.

Goldstein (1988) présente une version simplifiée de la pensée de Kernberg sur le trouble de personnalité limite. Ce dernier suggère que le champ de la psychopathologie soit divisé en trois organisations, soit la névrotique, la psychotique et l'organisation limite. Kernberg considère l'état limite comme une organisation de la personnalité spécifique et stable, se situant entre la psychose et la névrose et étant caractérisée par une configuration structurale sous-jacente. L'auteur propose qu'une grande variété de troubles de personnalité ont en commun un « niveau » limite d'organisation de la personnalité en regard aux fonctions et caractéristiques du Moi (Preston, 97). Si la pathologie du Moi s'y avère plus lourde qu'au sein d'une organisation névrotique, l'appréhension de la réalité par le sujet limite, à un niveau superficiel du fonctionnement quotidien, semble généralement intacte (contrairement au sujet psychotique qui distingue mal la frontière « Moi - non-Moi »). Par contre, on note la présence plus ou moins fréquente de phases régressives, surtout lors d'événements stressants, caractérisées par l'émergence de processus primaires et d'une certaine distorsion des perceptions. L'auteur cible la prédominance d'agression subie au stade prégénital du développement comme étant responsable d'un défaut d'intégration du concept de soi et de l'autre, défaut duquel découlent des problèmes au niveau de la diffusion de l'identité, des perceptions contradictoires et des sentiments de « vide » chronique.

Selon Kernberg (1979), l'organisation limite emploie principalement des défenses archaïques centrées autour du clivage, cherchant ainsi à protéger le moi du conflit en dissociant les expériences contradictoires du soi et d'autrui. Le sujet limite s'avère incapable d'accomplir l'unification ou la synthèse des introjections et des identifications positives et négatives, si bien que le clivage entraîne une division du soi et des objets en « tout bon » ou « tout mauvais », sans grande nuance ou de zone grise. Kernberg identifie certaines caractéristiques structurales pouvant aider à détecter l'organisation limite de la personnalité, c'est-à-dire les faiblesses du Moi (manque de contrôle des impulsions, de tolérance à l'angoisse ainsi qu'une capacité de sublimation limitée), la pathologie du Surmoi (système de valeurs puériles ou immatures, de morales internes contradictoires et la présence possible de traits antisociaux) ainsi que les relations d'objets chroniquement perturbées (issues de la diffusion de l'identité et du recours à des défenses primaires). Aussi, la personnalité limite aura tendance à entrer périodiquement dans des états de poussées agressives et peut tenter d'éviter la frustration, l'angoisse et le défi des relations interpersonnelles par la consommation abusive d'alcool et de drogues.

Bergeret (1974, 1986) reprend la notion freudienne d'une *structure psychique* suggérant qu'au cours de la jeune enfance, le psychisme se « *cristallise* » graduellement (à la façon d'un cristal minéral) autour de lignes de clivage (de rupture) jusqu'à l'âge adulte. L'auteur identifie deux structures fidèles à cette définition, soit la structure psychotique et la structure névrotique. Le Moi du psychotique se pré-organise plutôt

rapidement, suite aux fixations subies au cours des frustrations précoces ou primitives. La lignée structurelle névrotique, quant à elle, est issue d'une période prégénitale sans grandes difficultés ou fixations majeures. Le Moi se pré-organise à travers l'Œdipe sous le primat de l'économie génitale.

Bergeret considère l'aménagement limite comme une entité se situant entre la structure psychotique et la névrotique. Sans avoir subi de trop grandes frustrations au moment de la jeune enfance, l'évolution du Moi limite poursuit son chemin vers l'Œdipe. Au début de ce stade, un traumatisme psychique intense (au sens affectif) freine cette évolution libidinale. Ce blocage évolutif constitue ce que Bergeret nomme *le tronc commun des états limites*. Encore trop peu mature et inorganisé pour faire face à ce traumatisme, le Moi n'a pu accéder à une relation d'objet génitale et demeure plutôt centré autour d'une dépendance *anaclitique* à l'autre. Le Surmoi du sujet limite n'a pu se constituer complètement et conservera un rôle plus ou moins efficace, pendant qu'au contraire l'Idéal du Moi surinvesti devient le pôle organisateur de la personnalité. Pour l'organisation limite, c'est l'Idéal du Moi qui sera en conflit avec le Ça et la réalité. Cette organisation s'avère donc être essentiellement un trouble du narcissisme. Selon l'auteur, le tronc commun des états limites demeure une condition « aménagée » sans fixité ni solidité.

L'angoisse propre à l'organisation limite est celle de la perte de l'objet anaclitique (intimement liée à la menace de la dépression) qui « *concerne à la fois un vécu passé*

malheureux sur le plan plus narcissique qu'érotique et, en même temps, reste centrée sur un avenir meilleur, teintée d'espérance, de sauvetage, investie dans la relation de dépendance vis-à-vis l'autre » (Bergeret, 1986, p.201-202). L'organisation limite a recours à des mécanismes de défenses archaïques et moins efficaces que le refoulement, tels le clivage des objets, la réaction projective, l'évitement ou la forclusion.

Malgré l'apport considérable d'auteurs tels que Bergeret et Kernberg à notre compréhension de la dynamique de la personnalité limite, les études empiriques s'attardant à ce trouble, comme au champ de la psychopathologie en général, se référeront principalement à l'*American Psychiatric Association* et son effort pour trouver une unité dans les descriptions du trouble. Leurs critères descriptifs des différents troubles mentaux sont énoncés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV, 1996). Pour l'APA, le trouble de la personnalité limite se caractérise par un mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi. Ces manifestations se présentent au début de l'âge adulte, dans des contextes divers qui devront se retrouver dans au moins cinq des neuf critères diagnostiques relatifs à la symptomatologie du trouble limite proposés par le DSM-IV. Ces critères sont énoncés dans le Tableau 1. Le trouble se retrouverait, selon l'APA (1996), chez environ 2% de la population générale.

Tableau 1

Critères Diagnostiques de la Personnalité Limite (APA, 1996)

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (N.B. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés au critère 5).
 2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
 3. Perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
 4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet, soit la toxicomanie, la boulimie, la conduite automobile dangereuse, la sexualité, les dépenses excessives (N.B. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés au critère 5).
 5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
 6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple la dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété qui dure généralement quelques heures et rarement plus que quelques jours).
 7. Sentiments chroniques de vide.
 8. Colères intenses et non appropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
 9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.
-

1.2.2 Le contre-transfert et la personnalité limite

La présente section s'attarde aux caractéristiques des aspects relationnels propres au trouble de la personnalité limite et pertinente à la situation clinique. Elle aborde l'exploration des *relations interpersonnelles*, du *transfert* et du *contre-transfert* propres à la clientèle limite.

1.2.2.1 Relations interpersonnelles

Déjà, comme le souligne Kernberg et al. (1989), les personnalités limites « *sont très vulnérables dans les relations à deux, et peuvent rapidement mobiliser des transferts archaïques qui sont chaotiques, exigeants, ambigus et instables* » (p.38). Même si en superficie elles semblent plutôt bien consolidées, les relations interpersonnelles du sujet limite sont en général tumultueuses et caractérisées par l'instabilité, la dépendance, du masochisme, de la manipulation et l'absence d'un engagement soutenu. Ces relations seront régulièrement source de plaisir et de douleurs intenses (Preston, 1997; Meissner, 1988). Pour l'état limite, les relations aux autres impliquent également une alternance entre une idéalisation excessive et une dévalorisation de l'autre, ainsi que des efforts frénétiques pour éviter l'abandon réel ou imaginaire et la dépression toujours menaçante. Bien entendu, ce va-et-vient entre l'idéalisation et la dévalorisation de l'objet se répète fréquemment avec le clinicien dans le contexte thérapeutique (Kraus & Reynolds, 2001).

Le comportement du sujet limite, orienté vers l'agir plutôt que la communication, s'avère fréquemment impulsif, provocant, destructeur et dicté par des défenses primitives. Les affects intenses, les variations de l'humeur, les épisodes de colère, de rage et d'agressivité, tout comme une instabilité affective typique, contribuent aux difficultés relationnelles du sujet limite. L'oralité agressive et déstructurante se révèle de façon privilégiée et plusieurs auteurs ont d'ailleurs fait de l'agressivité un des facteurs étiologiques des états limites (Marcelli, 1981). L'existence de cette pauvreté relationnelle sera également souvent attribuée à un manque manifeste d'une véritable capacité à la culpabilité et à l'introspection, comme à un manque d'empathie et de souci pour les autres. En effet, caractérisées par ce manque général d'empathie, les personnalités limites se reconnaissent typiquement comme étant beaucoup trop « victime » pour avoir de l'empathie à partager (Kraus & Reynolds, 2001). Darcourt (1986) nuance en insistant non pas sur une absence de sentiments envers une autre personne, mais bien sur une suite de sentiments brusques ou contradictoires qui sont vécus successivement sans cohésion entre eux, et qui conduit à une discontinuité de la vie affective.

De plus, le sujet limite aura une tendance à percevoir les gens de son entourage comme étant au service de ses propres besoins et à entretenir des relations basées sur cette recherche de gratification des besoins. L'égoïsme est un trait saillant du trouble de la personnalité limite qui peut se manifester à travers différents comportements, tels que de fortes réactions face à l'abandon ou le rejet, une difficulté à

terminer les séances de thérapie à temps, la tendance à faire de nombreux appels téléphoniques à son thérapeute entre les séances, des gestes suicidaires manipulateurs, des épisodes de colère lorsque les autres ne répondent pas à ses besoins, une tendance à tomber rapidement en amour ou à idéaliser l'autre pour passer rapidement à la colère lorsque frustré, de la dépendance et enfin de grandes difficultés à être seul (Preston, 1997; Kraus & Reynolds, 2001). Sur ce point, Meissner (1988) souligne le besoin chez la personnalité limite, de la présence de l'objet pour soulager cet inconfort face à la solitude. En outre, tout lien affectif va revêtir principalement un caractère superficiel étant donné la présence d'un retrait défensif face à la menace de l'émergence de pulsions amoureuses et agressives non fusionnées, et étant donné l'idéalisation primitive de l'objet (Painchaud & Montgrain, 1986).

Ainsi, les relations d'objet du sujet limite peuvent être qualifiées de primitives ou archaïques et l'incapacité de maintenir une relation interpersonnelle intime et constructive avec un autre individu est perçue par certains auteurs, tel Chessick (1993), comme étant le problème crucial chez les états limites. Pour Bergeret (1974, 1986), la relation d'objet *anaclitique* de l'état limite s'avère une relation à deux d'une grande dépendance, mais qui se distingue de la dyade primitive et fusionnelle du psychotique avec sa mère, comme de la triangulation oedipienne d'une relation d'objet névrotique. Il est question ici d'être aimé de l'autre, le grand, le fort en cherchant à « s'appuyer contre lui » (étymologie du terme *anaclitisme*) tout en demeurant un objet distinct et séparé de lui. Les relations d'objet sont sous l'égide du clivage qui provoque une incapacité à

unifier les introjections et les identifications positives et négatives. Le sujet limite se voit alors dominé alternativement par des états contradictoires. De plus, Meissner (1988) souligne la présence chez l'état limite d'un sentiment général de vide et de soif affective, de même que des besoins intenses d'être pris en charge et d'obtenir une satisfaction immédiate quant aux manques à combler. Si l'objet ne peut répondre à de telles demandes, on assiste fréquemment à une émergence d'affects de dévalorisation, de désarroi ou à des poussées de rage destructrice envers ce même objet.

1.2.2.2 Transfert

On remarque également ces mêmes besoins intenses et ces attentes face à l'objet au sein du transfert, c'est-à-dire l'expérience qu'a le client de ses émotions, ses perceptions et ses fantasmes dans le lien thérapeutique (Kernberg et al., 1989). Il semble en effet que la présence d'une constellation ou d'une configuration instable de réactions transférentielles intenses, primitives et chaotiques s'avère un phénomène probable à l'intérieur du cadre thérapeutique avec un sujet limite (Searles & Harold, 1979). Kernberg et al. (1989) affirment que se sont les *prototypes* de relations d'objets archaïques intériorisées qui se manifestent dans le transfert sous forme d'états affectifs chaotiques. Le groupe d'auteurs remarque que ces transferts traduisent un ensemble d'intériorisations réalistes et fantasmatiques, plus ou moins déformées, de relations d'objet du passé, de même que les défenses mobilisées contre eux. La présence de réactions transférentielles intenses ne sera généralement pas accompagnée d'une reconnaissance de la nature inadéquate ou « déplacée » du geste. Pour Reid (1986), ce

qui distingue le transfert limite du transfert névrotique réside dans le fait que ce dernier est considéré comme bidimensionnel, c'est-à-dire qu'il comporte une différenciation du thérapeute réel et de l'analyste imaginaire. Ainsi, selon les auteurs, le transfert limite détient une composante formelle distincte, soit une propension à la réduction quasi nulle de la distance entre le clinicien réel et le clinicien imaginaire.

Chessick (1993) distingue chez cette clientèle trois types de transferts typiques: les *transferts narcissiques* caractérisés par l'idéalisation du thérapeute, les *transferts d'objet transitoire* (transitional object transference) à travers lequel le thérapeute ou la démarche thérapeutique se voit investi comme une sorte de protection et de sécurité magique contre la cruauté du monde extérieur, et enfin les *transferts précoces et perturbateurs* qui sont marqués d'affects intenses, pour la plupart négatifs, mais aussi parfois très érotisés. Meissner (1993) propose une approche d'un diagnostic qui tient compte d'une série d'expressions pathologiques variant selon les différents degrés de la pathogenèse, de la frontière psychotique jusqu'au trouble de caractère narcissique, déjà plus efficace au niveau adaptatif et fonctionnel. Son approche considère également les degrés d'*organisation* et d'*intensité* (du plus bas au plus haut) selon différents paramètres évalués, tels que le potentiel de régression, la cohérence à soi-même, les relations objectales, la nature des affects, le clivage, le contact avec la réalité, etc. Enfin l'auteur délimite le « territoire » limite par deux continuums distincts (englobant les différents types de pathologie qu'il a pu observer) qu'il nomme: le *continuum hystérique* et le *continuum schizoïde*.

Pour Meissner (1993), le transfert chez un client au faible degré d'*organisation* aura tendance à envahir plutôt rapidement l'interaction thérapeutique et à jouer un rôle dramatique dès les premières phases de la thérapie. Au niveau du *continuum hystérique*, l'engagement intense, urgent, dépendant et exigeant du sujet envers le thérapeute est tel qu'il peut éventuellement contrôler l'interaction et menacer le cadre thérapeutique. Si les conflits sont sensiblement les mêmes dans le *continuum schizoïde*, les variations se situent au niveau des stratégies adaptatives et des défenses. Face à l'anxiété du processus thérapeutique, ce sujet aura plutôt tendance à s'isoler et le thérapeute sera plus souvent confronté à de l'apathie, de l'absence d'affects, du retrait, une incapacité de s'engager dans le processus, des problèmes de communication, etc.

Chessick (1993) a observé quelques pièges qui guettent le thérapeute négociant avec de tels transferts archaïques. La première menace pour le thérapeute est celle d'être envahi de panique, elle-même issue d'une anxiété ou d'une haine contre-transférentielle en réaction à de l'agir flamboyant. La seconde s'avère être simplement l'impatience du thérapeute. Selon l'auteur, celui-ci doit être prêt à effectuer, avec un client limite, un travail fastidieux, stressant, parfois même douloureux et sans gratification, et ce, pendant plusieurs années. Le client limite peut parfois démontrer de grands talents à faire jouer différents rôles au thérapeute, ce qui peut entraîner des problèmes chroniques au niveau du contre-transfert. Ces rôles, selon Searles & Harold (1979), seraient étrangement différents de ceux dont le thérapeute a l'habitude avec le client névrotique. De plus, le contenu ou la structure bizarre des images que se fait le sujet limite à propos

du clinicien, combiné à la forte et quasi-psychotique certitude de la réalité de ses perceptions, arrive à menacer sérieusement le sens de la réalité et le sentiment d'identité de l'analyste. Ce dernier pourrait éventuellement aller jusqu'à craindre que ce rôle transférentiel ne devienne vraiment son unique réalité subjective.

Subséquent, ce ne serait en fait rien de moins que l'alliance thérapeutique qui serait menacée par ces transferts primitifs qui souvent se manifestent sous la forme d'*agir* intense et d'une distorsion importante au niveau des perceptions (Goldstein, 1988). Il semble en effet qu'il soit typique du processus thérapeutique avec une clientèle limite d'y retrouver des difficultés majeures dans la constitution et le maintien d'une alliance thérapeutique qui, d'abord fragile, est appelée à devenir graduellement plus solide au gré des multiples périodes de régression et d'évolution (Goldstein, 1997).

Selon Meissner (1993), l'expression transférentielle du sujet limite, de par sa persistance et sa force, pose un problème particulier. Non seulement elle peut varier rapidement du tout au tout et de façon chaotique, mais elle s'avère très résistante et solidement installée au sein de la structure de caractère du client. Ce déploiement transférentiel introduit de nombreuses distorsions tout en minant continuellement l'alliance thérapeutique, laissant le thérapeute avec le défi de maintenir ou de réparer cette alliance tout en se débattant avec la pression des manifestations transférentielles. Dans cette situation, le transfert et la précarité de l'alliance thérapeutique s'unissent et se nourrissent l'un de l'autre au détriment du processus thérapeutique.

De plus, au cours des périodes de vulnérabilité accrue chez le sujet limite, le tumulte des affects peut refléter une intensification du transfert et susciter d'intenses états contre-transférentiels chez le thérapeute (Meissner, 1988). De fait, les données de la littérature suggèrent la présence de violence dans le transfert et des situations contre-transférentielles difficiles. Kernberg et al. (1989) parlent des états affectifs intenses de ces clients, ordinairement ni modulés ni intégrés, et de leurs utilisations des défenses archaïques qui ont pour effet l'émergence brutale de transferts complexes, chaotiques et souvent contradictoires. Au niveau des projections, le thérapeute est ressenti comme frustrant et menaçant pour le client. La méfiance, la peur et la protestation prennent beaucoup de place et le client cherche à maîtriser le clinicien sur un mode sadique et tout-puissant. Pour cela, il utilise habilement la provocation et arrive à provoquer des contre-attitudes agressives chez le thérapeute (Darcourt, 1986).

Cornfield & Share (1994) font mention d'une étude avec des clients limites avec qui l'on a observé les faits transférentiels et contre-transférentiels suivant:

- 1) Ces clients démontrent des réactions transférentielles intenses, immédiates et fixes, qu'elles soient dévoilées de façon dramatique ou bloquées avec rigidité.
- 2) Ils démontrent de persistantes limites au niveau de l'épreuve de la réalité quant à la l'individu qu'est l'analyste, de même qu'un besoin d'une gratification de sa part.
- 3) On remarque la présence d'une sensibilité intense à la séparation et à la perte de l'objet.
- 4) On remarque la présence d'une attitude transférentielle narcissique prononcée.

- 5) On remarque une présence prédominante de conflits sadomasochistes inconscients.
- 6) Ces clients présentent des images transférentielles instables ou fusionnées.
- 7) Des réactions contre-transférentielles intenses étaient régulièrement stimulées chez l'analyste en réponse à leur comportement.

1.2.2.3 Contre-transfert

En général, il est admis que plusieurs composantes interdépendantes de la pathologie limite suscitent chez le thérapeute des sentiments et des comportements particulièrement difficiles à gérer (Kernberg et al., 1989). On rapporte par exemple que, lorsque cette clientèle est hospitalisée en psychiatrie, beaucoup de difficultés sont éprouvées par les intervenants telles que le clivage, le sabotage de la relation thérapeutique, des manipulations diverses (Sansone, Sansone, & Fine, 1995). Kernberg souligne également les précautions à prendre avec les personnalités limites, qui, par l'utilisation de défenses archaïques, savent se comporter de manière à susciter des contre-attitudes chez le thérapeute, redoublant la difficulté à gérer le contre-transfert de celui-ci (Kernberg et al., 1989). D'ailleurs, la « gestion » (monitoring) active du contre-transfert pour un thérapeute serait une des composantes essentielles dans le traitement de ces clients, un traitement souvent perçu comme étant très ardu et de longue haleine (Kraus et Reynolds, 2001). La littérature théorique suggère que la prééminence du contre-transfert avec cette clientèle vient de la combinaison du transfert intense et des agirs du patient limite qui ébranlent la vulnérabilité humaine du thérapeute (Masterson, 1990).

L'abondante littérature qui réfère à la personnalité limite et en particulier au processus thérapeutique avec une telle clientèle signale assidûment la présence de problèmes contre-transférentiels en réponse aux transferts intenses et archaïques de ce type de sujet. Sur ce point, Kernberg et al. (1989) soulignent que si le phénomène du contre-transfert demande de la précaution pour l'ensemble de la psychothérapie, une attention particulière sera nécessaire dans le travail avec les personnalités limites. Les défenses utilisées par ces derniers ont le potentiel de susciter de vives réactions affectives chez le thérapeute, souvent aux prises alors avec l'émergence rapide d'un contre-transfert intense. L'auteur ajoute que les sujets limites savent comment et quoi faire pour susciter des contre-attitudes affectives, inconsciemment désirées ou craintes, chez les cliniciens. Plus la pathologie caractérielle du client est sévère, plus les réactions contre-transférentielles viendront occuper le devant de la scène, jusqu'à contrôler temporairement le champ d'observation de l'analyste. Ainsi, Kernberg insiste sur le fait que le thérapeute travaillant avec une telle clientèle aura à aiguiser sa capacité de détecter et de gérer son contre-transfert pour que celui-ci puisse être ensuite utilisé comme un outil de compréhension de la dynamique du client. En fait, le thérapeute devra accepter le fait incontournable qu'à un certain moment du travail avec un sujet limite, il y aura émergence d'une quelconque manifestation contre-transférentielle.

Les transferts mobilisés, de par leur nature archaïque, sont susceptibles d'éveiller chez le clinicien des fantasmes parfois dérangeants et désorientants. Selon Kernberg et al. (1989), ce dernier pourra justement reconnaître le contre-transfert à travers ses

fantasmes, comme à travers quelques différents indices tels que les sentiments, les pensées et les actions. Par exemple, la présence fréquente d'une colère intense ressentie par le thérapeute peut être parfois doublée d'une attitude trop protectrice vis-à-vis le client. En d'autres circonstances, cette même colère pourra s'exprimer à travers une attitude d'éloignement du thérapeute face à son client, comme pour s'enfuir du transfert intense, ou encore par un renoncement de son expertise et de sa compétence professionnelle faisant place à un cercle vicieux où il se sent déprimé, vain, incompetent et de plus en plus encouragé à se retirer. Le thérapeute pourrait freiner ses interventions par doute de leur pertinence, anticiper les séances, vivre de l'angoisse paranoïaque ou de persécution, vivre de la culpabilité irrationnelle, se préoccuper à l'excès du client, comme à l'inverse ne pas y penser du tout. Ses pensées pourront osciller entre la perception que son travail demande des talents particuliers (sentiment d'un lien distinct et spécial) et la croyance, plus commune, en son incompetence, le conduisant à envisager de réorienter sa vie professionnelle.

Dans leur effort consacré exclusivement à la gestion du contre-transfert avec les personnalités limites, Gabbard & Wilkinson (1994) affirment que cette clientèle est unique dans sa capacité de remuer des affects qui troublent et envahissent les thérapeutes. Dans les meilleures circonstances, ces affects pourront fournir des données cruciales sur la dynamique du client et contribuer au progrès thérapeutique, alors que dans les pires dispositions, le contre-transfert évoqué au long du processus aura pour

effet d'entraîner le thérapeute dans une suite d'agirs qui résultent en une transgression des limites de l'éthique ou encore à des tentatives de suicide de la part du client.

Les auteurs disent avoir eux-mêmes noté la présence de ravages contre-transférentiels chez les professionnels de la santé mentale qui travaillent avec des personnalités limites. De façon plutôt peu commune, leurs vies personnelles et professionnelles en sont affectées et tandis que certains disent être « devenus fous » au contact de ces clients ou alors se plaignent de voir leurs vies personnelles envahies, d'autres refuseront catégoriquement de travailler avec un sujet limite. De manière répétitive on remarque que la loyauté et la compétence du thérapeute sont testées par le sujet limite; celui-ci veut contraindre le premier à contenir ses affects intolérables; il cherche à recréer une dynamique relationnelle qui lui est familière; et il communiquera ses sentiments complexes, confus et difficiles par l'*agir* et non par la verbalisation (Kraus & Reynolds, 2001).

Pour Goldstein (1997), à cause des problèmes reliés aux fonctions du Moi des personnalités limites, à leur propension à la régression lorsqu'il y a absence d'un cadre structurant, à leur méfiance et leurs difficultés à établir comme à maintenir une alliance thérapeutique, les tentatives de psychothérapie sont difficiles et parsemées de dangers. L'auteur va jusqu'à recommander que la psychothérapie avec cette population ne s'effectue qu'après une sélection minutieuse du client limite et par un thérapeute d'expérience qui est formé pour ce type de mandat. Goldstein souligne que les

personnalités limites sont reconnues pour leurs habiletés à susciter des réactions émotives chez les thérapeutes et que si ces réactions sont parfois évidentes, souvent elles peuvent aussi s'avérer subtiles. Il ne sera pas rare que ces clients détectent des zones de vulnérabilité chez le thérapeute pour attaquer subtilement ce dernier. Ainsi, lorsqu'il s'engage dans un processus thérapeutique avec un client limite, le thérapeute sera particulièrement sujet à des agirs contre-transférentiels. L'auteur ajoute qu'il y a probablement plus de thérapies ruinées par les complications contre-transférentielles que par de mauvaises techniques d'intervention; il rappelle donc l'importance d'être constamment vigilant au contre-transfert.

Chessick (1993) est également d'avis que les attaques calculées et chroniques qui sont dirigées vers les zones faibles du thérapeute, lorsqu'elles ne sont pas interprétées, peuvent mener à des « agirs contre-transférentiels » et ce, jusqu'au point de se débarrasser du client de manière directe ou indirecte. Ce geste servira alors rapidement de preuve ou de confirmation par le sujet limite comme quoi il subit une fois de plus un abandon et une trahison dont il n'assume aucune responsabilité. Le clinicien qui travaille avec ces clients fera l'expérience douloureuse venant des efforts intenses du client de tenter de le manipuler jusqu'à ce qu'il valide les projections de ce même client. Le thérapeute ressent ainsi un conflit interne alors qu'il se débat contre cette manipulation. Chessick ajoute que les manifestations de transferts parfois déroutants, avec leurs fluctuations rapides et « mélodramatiques », sauront provoquer du chaos et des problèmes de contre-transfert. L'auteur remarque que la majorité des histoires de

« désastres » cliniques surviennent alors que le thérapeute impliqué dans la thérapie du client limite n'a pas résolu ses propres difficultés personnelles. L'état limite peut habilement déceler ces zones de vulnérabilité pour les utiliser dans l'agir (*acting out*), comme il le fait avec tous les gens de son entourage. Comme plusieurs de ses pairs, Chessick nous avise qu'un thérapeute ne devrait pas accepter le suivi d'un trop grand nombre de clients limites puisque ceux-ci peuvent épuiser ses ressources psychologiques; de même qu'il serait contre-indiqué pour un thérapeute qui souffre de problèmes personnels (deuil, maladie, ou autre...), d'assumer, au cours de cette période difficile, le traitement d'un sujet limite.

Pour McHenry (1994), il semble indéniable que la psychothérapie des personnalités limites propose un certain nombre de dilemmes, au niveau du transfert et du contre-transfert, qui sont reliés au bien-être du client et du thérapeute. Ces dilemmes affecteront non seulement la conscience de soi des participants, mais également la nature de l'alliance thérapeutique et le dénouement du traitement. La dynamique du sujet limite présente plusieurs défis comme, entre autre, la présence d'attaques répétées envers l'organisation du Moi du thérapeute, alors que ce dernier est perçu alternativement comme « tout bon ou tout mauvais » (clivage). En plus de s'attendre à être mal traité et à vivre de l'abus, l'état limite se comportera de façon à évoquer de la négligence ou de l'abus contre-transférentiel. Généralement, les problèmes qui l'affectent ne seront pas assumés consciemment et seront souvent alourdis par un passé d'abus verbaux, physiques et sexuels. Ces différents points caractéristiques poussent

l'auteur à conclure que la gestion des phénomènes contre-transférentiels est cruciale pour le progrès des efforts cliniques avec cette population.

Preston (1997) a également noté que les personnalités limites, comme la plupart des personnes avec des troubles sévères de la personnalité, sont perçues par les intervenants en santé mentale comme étant situées au haut de liste des clients difficiles à traiter. Par moment, il est à la fois frustrant et souffrant pour le thérapeute d'être d'abord témoin de la souffrance intense et prolongée du client limite, mais également d'être en contact avec la nature de sa psychopathologie qui saura l'atteindre et le remuer. L'auteur affirme même qu'il est difficile d'envisager qu'un thérapeute ne puisse avoir jamais connu de moments où il se sent dépassé, frustré, impatient ou encore qu'il peut avoir été en colère tout au long d'un processus thérapeutique avec ces clients. Malgré les habiletés déployées et les efforts honnêtes pour demeurer empathique et utile, la thérapie se butera souvent à des périodes infructueuses et les plus compétents des thérapeutes feront face à cette lutte qui se présente comme une règle et non une exception dans la thérapie avec les états-limites. C'est pourquoi il est commun chez les thérapeutes qui s'y engagent d'être aux prises avec un sentiment d'impuissance. L'auteur affirme que certains thérapeutes développeront des défenses contre ce sentiment d'impuissance en adoptant des attitudes et des jugements qui frisent parfois le dénigrement, reflétés dans des commentaires tels que: « Mon Dieu, pas un autre état-limite! ». La majorité des personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble de personnalité limite ont vécu des histoires d'abus, de négligence, d'humiliation et de rejet

dans leur famille d'origine. Lorsqu'ils auront recours à de l'aide, cette expérience de rejet risque d'être recréée une fois en contact avec de tels messages. Il n'en demeure pas moins que les clients limites sont perçus comme étant non seulement déconcertants, mais également comme une source importante de stress pour les thérapeutes qui les traitent. Leur endurance, même celle des plus expérimentés, sera testée par des transferts intenses d'hostilité et/ou de dépendance.

En plus du transfert et de l'alliance thérapeutique, le contre-transfert est considéré par Meissner (1988) comme étant un des aspects majeurs de la thérapie des personnalités limites. Les mécanismes de projection et d'introjection de ceux-ci pousseront ou tireront continuellement le thérapeute vers des positions contre-transférentielles qui ont le potentiel d'entraver le progrès thérapeutique. Et si ces pressions transférentielles et contre-transférentielles sont jusqu'à un certain degré actives au sein de tout genre d'interaction thérapeutique, elles seront, selon Meissner, particulièrement saisissantes et musclées dans le travail avec des clients limites. L'auteur ajoute que même les plus expérimentés des thérapeutes ne devraient entreprendre plus d'un ou deux engagements thérapeutiques avec ces clients, en particulier lorsqu'ils se situent dans le pôle plus primitif du continuum, où l'instabilité des affects et l'agir se manifestent plus souvent.

En effet, le contre-transfert en relation à la condition limite ne serait pas un phénomène univoque, mais il impliquerait plutôt un spectre de niveaux différents et de

divers degrés d'interactions transférentielles et contre-transférentielles pouvant varier considérablement en qualité et en quantité. Ainsi, Meissner propose l'existence d'un continuum de variations contre-transférentielles, à l'intérieur du spectre du trouble de la personnalité limite, continuum dans lequel la qualité de l'expérience contre-transférentielle à l'extrémité *inférieure* du spectre limite sera tout à fait différente de celle à l'extrémité *supérieure*. La nature des interactions transférentielles/contre-transférentielles va donc varier en fonction d'où se situe le client sur le continuum de la personnalité limite et déterminera l'angle d'approche de l'intervention thérapeutique.

Searles (1979) souligne quelques raisons pour lesquelles le contre-transfert se révèle un aspect important de la psychothérapie des états-limites. D'abord, l'intensité des sentiments refoulés est telle que le thérapeute sera sollicité d'une manière particulière. Le client limite utilisera plusieurs niveaux de développement du moi dans sa relation à l'analyste, alors que ce dernier fera face à des relations au client qui passent à l'improviste d'un mode plutôt mature à des transferts et des modes de relation archaïques. Ainsi, il est fréquent pour le thérapeute d'avoir l'impression que le client communique avec lui sur deux ou plusieurs niveaux à la fois. Ajouté à cette confusion, l'auteur souligne le fait que le travail clinique avec un sujet limite confronte le thérapeute à la nécessité de s'habituer à des sentiments de dépendances symbiotiques qui pourront émerger à la fois du client comme de l'analyste lui-même puisque l'état-limite, dans le transfert, lui fera non seulement jouer le rôle de mère symbiotique, mais également celui de nourrisson symbiotique.

En fait, pour Searles, les sentiments suscités par les clients limites seront généralement à ce point conflictuels pour le thérapeute qu'une dédifférenciation risque de se développer en lui et la distinction entre sa propre personne et le client, entre le domaine du fantasme et celui de la réalité devient alors de moins en moins claire en lui. De plus, l'auteur a remarqué que face à l'intensité et à l'entêtement des images transférentielles négatives par lesquelles le client cherche à imposer au thérapeute une identité profondément déplaisante, certains internes en psychiatrie, par manque d'expérience, se sentent en situation de danger. Searles insiste toutefois qu'expérimenté ou non, il en coûtera souvent plusieurs efforts au thérapeute pour parvenir à vivre en harmonie avec ces sentiments ambivalents qui donne cette impression de faire face à une situation dangereuse. D'après l'expérience clinique de l'auteur, c'est à la *psychose borderline* que le thérapeute réagit par des sentiments intenses et difficiles à gérer et il croit que les analystes seront plus aptes à exercer un travail clinique avec les personnalités limites lorsqu'ils assumeront, comme faisant partie de ce travail, le fait qu'ils développent un *espace de psychose borderline contre-transférentielle* au cours du processus thérapeutique avec ces clients.

Même si les opinions des cliniciens et des théoriciens diffèrent quant à l'utilisation du contre-transfert ou même quant à sa nature, la majorité seront d'avis que ce phénomène a beaucoup d'importance dans la thérapie des personnalités limites et que de fortes réactions émotives émergent chez le thérapeute qui s'engage dans ce travail. Ces réactions du thérapeute, selon Watson (1996), sont dues avant tout à un certain nombre

de caractéristiques affectives qui sont propres aux états-limites, en commençant par les émotions fortes et primitives qui sont vécues par ces sujets et qui les poussent à « l’agir » dans la plupart de leurs relations. Certains autres facteurs viendront compliquer cette caractéristique, facteurs tels que des changements rapides de l’humeur, le clivage et la propension qu’ont les sujets limites à constamment mettre leurs émotions en action et ce, sans réflexion. Les interactions aux affects extrêmes qui en résultent deviendront souvent une menace au maintien du rôle thérapeutique du clinicien. De plus, Watson souligne que l’intense vie affective interne du sujet limite, sans être celle d’un mode de fonctionnement psychotique, fait que ce client doit être considéré comme étant, parmi tous les types de clients, celui avec lequel un thérapeute a le plus de risque de se voir entraîné hors de son rôle thérapeutique. D’ailleurs, l’auteur conceptualise l’interaction avec une personnalité limite en percevant les réactions contre-transférentielles du thérapeute comme étant des forces qui le poussent et le tirent soit vers une *sur*participation, soit vers une *sur*observation avec le client. Dans certains cas, suite à des élaborations péjoratives envers les clients les plus troublés et les plus troublants comme les personnalités limites, le thérapeute peut aller jusqu’à refuser le travail clinique avec un tel client, évitant ainsi une expérience potentiellement déplaisante dont l’effet de son intensité peut persister des semaines, voire même des années (Rothstein, 1999).

Kroll (1988) croit lui aussi que même si ce genre de difficulté se présente dans tout type de thérapie, il semble que pour une variété de raisons, les thérapeutes

abandonneront ou dévieront plus souvent des principes de base de la psychothérapie lorsqu'ils travaillent avec des clients limites. Selon lui, dû aux qualités particulières de leurs sollicitations et de leurs susceptibilités, ces clients semblent soutirer certains des pires traits de caractères du thérapeute. Kroll souligne de plus qu'aucun autre type de client que la personnalité limite n'exposera autant le thérapeute à des cas de révélation de soi, de proximité, d'intervention face à des attaques colériques, de flatterie et de séduction, de menaces suicidaires, d'impuissance face à l'échec dans le progrès thérapeutique, ainsi que de transferts de « victimisation ».

Brody & Farber (1995) remarquent que plusieurs études font mention des dilemmes spécifiques à la thérapie des sujets limites, comme entre autre la tendance des thérapeutes à « agir », au cours du processus thérapeutique, des problèmes d'identités irrésolus ou niés. En lien avec cela, les auteurs mentionnent également certaines études notant que les intervenants en milieu hospitalier perçoivent ces sujets comme étant les clients les plus difficiles, ceux qui évoqueront les plus puissantes et potentiellement laborieuses réactions contre-transférentielles. De plus, la littérature suggère que le travail avec des patients sévèrement malades crée d'unique difficultés contre-transférentielles pour les thérapeutes inexpérimentés. Il est à noter que la présente étude s'effectuera dans un contexte de stage de formation universitaire, donc avec des sujets inexpérimentés, pour ainsi espérer recueillir de façon encore plus nette les différences anticipées entre les contre-transferts confrontants des sujets limites et les contre-transferts évoqués avec tout autre type de client.

D'ailleurs, Rosenbluth & Yalom (1997) illustre une perception intéressante de l'apprentissage et du défi du thérapeute qui travaille avec un client limite. Il sera critique pour celui-ci d'arriver à reconnaître les sentiments induits par le client et d'y prendre appui dans le travail thérapeutique. La vigilance s'impose tout particulièrement lorsqu'il s'agit de comportements auto-destructeurs, des stratégies défensives utilisées par les états-limites (projection, identification projective, et clivage) et la forte tendance à gâcher les expériences positives qui généreront d'intenses et difficiles affects chez le thérapeute. Lorsque les sentiments évoqués par le sujet limite sont reconnus, le thérapeute sera libre de ne pas « agir » sur eux. Par contre, le contre-transfert qui n'est pas reconnu pourrait être la cause d'une distanciation du thérapeute, même jusqu'au point d'une terminaison prématurée ou alors d'une attitude trop résignée allant jusqu'à l'acceptation des abus inexcusables de la part du client.

Pour Little (1991), étant donné l'importante quantité d'affects brusquement éveillés en contact avec des clients aux réactions et comportements imprévisibles, l'issue du traitement pourra demeurer indécise pendant une longue période de temps. L'angoisse évoquée chez le thérapeute sera dans une large mesure de nature psychotique, à la fois dépressive et paranoïde, plus particulièrement liée à la survie. En somme, tel que constate Pereg (1984), autant dans l'expérience clinique personnelle, dans la littérature clinique, qu'au cours d'échanges entre collègues, le clinicien se trouve souvent confronté, avec des clients limites, à des réactions contre-transférentielles extrêmes (le désarroi, l'incompréhension totale, l'impuissance, la fascination, etc.). Il en résulte une

activité intellectuelle presque compulsive, une soif de compréhension ou d'action qui, selon l'auteur, serait une tentative de trouver certains repères à travers la confusion et également de se désaisir d'une attraction irrésistible dans l'innombrable. Ainsi, ce climat créé ne saura être propice à la mise en place ni d'une *neutralité bienveillante* ni d'une *attention flottante*.

En ce qui a trait aux divers types de contre-transfert spécifiquement suscités par les personnalités limites, Kernberg et al. (1989) vont entre autre parler d'une agressivité intense venant du client qui est vécue par le thérapeute comme s'il existait un combat vital entre eux. De plus, les auteurs notent un amalgame d'états affectifs souvent surprenants qui oscillent rapidement, comme la manifestation d'une colère intense adjacente à un détachement ou à une jubilation et qui, une fois combinée à une tendance à l'impulsivité caractéristique de la personnalité limite, provoque des réactions complexes chez le thérapeute. L'utilisation de défenses archaïques par les sujets limites serait également une source de complications contre-transférentielles; des défenses telle que l'identification projective, avec laquelle le client tente inconsciemment de provoquer le thérapeute afin de perpétuer les projections pathologiques des représentations indésirables du soi et des objets, dans le but de s'en départir. Ainsi, « *moins le patient sera capable de contenir une expérience primitive dans le cadre de sa conscience subjective, et plus cette expérience s'exprimera à travers son comportement et le contre-transfert de l'analyste* » (Kernberg 1994, p.1564). D'où l'émergence fréquente d'états affectifs puissants chez le thérapeute qui reçoit alors plus difficilement

les projections devant être modifiées de façon thérapeutique. L'idéalisation primitive, la dévalorisation et le contrôle omnipotent sont d'autres défenses qui pourront stimuler l'émergence de réactions chez le thérapeute, confirmant ainsi les croyances pathologiques du client limite. Kernberg ajoute que la dévalorisation, par une personnalité limite, est particulièrement compliquée à gérer puisqu'elle peut être substituée à tout instant par de l'admiration ou des louanges.

Voici quelques réactions contre-transférentielles, identifiées par Gabbard & Wilkinson (1994) comme étant spécifiques à la thérapie avec un client limite, soit : 1) les sentiments de culpabilité, 2) l'illusion d'être un sauveteur, 3) les transgressions des frontières de l'éthique professionnelle, 4) la rage et la haine, 5) l'impuissance et la dévalorisation, 6) l'anxiété et la terreur.

1) ***Les sentiments de culpabilité***: Les personnalités limites ont l'habileté à détecter les vulnérabilités du thérapeute pour ainsi les exploiter de façon à induire des sentiments de culpabilité. Une issue fréquente est celle provoquée par le client qui se comporte de manière à exaspérer le thérapeute jusqu'à ce que ce dernier souhaite voir son client disparaître. C'est à ce moment que le client limite peut accuser son thérapeute de ne pas l'aimer ou de ne pas se soucier de lui. Un autre scénario commun est celui où le thérapeute commence à se sentir responsable des détériorations cliniques qui deviennent apparentes au cours du processus thérapeutique.

Sur ce point, Searles (1979) parle d'une culpabilité et d'un sentiment d'être personnellement responsable du fait que le client devient sensiblement psychotique ou psychotique borderline. Selon lui, la culpabilité du thérapeute tiendrait en partie d'une quasi fascination et d'un vif intérêt pour les côtés fous du client limite, côtés étant moins ennuyants que ses propres côtés névrotiques. L'auteur précise que les bénéfices des compromis des états limites avec la réalité et la folie semblent susciter des sentiments d'envie chez les thérapeutes (Pereg, 1984). En outre, l'auteur mentionne un de ses propres contre-transferts directement liés aux défenses primitives du sujet limite (omnipotence fantasmée et clivage, avec des images transférentielles du thérapeute fortement idéalisées ou diabolisées) qui se manifeste à travers la culpabilité de ne pas s'engager complètement dans son rôle de thérapeute et ce, malgré la démonstration de signes externes d'un dévouement clinique honnête.

2) *L'illusion d'être un sauveteur*: lié de près au sentiment de culpabilité, cet aspect du contre-transfert met en scène plus qu'un simple zèle thérapeutique, mais bien une perception du thérapeute l'amenant à voir son client comme essentiellement faible et désemparé ou à croire qu'il doit faire quelque chose *pour* lui.

Searles (1979) parle d'une tendance, de la part du thérapeute, à croire qu'il possède une emprise toute-puissante, infernale, nuisible à l'évolution ou au maintien de la psychose borderline transférentielle du client. Cette omnipotence pourra mener le clinicien à se sentir responsable des agirs hors-séances autodestructeurs du patient

limite, voire jusqu'à percevoir ces passages à l'acte comme étant l'expression indirecte de sa propre tendance à ce type de comportement. Pour McHenry (1994), ce sont les aspects narcissiques irrésolus du thérapeute qui le feront glisser vers la croyance grandiose où il se croit capable de pouvoir aider le client à lui seul. Il peut alors se sentir totalement responsable de son client et devenir paralysé par le rôle idéalisé qu'il s'impose à lui-même. Recevant les critiques et les plaintes de son client, le thérapeute aura tendance à croire qu'il n'en fait pas assez. Il pourrait aussi encourager un climat d'admiration, de flatterie et d'affection mutuelle. La projection des idéalizations narcissiques des clients limites exercent, selon Meissner (1993), une influence séductrice pouvant entraîner le thérapeute vers un état d'omniscience et d'omnipotence, l'éloignant ainsi du caractère idéal de la position thérapeutique, caractère plus humble et limité.

De plus, il est fréquent que cette configuration se renverse rapidement dans la position opposée, alors que le thérapeute est aux prises avec des sentiments d'infériorité et de doutes face à son efficacité comme clinicien, allant jusqu'à remettre en question la pertinence de son rôle professionnel. Les perturbations narcissiques irrésolues chez le thérapeute pourront, selon Schultz & Glickauf-Hughes (1995), être la cause d'un profond malaise évoquant une tendance à rejeter l'idéalisation du client qui perçoit le thérapeute comme étant parfait et omnipotent. En alternance, les auteurs observent également le phénomène opposé, alors que le thérapeute accepte d'une façon excessive

l'idéalisation du client limite, ce qui résulte en une *collusion narcissique* où les deux parties évitent de se critiquer ou de se décevoir l'un et l'autre.

3) ***Les transgressions des frontières de l'éthique professionnelle***: Les sujets limites ont la réputation d'évoquer des écarts envers le cadre thérapeutique menant à une transgression imprudente de certaines frontières. Ces clients sont connus pour avoir « la mèche courte » et le thérapeute peut se sentir menacé ou intimidé par cette impulsivité et ce potentiel explosif. Pour éloigner la colère du client, le thérapeute peut étirer la durée de la rencontre, se dévoiler au client, différer les paiements du client ou encore ne lui demander aucun honoraire pour les séances ou enfin s'engager dans un comportement physique et/ou sexuel avec le client.

Searles (1979) remarque qu'il est en effet typique avec ce type de client de voir le processus thérapeutique se sexualiser fortement, le client usant de coquetteries et de séduction, tout en dévoilant des symptômes captivants pour le thérapeute. Les transgressions pourront être rationalisées car le client limite est perçu comme une victime (avec parfois des menaces de suicide à l'appui) ne pouvant supporter l'abandon et ayant droit à des considérations ou à des mesures spéciales. Une transgression moins spectaculaire mais pouvant créer un effet profond chez le client limite et sur le processus thérapeutique, note Meissner (1988), se produira lorsque le thérapeute dévie de sa technique ou ne peut conserver un cadre thérapeutique adéquat.

4) ***La rage et la haine***: Un autre élément fréquent de la thérapie avec une personnalité limite est que celui-ci se débarrasse de ses tensions internes en évacuant ses affects sur le thérapeute, en particulier les aspects « mauvais » ou « malades » du moi (clivage). Il devient ainsi difficile pour le thérapeute de ne pas ressentir de la rage, de la haine ou des ressentiments lorsqu'il est utilisé pour recevoir cette tension expulsée par le client. Être pris en otage par des menaces de suicide ou être importuné par des appels de détresse en fin de soirée ou encore recevoir constamment des demandes de traitements spéciaux et hors de l'ordinaire pourra mener à un profond et bouillonnant ressentiment.

Searles (1979) parle d'une charge d'agressivité active comme l'accumulation d'une grande haine du thérapeute contre le client. D'ailleurs, pour McHenry (1994), l'habileté à tolérer la colère et la haine est un dilemme commun aux thérapeutes. Ceux d'entre eux qui ont un besoin d'admiration ou d'approbation ou qui ne peuvent supporter la colère dirigée vers eux ou par eux pourront réagir face à l'hostilité, à la rage et au mépris de l'état limite avec peur, terreur ou en s'identifiant à la projection du client qui le perçoit comme étant tout « mauvais ». L'attitude défensive, la paralysie ou la haine émergeant du thérapeute risqueront d'accroître l'hostilité du client. Une variété de manifestations contre-transférentielles agressives, telles que des confrontations colériques et destructives, peuvent survenir en réponse aux tentatives du client de conserver une position de puissance et d'attaque face au thérapeute menaçant et d'éviter la position insupportable d'être la victime faible, impuissante et vulnérable. Les impulsions agressives du thérapeute pourront également se déguiser sous la forme d'une

implication excessive ou d'une interaction accrue avec le client pour tenter de contrer la frustration, le sentiment d'impuissance et l'angoisse (Meissner, 1988).

Watson (1996) parle de la colère comme étant une caractéristique présente au sein de bien des interactions avec les états-limites. Le thérapeute risque de devenir trop interactif avec le client limite si sa colère le mène à une confrontation directe, sans avoir procédé à l'observation nécessaire visant à évaluer pourquoi et comment cet affect a pu émerger en lui. L'auteur ajoute qu'il est important de noter que les états-limites trouvent habituellement les thèmes qui sauront donner de la difficulté au thérapeute.

Chessick (1993) remarque qu'en attaquant le narcissisme et l'estime de soi du thérapeute, le sujet limite provoque beaucoup de haine et épuise l'endurance du clinicien. Selon l'auteur, les défenses typiques déployées par ce dernier pour contrer ces contre-transferts sont: la répression (ennui, agitation, ou inattention), le revirement contre soi (faible estime de soi), la formation réactionnelle (intérêt démesuré face à son client), la projection et une déformation dans le *test de la réalité* (à reconnaître la haine contre-transférentielle). Selon l'auteur, tout ceci risque de mener au développement et à l'agir d'une relation sadomasochiste avec le client, ou en alternance, à la mise en scène d'échanges érotiques ou à des agirs sexuels bruts avec le client. Il en résulte une destruction du processus thérapeutique et de sérieuses conséquences pour les deux parties. Rosenbluth (1991) parle d'une alternance entre une soumission masochiste à l'agression du client et une distanciation excessive du thérapeute face au client.

5) ***Impuissance et dévalorisation***: les états limites ont tendance à dévaluer les efforts du thérapeute, en particulier lorsque ses demandes sont frustrées et qu'il passe rapidement de l'idéalisation au mépris. Le résultat est que le thérapeute se sentira souvent incompetent, limité quant à ses habiletés cliniques et impuissant face à ce défi thérapeutique.

Meissner (1988) se penche sur des situations où le thérapeute se sent impuissant, frustré et épuisé (contre-partie de l'épuisement du client limite) ce qui peut mener à des réactions contre-transférentielles de colère et d'assauts envers le client (dénigrement implicite et confrontation) ou encore à la transgression de son rôle thérapeutique en assumant la position objectale recherchée par le client, soit le rôle du sauveur omnipotent ou du persécuteur. De plus, lorsqu'il ressent cette frustration et cette impuissance, le thérapeute peut être pris d'une urgence qui le presse à agir comme mettre fin au processus thérapeutique, référer le client, ou toute action pouvant le soulager du désespoir et protéger sa propre blessure narcissique, tout en conservant une image de soi positive de compétence et d'efficacité. Sinon, comme le rappelle McHenry (1994), le thérapeute enragé pourrait jusqu'à lancer des attaques envers le client qu'il jugera peu coopérant et plutôt ingrat. Meissner (1993), remarque que dans la thérapie des états limites, en particulier les sujets du *niveau inférieur* (le plus archaïque, près de la structure psychotique), le thérapeute risque de devenir la victime de l'agression du client et ce rapport peut le laisser avec des sentiments d'impuissance, de désespoir et de vulnérabilité.

6) *Anxiété et terreur*: Peu importe ce qui se passe au niveau du processus thérapeutique, le client limite suscitera presque toujours de l'anxiété chez le thérapeute, anxiété provenant de sources multiples et variées. Au niveau le plus primitif, la confusion du client limite face aux frontières pourra provoquer chez le thérapeute une terreur archaïque reliée à la crainte d'être englouti ou envahi par le client et être réduit à rien. Il existe également l'anxiété associée à la menace planante du suicide, ainsi que celle concernant la peur des interventions qui pourraient faire « exploser » le client. Enfin, pour le thérapeute, l'anxiété générale qui accompagne habituellement la totalité du traitement est celle d'un sentiment de n'être simplement pas à la hauteur de la tâche clinique ou de déployer des efforts infructueux. Ajoutons à cette liste la possibilité que le thérapeute manifeste une crainte désespérée de voir son client déraiper vers une psychose, sans aucune raison de croire que celle-ci puisse être éphémère (Searles, 1979). Meissner (1988) note que face à l'urgence désespérée que présentent les clients limites et à l'impression donnée que leur survie dépend de la relation thérapeutique, le thérapeute ressent une intense pression de prendre la responsabilité de la sécurité et de la survie du client. McHenry (1994) souligne un type de complication contre-transférentielle chez le thérapeute qui est poussé à « contenter » le client par peur d'être rejeté, abandonné ou encore d'être englouti par ce dernier. Selon l'auteur, ce thérapeute tente de revêtir le rôle du parent idéalisé et risque de se lancer dans un effort pour souligner toutes les forces de son client, mais en ignorant les problèmes et les faiblesses.

Holmqvist & Armelius (1996), comme plusieurs autres auteurs, considèrent les problèmes contre-transférentiels comme étant l'obstacle principal du travail thérapeutique avec les clients limites. Ils abordent l'expérience communément vécue par les thérapeutes travaillant avec cette clientèle, expérience au cours de laquelle le clinicien ne se sent plus libre, étant aux prises avec la pression de penser et même d'agir de façon non-autonome. Lorsqu'en guise de défense, le client limite use d'idéalisation ou de dénigrement, le thérapeute aura souvent l'impression que ses émotions sont contrôlées par l'état limite. De plus, en 1981, Gorney & Weinstock (cité dans Holmqvist & Armelius, 1996) notent que la vulnérabilité du clinicien envers certaines formes malignes de contre-transferts (telles que la confusion, l'épuisement, le désespoir, l'anxiété massive ou encore la manifestation de représailles hostiles) serait considérée comme étant le principal problème au cours du travail thérapeutique avec les clients limites. Par contre, comme le précise Goldstein (1997), pendant que certaines des réactions contre-transférentielles énumérées précédemment seront vécues par tous les thérapeutes qui travaillent avec des clients limites, d'autres surviendront de façon plus sélective chez certains thérapeutes travaillant avec certains de ces clients.

Gabbard & Wilkinson (1994) ajoutent à la liste quelques autres problèmes et défis contre-transférentiels liés à ce travail thérapeutique. Entre autre, les auteurs parlent d'un sentiment vécu par le thérapeute, à savoir celui d'être envahi et transformé en quelqu'un d'autre que lui. De plus, le thérapeute peut avoir à tolérer l'expérience d'être un objet de haine ou de colère et, à son tour, assumer le fait qu'il puisse détester un

client, sans agir sur cette haine. Ajoutons à cela la gestion parfois difficile de contre-transferts et de sentiments à caractère sexuel à cause desquels le thérapeute risque constamment de *réagir* avant de pouvoir intervenir à partir d'une réflexion clinique. Enfin, Gabbard & Wilkinson constatent eux aussi que les clients limites peuvent être exaspérants à un point tel que le thérapeute peut consciemment porter le désir de s'en débarrasser.

Un fait important et pertinent à cette étude, particulièrement en lien à la variable que l'on veut observer, est que, pour certains auteurs, les caractéristiques propres du thérapeute semblent n'avoir que peu d'importance lors du vécu contre-transférenciel dans la thérapie des personnalités limites. À ce propos, Kernberg (1989) affirme que le contre-transfert, au cours du processus thérapeutique avec un client limite, est non pas une réponse adaptée aux vicissitudes de la vie propre du thérapeute, mais généralement la conséquence de transferts intenses, primaires et régressifs découlant de l'utilisation de défenses archaïques employées par cette clientèle lors du transfert.

L'agir contre-transférenciel est, selon Klein & Masterson (1989), une réaction que le client limite cherche, consciemment ou non, à évoquer chez le thérapeute. Une telle réaction ne serait pas particulière à l'individu qu'est le thérapeute. Selon l'auteur, on peut s'attendre à l'observer chez presque tous les thérapeutes travaillant avec des états-limites, en particulier chez ceux qui ne sont pas tout à fait « au clair » avec la signification et la gestion adéquate à la fois des résistances du client et de leurs propres

réactions. Si le thérapeute parvient à ne pas agir sur les affects provoqués par les résistances de l'état-limite, il pourra souvent en tirer des pistes et des informations précieuses quant à la compréhension du client.

Searles (1979) affirme trouver très utile, voire même réconfortant et libérateur, qu'une réaction personnelle et intime, ressentie comme étant sienne, comme provenant essentiellement de sa personne, se révèle en fait une réaction plus profonde face à une facette du transfert du client. Selon l'auteur, ce qui trouble « personnellement » le clinicien doit être converti en une perception plus précise de l'histoire et de l'ambiance familiale du client au cours de son enfance. Selon Meissner (1988), lorsque les tourments, les conflits et les besoins inconscients et irrésolus du thérapeute provoquent des réactions primitives et/ou défensives contre lui, il survient alors le risque de se créer des difficultés, des impasses et des remous qui peuvent nuire au travail thérapeutique.

Par contre, certains auteurs tels Gabbard & Wilkinson (1994), proposent une nuance en affirmant que le contre-transfert doit être perçu comme une création commune à travers laquelle les conflits passés du thérapeute et les projections du client créeront des patterns d'interaction au sein du processus thérapeutique. Comme le souligne McHenry (1994), un fait semble toutefois certain: tout thérapeute qui travaille avec des clients limites devra inévitablement gérer des assauts à son Moi (ego) et à son sentiment d'identité. Ainsi, plus le clinicien prend ces assauts personnellement ou plus il

s'identifie à ceux-ci, plus il aura tendance à remettre en scène ses propres conflits interpersonnels ou ses problèmes d'identité.

1.3 L'ÉTUDE EMPIRIQUE DU CONTRE-TRANSFERT

Si on écrit sur le contre-transfert depuis maintenant près d'un siècle, les efforts empiriques dans l'étude du phénomène n'en sont qu'à leur début. En effet, outre les travaux de Normandin, Bouchard, Séguin & Lecours (1991-93-94-95-96) sur lesquels se base la présente étude et auxquels s'attarde la section 1.4, très peu de chercheurs se sont attardés au défi d'élaborer une méthode expérimentale permettant l'observation du contre-transfert et de ses manifestations. La prochaine section présente les résumés de quelques-uns de ces rares efforts empiriques.

Dans leur article se penchant sur la contribution du client aux sentiments contre-transférentiels du thérapeute, Holmqvist & Armelius (1996) s'intéressent à la brèche qui existe entre l'importance qu'attribuent les cliniciens à l'influence du client sur le vécu affectif du thérapeute et le peu d'études empiriques venant soutenir cette affirmation. En effet, rares furent les tentatives où l'on aurait examiné attentivement l'hypothèse comme quoi les sentiments, affects et fantasmes du thérapeute serait en fait une conséquence du comportement du client et non, comme certaines critiques l'auraient avancé, issus des propres attentes du clinicien. Donc, selon les auteurs, peu d'études auront également

démontré que des réactions spécifiques du thérapeute peuvent être associées au diagnostic du client.

Holmqvist & Armelius ont étudié les sentiments contre-transférentiels de 244 thérapeutes travaillant dans divers centres de traitement (au sein d'équipes d'intervention). Ceux-ci devaient identifier, sur une liste de 30 mots associés à des sentiments, leurs réactions émotives face à leurs différents clients (un total de 127 sujets). En moyenne, on pouvait recueillir les réactions de dix cliniciens pour chacun des clients. Pour l'analyse des données, les réactions recueillies sont ensuite regroupées en huit catégories de réactions affectives, soit le sentiment de proximité-d'engagement, d'être contrôlé-retenu, inutile-inefficace, rejetant-indifférent, objectif-distant, autonome-libre, utile-efficace et enfin d'être accueillant-affectueux. L'analyse de variance (de type one-way, ANOVA), comparant les réactions envers les clients individuellement et les réactions aux clients avec différentes organisations de la personnalité et différents degrés de santé/trouble psychologique, démontre que les réactions affectives des thérapeutes envers les clients seraient majoritairement attribuables à l'individualité de ces clients et à leurs modèles ou à leur styles évocateurs récurrents. Par contre, contrairement à ce qui est suggéré par la littérature clinique, l'étude ne démontre pas que le diagnostic de l'organisation de la personnalité du client, ni que l'état de santé du client puissent contribuer significativement aux différences observées dans les réactions affectives des thérapeutes. Les auteurs avancent l'hypothèse que cette croyance, possiblement erronée, répond en fait au besoin qu'ont les thérapeutes de s'appuyer sur

des arguments pour expliquer la présence en eux de sentiments pénibles et inacceptables.

Par contre, les résultats de l'étude de Brody & Farber (1995), qui ont eux aussi constaté le peu d'effort empirique sur le contre-transfert, mènent à des conclusions différentes. La recherche a été réalisée auprès de 336 thérapeutes qui ont complété des questionnaires évaluant les attitudes en ce qui concerne les réactions émotives au cours du traitement (Experience and Attitude Scale), ainsi que leurs réactions face à des vignettes décrivant des clients dépressifs, état-limites et schizophrènes (Vignette Rating Scale). Par exemple, les thérapeutes devaient donner des précisions sur: à quel point ils font un effort pour maintenir une position neutre, le nombre de fois où ils ont regretté des choses dites ou non-dites à leurs clients, l'intensité de leurs réactions affectives vis-à-vis leurs clients (trop fortes, trop intenses etc.).

De plus, à partir des réactions des thérapeutes envers les vignettes (portraits de clients associés aux trois diagnostics mentionnés plus haut), Brody & Farber ont analysé, à l'aide d'une échelle d'évaluation de vignettes (Vignettes Rating Scale) à quel point les thérapeutes s'imaginant dans un travail clinique avec les clients décrits par ces vignettes, feraient l'expérience d'une variété d'émotions et de réactions. L'étude tenait compte de trois aspects différents du contre-transfert, soit:

- Le *contre-transfert positif* (des sentiments tels l'appréciation du client, la gratification, l'empathie, l'envie de prendre soin du client et de l'aider, la compassion, le défi et l'engagement)
- Le *contre-transfert négatif* (des sentiments tels l'ennui, la colère, l'anxiété, le désespoir, l'irritation, la frustration et la dépression)
- Le *comportement relié au contre-transfert* (la tentation ou la tendance à donner des conseils, à penser au client pendant ses temps libres, à référer son client à un autre professionnel, à laisser les séances se poursuivre au-delà du temps prévu et de laisser savoir au client qu'il l'estime ou l'apprécie).

Entre autre, les chercheurs se sont posé la question suivante: est-ce que les réactions du thérapeute diffèrent selon qu'il travaille avec un client dépressif, état-limite ou schizophrène? Les résultats, provenant de tests ANOVA, révèlent que sur tous les items de la catégorie des contre-transferts *positifs*, à l'exception des sentiments de défi et de gratification, le client limite aura été évalué comme suscitant le moins de contre-transfert positif. D'ailleurs, la cote la plus faible des items au sein des contre-transferts *positifs* était pour le client limite à l'item « *appréciation du patient* ». De plus, les thérapeutes ont estimé que c'est avec l'état-limite qu'ils vivraient le plus souvent de la colère. Ils ont également présumé que le travail avec les clients limites serait celui qui susciterait le plus grand degré d'irritation. Enfin, toujours selon les thérapeutes, les personnalités limites sont celles qui ont moins de chance d'évoquer de bons sentiments, de susciter la prolongation d'une séance, d'occuper les pensées du thérapeute durant ses

temps libres ou d'inspirer le partage de conseils. Les auteurs concluent que l'étude vient donner un support empirique à l'observation clinique affirmant depuis longtemps que les personnalités limites ont tendance à initier des comportements pouvant entraîner de la négligence ou de l'abus contre-transférentiels. En effet, le travail avec des clients limites serait associé à une prédominance de réactions contre-transférentielles *négatives* (irritation, frustration, colère), alors que les thérapeutes n'envisagent pas éprouver de sollicitude envers ces mêmes clients. Par contre, certaines conclusions de la recherche suggèrent l'existence d'éléments pouvant contrecarrer ces réactions négatives: les thérapeutes estiment se sentir tout aussi engagés ou intéressés par le travail clinique avec un client limite, en comparaison avec un client schizophrène ou dépressif. De plus, ils affirment que ce travail impliquerait un plus grand défi qu'avec un sujet dépressif.

Le survol de ces deux recherches démontre l'ampleur du défi comme du besoin de pousser plus loin l'étude du contre-transfert. En effet, malgré un nombre substantiel de sujets et des méthodes différentes mais judicieuses, les études offrent, à quelques nuances près, des conclusions contradictoires. Pendant que Holmqvist & Armelius (1996) démontrent que ni le diagnostic du client, ni l'état de santé peuvent affecter significativement les réactions affectives des thérapeutes, Brody & Farber (1995) concluent que leur étude est un appui empirique témoignant du fait que le comportement des personnalités limites a le potentiel de provoquer des ratés contre-transférentiels. La question demeure et les modes d'observation du phénomène doivent se raffiner. Les deux études en question ont en commun l'utilisation de listes de mots ou

de questions précises sur les impressions et réactions des thérapeutes face aux différents clients. Ces impressions paraissent basées sur un compte-rendu ou une analyse « froide et détachée » de l'ensemble du lien thérapeutique. Si le contre-transfert peut, en quelque sorte, être omniprésent pour l'ensemble d'une relation thérapeutique, c'est certainement au cours de la rencontre clinique comme telle que le phénomène prend vie et racines. La Grille d'Analyse du Contre-transfert offre l'option intéressante d'avoir accès non pas à une évaluation détachée de l'expérience thérapeutique avec une variété de client, mais bien à une réaction dynamique, libre et spontanée peu de temps après la rencontre et plus près du vécu clinique.

1.4 PRÉSENTATION DE LA GRILLE D'ANALYSE DU CONTRE-TRANSFERT (GAC)

La prochaine section s'attarde à faire le survol de l'évolution de l'outil de recherche essentiel à la présente étude, soit la Grille d'Analyse du Contre-transfert développée par Normandin & Bouchard (1991-1993). Le lecteur peut se référer au chapitre 3 (Méthode) et à l'appendice A pour une présentation plus explicite de son utilité et des directives quant à son utilisation.

La Grille d'Analyse du Contre-transfert fut originellement développée en 1991 par Lina Normandin. L'instrument était essentiellement appliqué à l'analyse des réactions

spontanées de différents thérapeutes après qu'on leur ait présenté une mise en situation clinique sous forme de vignettes écrites. Les études qui avaient recours à la GAC tentaient entre autre d'évaluer comment l'activité mentale des thérapeutes pourrait être affectée par certaines caractéristiques individuelles telles que l'orientation théorique à laquelle adhère le thérapeute, son sexe ou le nombre d'années d'expérience en clinique. Ces premières recherches ont également été nécessaires à l'examen des qualités psychométriques de la grille, examen rendu possible grâce au nombre important de sujets s'étant portés volontaires. Suite aux travaux de Marie-Hélène Séguin sur la régression au service du moi dans l'activité contre-transférentielle, la méthodologie fut révisée et on utilise (depuis 1995) une version modifiée du manuel de cotation.

La GAC fut entre autre utilisée lors de l'étude de Lecours, Bouchard & Normandin de 1995 intitulée « Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists ». La Grille a servi à comparer les réactions spontanées et écrites de psychologues d'orientation psychodynamique face à deux vignettes cliniques. Un groupe de thérapeute était constitué de psychologues en début de pratique (moins d'un an d'expérience), tandis qu'un autre regroupait des cliniciens d'expérience (10 ans ou plus). Les résultats indiquent que les débutants étaient plus « réflexifs » et les thérapeutes expérimentés plus « réactifs ». Au niveau des différences entre les sexes, les psychologues féminins s'avéraient plus « réflexives », tandis que les hommes se révélaient plus « objectifs/rationnels ».

Dans leur article « Adaptive regression and countertransference mental activity », Séguin & Bouchard (1996) testent l'hypothèse suggérant que le processus d'écoute et d'interprétation demande une « régression adaptative ». Les auteurs proposent un modèle à quatre phases, sous-jacents à ce processus. De précédentes études avaient démontré que le contre-transfert « réflexif » était relié à des défenses adaptatives, tandis que le contre-transfert « réactif » était associé à une utilisation « non-adaptative » de défenses. De plus, ces études démontraient que les thérapeutes expérimentés étaient plus « réactifs » et moins « réflexifs » que les novices. Donc, l'étude de Séguin & Bouchard se voulait une réplique partielle de ces recherches. Deux instruments étaient utilisés, soit la GAC et une adaptation du Système de Holt qui détermine le degré de régression et l'efficacité des défenses. Les résultats soutiennent les conclusions des études antérieures, c.-à-d. que le contre-transfert « réflexif » est associé aux défenses efficaces, alors que le contre-transfert « réactif » est relié à des défenses de moindre qualité. L'activité mentale « objective-rationnelle » n'était pas associée à une efficacité défensive. Une fois de plus, les thérapeutes d'expérience semblaient être plus « réactifs » que les novices et démontraient un niveau plus élevé de régression.

L'ensemble des recherches initiales utilisant la GAC s'était donc principalement intéressé à l'observation des réactions de sujets en réponse à la lecture de vignettes sur différents cas cliniques. Dans sa jeune histoire, l'expérimentation et l'utilisation de la Grille d'Analyse du Contre-transfert furent en effet appliquées selon différentes procédures de cueillette de données. Ainsi, pendant que certaines recherches avaient

recours à des vignettes cliniques lues par les thérapeutes volontaires (Lecours, Bouchard & Normandin, 1995), d'autres procédaient à l'aide de séances de thérapie filmées sur vidéo. L'objectif commun à ces différentes méthodes demeurant toujours la récolte des réactions internes et spontanées du sujet (le thérapeute) en regard aux différents cas cliniques qui lui sont présentés, soit face aux clients, aux thérapeutes ou à l'interaction dynamique entre les deux parties. Or, voilà que de nouveaux efforts ont cherché à recueillir les réactions spontanées et les associations libres des thérapeutes à chaque fois et aussitôt qu'une séance venait de se terminer avec un client. C'est ainsi qu'une nouvelle adaptation de la GAC était nécessaire afin d'ajouter quelques précisions à la catégorie REAC de la grille, tout en s'ajustant aux particularités du nouveau type de matériel recueilli et étudié. La dernière version de la Grille d'Analyse du Contre-transfert, utilisée pour la présente étude, fut subséquemment présentée en 1996 par Picard & Bouchard.

Objectifs et hypothèse

Le prochain chapitre s'attarde à exposer les objectifs de la présente étude et se conclut avec l'énonciation de l'hypothèse de recherche.

Étant donné, d'une part, la vision élargie du contre-transfert qui tient compte des réactions affectives du thérapeute suscitées par la réalité du client et ce, indépendamment des propres conflits de ce premier, et d'autre part, l'abondante littérature ayant constaté les difficultés contre-transférentielles des thérapeutes qui travaillent avec des personnalités limites, il s'avère pertinent, au profit du développement de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC), de se pencher sur l'influence du client et de sa pathologie lors d'une étude qualitative du contre-transfert. Ainsi, l'objectif principal de la présente étude est d'évaluer la sensibilité de la GAC quant à l'influence du type de personnalité du client en relation avec un thérapeute. L'intérêt de cette recherche s'inscrit donc dans un effort d'explorer l'utilité, de même que certaines forces et limites de cet outil toujours en évolution, qui se veut une réponse au besoin longuement négligé d'un regard empirique sur le contre-transfert.

Comme le chapitre du contexte théorique en témoigne, le vécu contre-transférentiel du thérapeute en relation clinique avec un sujet limite est généralement considéré et anticipé comme plutôt désagréable et déstabilisant et se traduisant entre autre par l'émergence de sentiments et comportements difficiles à gérer. En tenant compte que

l'activité mentale réactive (voir p.101) de la Grille d'Analyse du Contre-transfert de Normandin & Bouchard (1991, 1993) est celle qui est associée aux difficultés de gestion des réactions affectives du clinicien, il apparaît opportun d'envisager l'observation d'une plus grande quantité de témoignages contre-transférentiels du genre réactif lorsque les thérapeutes travaillent avec des clients «limites», en comparaison au lien clinique avec des clients « non-limites ». Ainsi, nous proposons d'estimer à quel point la Grille d'Analyse du Contre-transfert peut témoigner de cette observation depuis longtemps soulignée par la littérature théorique et clinique. L'hypothèse de la présente étude va donc comme suit:

La Grille d'Analyse du Contre-transfert détectera une proportion plus élevée de contre-transferts de type REAC (état mental *réactif*) vécu par les thérapeutes en relation avec des clients état-limites en comparaison avec ceux qui traitent des clients ne présentant pas ce trouble de la personnalité.

Méthode

Le troisième chapitre concerne la méthodologie de l'étude. Son but est de faire la présentation des sujets recrutés pour la recherche, d'énumérer les différents instruments de mesure impliqués et enfin d'exposer la procédure mise en place pour l'étude.

3.1 PARTICIPANTS

Le recrutement des participants à la recherche s'est effectué avec la collaboration du Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP). Il s'agit d'un organisme du Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui se donne comme objectif la formation professionnelle des étudiants de 2^{ième} cycle en psychologie et la promotion de la santé mentale de la population du territoire couvert par l'UQTR. Le CUSP vise également à encourager l'évolution de la recherche universitaire, comme en fait foi sa collaboration à la présente étude se rattachant à une recherche globale sur les troubles de la personnalité limite effectuée par l'équipe de Suzanne Léveillé, PhD., professeur à l'UQTR.

En premier lieu, les étudiants stagiaires du CUSP offraient à chacun de leurs clients la possibilité de participer volontairement à une recherche visant le développement d'une meilleure connaissance de la clientèle en clinique afin d'accroître l'efficacité des services psychologiques offerts. Les sujets volontaires avaient préalablement été

informés qu'ils seraient convoqués à une entrevue de recherche d'environ trois heures (possibilité de deux rencontres) au cours de laquelle un ensemble de questionnaires et de tests leur serait administré (se référer à la section « Instruments de mesure »). Parmi la cinquantaine de sujets ayant offert leur collaboration, 25 d'entre eux pouvaient être retenus pour l'étude sur le contre-transfert. En effet, deux critères de sélection devaient être respectés: les clients sélectionnés ne présentaient pas un trouble psychotique selon le DSM-IV et de plus, ils devaient avoir participé à au moins une dizaine de rencontres cliniques avec leurs thérapeutes-stagiaires avant la fin de leurs démarches au CUSP. Ainsi, un groupe de quinze (15) sujets diagnostiqués « personnalités limites » et un autre de dix (10) « non-limites » (selon les critères du DSM-IV), composés de neuf (9) hommes et de seize (16) femmes, âgés entre 20 et 55 ans, constituaient les deux groupes à l'étude quant à la variable *client et sa pathologie*.

Ces clients en étaient tous à leurs premiers mois de suivi clinique avec des stagiaires. Ceux-ci, étudiants de la maîtrise en psychologie à l'UQTR, ont eu un rôle important à jouer dans la cueillette des données. Effectivement, ces derniers devaient prendre quelques minutes de leur temps, après chaque rencontre avec leurs clients, pour mettre sur papier leurs impressions, réactions et élaborations face à cet entretien (se référer à la section 3.3 « Procédure »). La participation des clients à la recherche se limitait donc à cette séance de tests et de questionnaires. Ainsi, on dénombre un groupe de douze (12) stagiaires-thérapeutes à qui les dossiers des clients volontaires avaient été préalablement attribués par le CUSP. Les stagiaires étaient tous « junior », c'est-à-dire qu'ils avaient

une ou rarement deux années d'expérience à leur actif, à l'exception d'un d'entre eux ayant alors quatre années de pratique clinique. Le tableau 2 présente quelques caractéristiques générales des stagiaires-thérapeutes ayant participé à l'étude.

Tableau 2
Caractéristiques Générales des Thérapeutes (par sexe)

	Nb	Âgés de 20 à 25 ans	Âgés de 26 à 30 ans	Âgés de 31 ans et plus	Nombre de clients limites	Nombre de clients non-limites
Féminins	7	5	0	2	12	5
Masculins	5	3	1	1	3	5
TOTAL	12	8	1	3	15	10

3.2 INSTRUMENTS DE MESURE

En raison de leur pertinence, les outils de mesure suivants ont été utilisés lors de ces rencontres. Le SCID I et II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) est un instrument permettant la réalisation d'une entrevue structurée dans le but de poser un jugement diagnostique basé sur le DSM (le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) et qui démontre un accord inter-juges d'un coefficient Kappa variant entre 0.54 et 0.84 (Williams et al., 1992). Ainsi, guidé par les questionnaires du SCID I et II, le clinicien se trouve à parcourir les différents critères diagnostiques du DSM afin d'identifier ceux qui s'appliquent à la réalité du sujet. Notons au passage que pour la recherche, la décision d'utiliser un diagnostic fondé sur les critères du DSM répond au souci d'atteindre un certain standard ou consensus en regard à la multitude d'approches diagnostiques suggérées. De plus, au cours de ces entrevues de recherche, un

questionnaire permettait de recueillir des renseignements socio-démographiques sur les sujets, tout en relevant la présence ou non d'épisodes et de types de passage à l'acte.

La nouvelle version (1996) de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC) de Picard & Bouchard (basée sur la grille de Normandin & Bouchard) a été utilisée pour effectuer l'étude des unités significatives qui se retrouvaient dans le discours du thérapeute. La GAC présente un accord inter-juge d'un coefficient Kappa de 0.73 (Lecours, Bouchard & Normandin, 1995). L'instrument permet donc d'effectuer une analyse qualitative au cours de délibérations inter-juges réalisées par une équipe de coteurs formés.

La Grille d'Analyse du Contre-transfert présente une méthode de recherche opérationnelle qui se penche sur les différents phénomènes de contre-transfert. Le développement de cet outil a pour objectif de permettre la qualification de l'activité mentale des cliniciens alors qu'ils réagissent à un processus thérapeutique.

Trois principaux types d'états mentaux, pouvant être eux-mêmes divisés en sous-catégories, sont présentés par la GAC:

1) L'activité mentale *objective-rationnelle* (RAT):

Cette activité est caractérisée par la distance émotionnelle qui est maintenue par le thérapeute. Celui-ci se positionne dans un mode d'observation à distance plutôt que dans un mode participatif et subjectif. Ce retrait dans l'analyse et l'objectivité se veut un

effort adaptatif permettant au thérapeute de conserver le rôle d'observateur qui étudie la situation clinique, sans pour autant devenir un participant dans l'immédiat. Il ne s'agit donc pas d'un état défensif où le sujet tenterait, par exemple, de se débarrasser des inconforts et des angoisses ressenties en réponse au processus thérapeutique.

2) L'activité mentale *réactive* (REAC):

Cette catégorie correspond à la définition classique du concept de contre-transfert. Ici, contrairement à l'activité mentale *RAT*, le thérapeute devient un participant actif au processus thérapeutique. Par contre, cette participation n'est ni consciente, ni assumée (Normandin & Bouchard, 1991, 1993; Kiesler 2001). Le thérapeute éprouve de la difficulté à dissocier ce qui lui appartient et ce qui appartient à son client et peut devenir une cible passive des projections du client, comme il peut s'en défendre ou se soustraire de ces projections par un réflexe impétueux. Ainsi, les réactions du thérapeute, comme le contenu de son activité mentale, seront conséquemment déformées et peuvent nuire au travail clinique.

3) L'activité mentale *réflexive* (REF):

Cette activité mentale est associée à l'approche dite « totaliste » (Kernberg, 1965) où le contre-transfert est perçu comme étant un instrument de travail clinique. La réflexivité est un concept phénoménologique correspondant aux efforts préconscients et conscients du clinicien qui cherche à discerner et à élaborer ses réactions internes (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994). Ici, le sujet préserve ses aptitudes d'auto-

observation et examine la nature de ses réactions subjectives internes se rapportant soit au transfert, soit à la réalité et aux expériences du client (passées et présentes), ou enfin aux propres vicissitudes du thérapeute. Il reconnaît et « cohabite » avec ses réactions internes pour les intégrer en une compréhension et une élaboration des éléments dynamiques qui sont animés au cours des séances (Normandin & Bouchard, 1991, 1993; Hayes & Gelso, 2001; Rosé, 1999). La réflexivité est une expérience pouvant être diffuse et vague, ou se préciser jusqu'à devenir complexe et distincte, puisque cette activité mentale est conçue comme un mouvement de l'inconscient vers le conscient.

3.3 PROCÉDURE

3.3.1 L'entrevue de recherche

Les sujets, clients au CUSP et se portant volontaires, étaient convoqués à une rencontre d'environ trois heures. Une série de questionnaires et de tests leur étaient administrés par des étudiants de deuxième cycle, préalablement formés pour cette procédure. Il est à noter qu'un étudiant ne pouvait être à la fois le thérapeute d'un sujet et celui qui dirige l'entrevue de recherche avec ce même sujet. Mis à part l'obtention de quelques renseignements généraux, cette rencontre servait essentiellement à poser un diagnostic permettant de départager en deux groupes de comparaison les sujets « limites » (borderline) et ceux ne présentant pas ce trouble de la personnalité. La

collaboration des clients du CUSP se résumait donc à cet entretien d'une demi-journée, et par la suite, ceux-ci pouvaient poursuivre le cours normal de leur engagement thérapeutique. Notons que les thérapeutes participants n'étaient pas informés du diagnostic posé suite à l'entrevue de recherche.

3.3.2 Lors du processus thérapeutique

Étant donné que la présente étude se penche tout particulièrement sur la sensibilité de la GAC au phénomène admis des nombreuses difficultés contre-transférentielles avec une clientèle « limite », il était essentiel d'employer une méthode permettant de recueillir l'expression écrite des réactions internes (ou des impressions les plus fraîches possible) vécues par le thérapeute au cours d'une séance avec son client. Ainsi, tout au long du travail thérapeutique, les thérapeutes stagiaires devaient à leur tour nous offrir des renseignements précieux. En effet, on demandait à chacun d'entre eux et après chaque rencontre avec leur client de rédiger et d'associer librement leurs réactions face à l'entrevue qui venait de se terminer.

En plus des espaces prévus pour y inscrire le numéro et la date de l'entrevue, le numéro de code du thérapeute (confidentiel) ainsi que le numéro de dossier du client, on retrouvait la consigne suivante sur les documents propres à la rédaction du contre-transfert:

« Maintenant, pour les cinq prochaines minutes, nous vous demandons de tenter de dégager vos réactions et élaborations face à l'entretien qui vient de se terminer,

à savoir la relation du client avec vous (transfert) ainsi que votre rapport à cela. En somme, nous vous demandons d'associer librement et de partager ces réactions par écrit. N'hésitez pas à utiliser le verso au besoin. Enfin, veuillez déposer cette feuille dans une enveloppe et mettre le tout dans le casier prévu à cette fin ».

Ce casier était localisé dans le local des stagiaires du CUSP qui est en tout temps verrouillé et uniquement accessible au personnel du Centre. Régulièrement, les textes étaient recueillis et rangés dans le classeur de recherche situé dans le bureau de Mme Léveillée. Cette procédure se poursuivait aussi longtemps que le dossier du client était ouvert. Si, suite à une rencontre, le thérapeute stagiaire omettait de rédiger ses associations libres, on lui demandait tout de même de remettre une feuille identifiée et datée sur laquelle il devait faire mention de son oubli.

3.3.3 Lors de l'analyse des données

Deux coteurs devaient suivre une formation théorique et pratique sur la Grille d'Analyse du Contre-transfert et son utilisation avant de passer à l'étape de la cotation des données à même les textes rédigés par les thérapeutes stagiaires et après chaque entretien clinique. Suite à cette formation, les deux même juges devaient parcourir attentivement et individuellement la totalité de ces textes pour ainsi les coter selon les trois principaux types d'états mentaux identifiés par la GAC, soit l'activité mentale objective-rationnelle (RAT), réactive (REAC) ou réflexive (REF) et les sous-catégories qui leur sont associées. Les dix premières séances de tous les suivis cliniques retenus pour l'étude (25 clients; 15 sujets « limites » et 10 « non-limites ») furent cotées selon

l'activité mentale des thérapeutes stagiaires au cours de ces différentes séances. De plus, une cote globale (ou inter-séance) était attribuée à l'espace thérapeutique de ces dix séances avec chacun des sujets (clients). Enfin, les deux coteurs devaient se réunir afin d'évaluer le niveau des accords inter-juges et statuer sur la nature définitive des cotes lorsqu'il y avait divergences. Cette réunion était menée sous l'arbitrage d'un juge-critère possédant déjà plusieurs années d'expérience dans l'application de la GAC. Celui-ci devait intervenir uniquement pour trancher lorsqu'il y avait un désaccord entre les deux juges.

Les coteurs ont tout d'abord eu à segmenter les réactions du thérapeute en unités, chacune de celles-ci équivalant à la plus courte section possible du discours. Cette unité est dite « microscopique » et correspond à une proposition ou une phrase qui contient une idée distincte en rapport avec le processus thérapeutique. Selon le type d'analyse à appliquer, l'activité mentale des thérapeutes est par la suite qualifiée à l'intérieur de chaque unité cotation, soit microscopique, macroscopique ou globale. L'Appendice B (Arbre de décision) présente un aperçu plus « graphique » de l'analyse à niveaux multiples que requiert le travail de cotation. Notons que le processus de cotation tient compte des particularités et variations individuelles des cliniciens de telle sorte qu'en théorie, une même unité significative (une proposition ou une phrase par exemple) pourrait être cotée différemment d'un thérapeute à un autre, ou encore à des moments différents pour le même thérapeute.

La GAC propose donc une étude du contre-transfert à partir des unités significatives retrouvées dans le discours du thérapeute. On dénombre trois types d'unités de cotation utilisés en fonction de l'analyse qui est fait du processus: Microscopique, macroscopique et globale ou interséance (espace thérapeutique).

1) *L'unité microscopique:*

L'analyse microscopique se fait à partir d'unités correspondant en général à une proposition ou à une phrase (rarement plus d'une) qui se retrouve dans les réactions écrites du thérapeute. Il s'agit donc des fractions les plus courtes possible du discours, délimitées par l'idée distincte qu'elles contiennent.

2) *L'unité macroscopique:*

C'est l'analyse macroscopique qui sera utilisée pour la présente étude pour la cueillette des données statistiques. Cette analyse s'effectue à partir de l'ensemble des réactions écrites d'un thérapeute et qui sont associées à une séance donnée. Chacune des rédactions associées aux différentes rencontres cliniques se verra donc attribuer une cote macroscopique représentant le plus précisément possible l'état mental prédominant dans lequel se trouve le thérapeute à sa sortie de l'entretien clinique, c'est-à-dire au moment de l'expression écrite de ses réactions.

3) *L'espace thérapeutique:*

Il est également possible d'attribuer une cote **globale** (ou interséance) à un ensemble de rencontres cliniques. Cette cote est déterminée suite à une analyse macroscopique des différents textes associés aux séances à l'étude.

Résultats

Le présent chapitre fait la présentation des différentes données pertinentes aux analyses de l'étude et s'attarde ensuite aux résultats observés en relation avec l'hypothèse de travail. Cette dernière sera énoncée de nouveau et ce, avant la présentation des dits résultats.

D'abord, les données recueillies, soit les différentes *cotes* ou types de contre-transfert de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (analyse macroscopique, c.-à-d. une cote pour chacune des rencontres cliniques), provenaient d'accords dont l'indice de fidélité (Kappa) entre les juges fut évalué pour l'ensemble des entrevues de la présente étude à 0.84 en ce qui a trait à l'analyse au premier niveau (les trois grands types de contre-transferts), et à 0.70 (cote pondérée à 0.86) pour le deuxième niveau d'analyse (les sous-catégories des trois grands types de contre-transferts).

Hypothèse

La Grille d'Analyse du Contre-transfert détectera une proportion plus élevée de contre-transfert de type REAC (état mental *réactif*) vécu par les thérapeutes en relation avec des clients état-limites, en comparaison avec ceux qui traitent des clients ne présentant pas ce trouble de la personnalité.

Un Khi-carré détermine la distribution des trois grandes catégories de contre-transferts (Objectif/rationnel – Réactif – Réflexif) selon le diagnostic des sujets/clients (limites ou non-limites). Le lecteur peut se référer au Tableau 3 pour une illustration plus détaillée. L'analyse ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à la proportion des trois grandes catégories de contre-transferts ($\chi^2 (2, N = 248) = 1.54, n.s.$). Notons, en particulier, que 27 séances (réactions contre-transférentielles cotées) avec des sujets borderlines s'avèrent réactives, soit une proportion de 18% (N = 150), en comparaison avec 24 séances avec des sujets non borderline pour une proportion de 24.5% (N = 98).

Tableau 3

Répartition des Types de Contre-transferts (analyse macroscopique) des Différentes Séances en rapport au Diagnostic des Clients

	Objectif/Rat	Réactif	Réflexif	Total
État-limite	6% (n = 9)	18% (n = 27)	76% (n = 114)	60.5% (n = 150)
Non-limite	6.1% (n = 6)	24.5% (n = 24)	69.4% (n = 68)	39.5% (n = 98)
Total	6% (n = 15)	20.6% (n = 51)	73.4% (n = 182)	100% (n = 248)

Notons que si le test statistique ne démontre aucune tendance apparente, on peut cependant noter quelques résultats fragmentaires intéressants en regard de l'hypothèse avancée. Les Appendices C et D présentent ces exemples.

Discussion

Après un retour sur les résultats de la recherche et l'interprétation de ceux-ci, le prochain chapitre propose de parcourir les points forts de l'étude, mais particulièrement de se pencher de manière constructive sur ses limites méthodologiques, en abordant les recommandations qui en découlent et enfin de commenter les questions et les réflexions théoriques soulevées par la recherche.

L'analyse des résultats ne supporte pas l'hypothèse voulant qu'un sujet ayant un trouble de personnalité limite suscite chez le thérapeute un vécu contre-transférentiel *réactif*, lorsque comparé avec un sujet qui ne présente pas ce trouble. Par contre, si ces résultats ne sont pas concluants, ils ont toutefois décelé les défis d'une telle étude en révélant les forces et les limites de la présente recherche. En fait, ils orientent les prochains efforts sur le phénomène contre-transférentiel et sa relation à la pathologie ou à la structure de la personnalité du client en consultation. En effet, l'étude empirique du contre-transfert, doit-on le rappeler, n'en est qu'à ses balbutiements. Il est souhaitable que des efforts comme la présente étude contribuent au développement d'outils pertinents à ce champ de recherche, qu'ils aident à préciser leurs applications et enfin, idéalement, qu'ils nous permettent d'apporter des nuances dans notre compréhension du contre-transfert. Il n'est donc pas question ici de tirer des conclusions ou de remettre en question les observations cliniques vieilles de plus d'un demi-siècle. Par contre, de nouvelles études, sans doute plus laborieuses et à plus grand déploiement et qui

tiendront compte des limites ainsi que des atouts des premiers efforts de ce champ d'intérêt, offriront un regard plus clair et précis du contre-transfert et ses caractéristiques.

Le recrutement de sujets, à savoir la mobilisation des clients en consultation et des thérapeutes qui les ont en suivi, constituait un défi de taille. On doit en effet tenir compte que ces derniers se portaient volontaires pour une étude voulant jeter un regard sur l'interaction clinique privilégiée existant entre les deux parties. Cette tâche aurait été beaucoup plus imposante sans la présence et l'implication du Centre Universitaire de Services Psychologiques de l'UQTR. Ce centre donnait accès, en un seul endroit, à un bassin intéressant de thérapeutes possédant sensiblement le même bagage théorique et pratique, ainsi qu'à une population concentrée en un seul endroit, soit les clients du Centre. Toutefois, la vulnérabilité première et apparente de la présente étude, en ce qui a trait à sa méthodologie, se révèle être le nombre peu élevé de clients, en particulier au sein du groupe de client « non-limites » (15 sujets « personnalités limites » et 10 « non-limites »). En effet, le critère adopté par la recherche voulant que soient rejetés tous les dossiers ne contenant pas au moins dix entrevues pouvant être cotées, éliminait beaucoup de données recueillies sur les sujets « non-limites » puisque qu'une bonne proportion d'entre eux mettaient fin au processus thérapeutique après quelques rencontres.

Un nombre plus considérable de sujets permettrait qu'on accorde aux résultats un regard plus juste du phénomène observé en permettant l'utilisation de méthodes statistiques plus puissantes. Ainsi, par exemple, lorsque l'on tient compte du fait qu'il soit théoriquement possible que deux unités significatives identiques (ou phrases identiques) obtiennent des cotes différentes d'un thérapeute à l'autre, ou chez le même thérapeute au cours de séances différentes. Rappelons que la Grille d'Analyse du Contre-transfert de Normandin & Bouchard (en particulier lors d'une étude de type macroscopique, voir p.108) est sensible au contexte ou à la dynamique du processus thérapeutique, tout comme aux variations individuelles d'un thérapeute à un autre (le style du thérapeute, la forme de son discours, etc.). Ainsi, d'un point de vue statistique, un nombre plus élevé de sujets permettrait de mieux cerner le degré d'influence de la variable « pathologie » à travers toutes les autres variables jouant un rôle dans l'expérience contre-transférentielle. L'influence du client (et sa pathologie) pourrait être à ce point partielle ou limitée que cette quantité beaucoup plus importante d'interactions thérapeutiques serait nécessaire pour espérer la détecter.

De plus, notons que le groupe de clients ne présentant pas un trouble de personnalité limite s'avère constitué d'une population très large qui devrait être mieux cernée. En effet, il est pertinent de s'interroger sur la possibilité d'y retrouver la présence d'un sujet présentant une pathologie pouvant avoir un impact comparable à celui des sujets « limites » au niveau contre-transférentiel. D'ailleurs, de façon générale, l'information disponible est limitée quant à certaines variables associées aux participants de l'étude

(par exemple, est-ce que la présence d'autres pathologies chez certains clients pouvaient influencer les résultats? S'agissait-il d'une première consultation? Etc.).

Si, par ailleurs, l'utilisation d'un diagnostic basé sur les critères du DSM-IV présente des avantages empiriques certains, quant à la fiabilité et la stabilité que ses critères respectent (consensus entre les différents courants théoriques), on constate toutefois que maintes nuances semblent être laissées de côté au moment d'identifier les sujets « limites ». Certains auteurs proposent que le terme *borderline* (personnalité limite) ne réfère pas à une entité diagnostique, mais bien à une série d'entités distinctes à différents degrés d'organisations pathologiques et qu'en fait, la définition du DSM, caractérisant le trouble de personnalité limite comme entité simple, ne s'appliquerait qu'à une portion de ce spectre de la pathologie limite, négligeant par le fait même plusieurs clients cliniquement « limite » (Meissner, 1988; Kraus & Reynolds, 2001). Preston (1997) remarque que les critères du DSM-IV, en ce qui a trait au trouble de la personnalité limite, seraient basés surtout sur une description d'un diagnostic « limite » plutôt histrionique, dépendant et perturbé sur le plan affectif. En fait, il y aurait un grand nombre de variations sur ce thème, de toutes formes et de tous styles. Par exemple, certains auteurs, dont quelques-uns cités dans la présente étude, voient la problématique *état-limite* comme s'apparentant ou voisinant bien plus la structure psychotique que la structure névrotique. La complexité de la notion de la personnalité limite, la grande variété des caractéristiques cliniques associées à la pathologie, tout comme les disputes philosophiques et idéologiques qui en découlent, auront toutefois grandement contribué

à l'élaboration des critères du DSM (Kroll, 1988). Néanmoins, Preston souligne qu'à son avis, la version du trouble de la personnalité limite du DSM présente certains problèmes et déficiences qui peuvent éventuellement influencer le diagnostic, voire la gestion générale du travail thérapeutique avec de tels patients. Certains de ces problèmes seraient la conséquence directe des compromis qui sont survenus lorsqu'il fut temps de délimiter le syndrome « limite ».

Reconnaissant que le concept de « personnalité limite », défini dans le DSM, est utile à la recherche au niveau de l'unification des différentes définitions du trouble, Kernberg et al. (1989) considèrent toutefois que cette approche diagnostique présente des limites quant à la distinction entre les troubles sévères et les formes plus mineures de la personnalité limite. Selon les auteurs, la valeur du concept de personnalité limite au niveau étiologique, thérapeutique et pronostique est réduite par le fait que les critères du DSM recouvrent ou chevauchent d'autres troubles sévères de la personnalité. Chessick (1993) s'ajoute à la longue liste d'auteurs et de chercheurs qui considèrent que la définition du trouble de la personnalité limite n'est pas complètement établie et que même le DSM, par son diagnostic descriptif, ne peut déterminer les symptômes pathognomoniques, les constellations spécifiques de la pathologie et qu'il tend à entremêler ce trouble avec d'autres troubles de la personnalité. Certaines études auraient également observé ce manque de frontières distinctes entre les différents troubles de la personnalité du DSM-IV, plusieurs de celles-ci ayant démontré de fortes corrélations les uns avec les autres (Kraus & Reynolds, 2001).

Ainsi, si on accepte la proposition d'auteurs tels que Meissner (1988) suggérant que le trouble de la personnalité limite soit perçu comme un continuum de structures pathologiques du caractère, se prolongeant de la frontière de la structure psychotique à celle de la structure névrotique ou du caractère narcissique, donc qui réfère à un groupe hétérogène (Goldstein, 1997), on peut se demander si les difficultés contre-transférentielles associées par la littérature au travail clinique avec une clientèle borderline ne reflète pas en fait une réalité de l'interaction client-thérapeute avec une portion spécifique du spectre de la pathologie. D'ailleurs, le modèle de Meissner propose que les caractéristiques ou les expressions pathologiques varient selon les différents niveaux du spectre. Il conçoit les différents paramètres du trouble limite comme opérant le long d'un continuum de niveaux d'intensité de degrés d'organisation. Ces paramètres, tels que le potentiel à la régression, la cohérence à soi, les formes de relations d'objet, le clivage, le contact avec la réalité et autres, ne sont pas perçus comme étant présents ou absents, mais plutôt comme existant le long d'un continuum de degrés relatifs. Les degrés les plus sévères de la pathologie, tout comme l'accroissement d'une vulnérabilité à la régression, se retrouveraient au niveau inférieur du spectre, alors que le niveau supérieur ne présenterait pas ou beaucoup moins de problèmes sévères (Meissner, 1988; Kraus & Reynolds, 2001). Ce continuum de particularités pathologiques serait accompagné d'une variation des modes de compréhension et d'orientation thérapeutique.

Déjà en 1967, Kernberg avait envisagé un modèle semblable en proposant le concept de « niveau *borderline* de l'organisation de la personnalité », c'est-à-dire non pas l'idée du trouble de personnalité limite comme diagnostic spécifique, mais plutôt un spectre de différents troubles de personnalité aux styles variés (obsessionnel, histrionique, paranoïde, etc.) qui opéreraient à un niveau *borderline* caractérisé par la faible efficacité des fonctions du Moi. Ainsi, comme le résumait Pereg (1984), si l'état limite est en quelque sorte repéré, il ne peut être en toute exactitude identifié, nommé, fixé à une catégorie propre. D'ailleurs, notons au passage que cette ambiguïté ou cette perturbation de l'identité, d'un ordre, d'un système, des limites pourrait, selon l'auteur, contribuer à certains aspects des difficultés contre-transférentielles observées dans la thérapie des sujets limites.

Les modèles théoriques comme celui de Meissner (1988, 1993) suggèrent que parallèlement au continuum de variation chez le *borderline*, il existe différentes formes et différents degrés de contre-transfert. Selon l'auteur, il s'agit d'un continuum de variations de contre-transferts où la qualité de l'expérience contre-transférentielle à l'extrémité « inférieure » du spectre est très différente de celle à l'extrémité « supérieure ». Meissner affirme que les difficultés rencontrées lors de la thérapie des personnalités limites s'intensifieraient à l'approche de l'échelon « inférieur » (lower-order) du spectre et seraient minimisées plus on s'approche de l'échelon « supérieur » (higher-order). D'abord, chez plusieurs clients du pôle « inférieur », la pression régressive peut parfois s'accumuler avec une rapidité et une intensité saisissante

menaçant ainsi l'alliance thérapeutique. Si cette alliance peut s'avérer un problème persistant avec un client du pôle « supérieur », les difficultés rencontrées seraient par contre de nature plus subtile, souvent associées aux limites d'un tel client lorsqu'il s'agit de maintenir sa confiance en autrui. En outre, ces clients ont plus facilement accès à des ressources leur permettant d'explorer la racine des difficultés au sein de l'alliance thérapeutique et de développer un certain niveau d'introspection.

Dans le même sens, les interactions transfert - contre-transfert avec la portion « supérieure » de l'entité *borderline* auront tendance à être moins intenses, moins primitives et moins facilement ébranlées. Selon Meissner, il arrive fréquemment chez ces clients que leurs caractéristiques « limites » demeurent cachées ou silencieuses pendant des périodes de temps considérable, et que seul un degré significatif de régression pourra faire ressortir les qualités associées à la personnalité limite. L'auteur suggère qu'à ce niveau de pathologie *borderline*, les difficultés contre-transférentielles sont d'un ordre bien différent et que non seulement les interactions transfert/contre-transfert sont moins dramatiques et plus subtiles, mais elles impliquent également une moins grande intensité dans l'implication affective du thérapeute. Chez ces clients, la capacité plus développée de différencier la réalité du fantasme, comme de tolérer les tensions affectives, a pour effet d'entraîner des projections transférentielles qui ont un impact bien moins intense et aigu que chez les clients du niveau « inférieur » du spectre de la personnalité limite. Ainsi, comme le résume Kernberg (1994), il est permis de croire qu'en général, moins un client pourra contenir une expérience primitive au sein

de sa conscience subjective et plus son comportement et le contre-transfert de l'analyste seront les témoins de l'expression de cette expérience.

En conséquence, il est pertinent de se demander d'abord si la littérature qui a étudié les difficultés contre-transférentielles dans la thérapie des personnalités limites n'aurait pas, en fait, principalement témoigné de la problématique contre-transférentielle avec les clients de cette « portion inférieure » du spectre limite. Si c'est le cas et s'il existe effectivement des différences marquées entre les deux pôles du continuum *borderline* quant aux manifestations du lien transfert – contre-transfert, il est alors nécessaire, pour une étude comme celle-ci, de trouver un moyen de tenir compte de ces nuances au moment de la sélection des participants états-limites. Ici, il importe de mentionner qu'au Centre Universitaire de Services Psychologiques, où les sujets de la présente étude ont été recrutés, les cas de troubles psychotiques ou de troubles sévères de la personnalité sont référés en psychiatrie ou à des cliniciens chevronnés, puisque le CUSP est un lieu d'apprentissage pour de nombreux stagiaires. Comme le remarque Meissner (1988), les cliniciens travaillant en psychiatrie seront en contact avec des clients limites qui ont tendance à être en sévère régression (s'approchant de la psychose), tandis qu'en clinique privée, avec une clientèle qui s'apparente à celle du CUSP, on retrouvera des clients plus adaptés, plus « organisés » et qui démontrent des caractéristiques *borderlines* moins fréquentes et moins intenses, n'apparaissant que lors d'états régressifs transitoires.

Pour ce qui est de la variable « thérapeute », le choix de stagiaires semble s'avérer sûr et pertinent à la présente étude. En effet, des études suggèrent que les apprentis-thérapeutes seraient en quelque sorte plus impressionnables ou plus vulnérables face à tout ce que l'interaction transfert – contre-transfert peut éveiller chez eux. Searles (1979) remarquait déjà qu'au niveau des internes en psychiatrie, certains se sentaient menacés par les images transférentielles intenses et persistantes à travers lesquelles le client cherche à imposer au thérapeute un rôle souvent très désagréable. De plus, l'étude de Brody & Farber de 1996 suggère qu'avec l'expérience, les thérapeutes deviennent plus confortables avec leurs réactions affectives envers leurs clients. Les thérapeutes expérimentés seraient moins enclins à vivre des doutes face à leurs interventions (ou à l'absence d'intervention), de même qu'ils auraient moins tendance à estimer que leurs réactions affectives ne sont pas appropriées ou qu'elles nuisent au traitement. Les auteurs croient qu'avec le temps, les thérapeutes réussissent à s'appuyer sur un idéal intériorisé qui dicte de quelle façon ils *doivent* agir pour commencer alors à intégrer avec succès les aspects techniques et personnels du travail thérapeutique. Le gain d'expérience aurait également l'avantage pour les thérapeutes d'accroître leurs sentiments, attitudes et expériences positives envers le contre-transfert, reflétant sensiblement bien l'évolution du concept.

Ainsi, si le thérapeute en apprentissage se révèle un sujet plus susceptible d'éprouver des difficultés contre-transférentielles et donc de mettre en relief le phénomène à l'étude, il aurait été toutefois avantageux d'atteindre un meilleur contrôle de la variable

« thérapeute », c'est-à-dire en ce qui a trait à l'âge, l'expérience, les caractéristiques individuelles, etc., en les comparant à eux-mêmes. Ce scénario exige que chaque thérapeute volontaire ait à la fois la responsabilité du suivi d'un sujet « limite » et celle d'un sujet « non-limite », une norme ne pouvant être appliquée à la présente étude étant donné le bassin restreint de sujets (thérapeutes et clients) à notre disposition. De plus, avec un nombre limité de paires *sujet-thérapeute*, il est difficile d'exclure les cas particuliers, comme par exemple un thérapeute presque exclusivement *réactif*. Notons toutefois que le lecteur peut se référer au quatrième chapitre (Résultats) où quelques cas de thérapeutes pouvant être comparés à eux-mêmes ont présenté des tendances intéressantes en lien avec l'hypothèse proposée.

Alors que plusieurs études ont eu recours à l'utilisation de vignettes ou de vidéos pour exposer les sujets-thérapeutes aux différentes dynamiques cliniques et/ou aux différents portraits pathologiques, la récolte des données effectuée par la présente recherche avait comme avantage certain de provenir directement de tout ce que peut animer l'interaction de deux personnes « entières et bien en vie ». Provenant directement de l'expérience clinique, si ces données s'avèrent en quelque sorte plus « senties », on peut tout même s'interroger sur la concordance pouvant exister entre l'état mental du thérapeute lors de la séance avec son client et son état mental au moment de la rédaction de son contre-transfert, malgré le court délai entre les deux (en général, pas plus de cinq à quinze minutes). Une consigne précise sur l'importance d'un

court délai entre les deux (l'entrevue et la rédaction) permettrait d'atténuer l'influence du temps sur les réactions du thérapeute.

Pendant que la cueillette des données quelques minutes après un entretien clinique donne une mesure plus « pure » et précise en ce qui a trait à l'expérience contre-transférentielle, l'utilisation de vignettes ou de vidéos assurerait une mesure plus précise dans le temps et fournirait sans doute des informations complémentaires intéressantes. Par ailleurs, on pourrait ajouter à la procédure d'une telle recherche une analyse d'associations libres qui, cette fois, seraient rédigées par *les clients* après les séances. Le tout aurait pour but de dévoiler une perspective différente et complémentaire permettant sans doute d'enrichir les constats de l'étude.

Comme il en fut question plus tôt, plusieurs aspects de l'étude empirique du contre-transfert, comme du développement d'un outil d'analyse du phénomène, constituent des exercices de taille qui suscitent de nombreuses réflexions méthodologiques et théoriques. Brody & Farber (1996) insistent sur le fait que l'ambiguïté et la complexité qui caractérisent le concept du contre-transfert vont nécessairement compliquer le processus de l'élaboration de l'outil qui doit le mesurer. Les chercheurs s'appuient sur les travaux de Singer & Luborsky qui, en 1977, notaient déjà que plus une étude tente de mesurer avec précision le contre-transfert, plus elle risque de perdre de vue la richesse qui caractérise ce concept. Ainsi, comme il en fut question plus tôt, on peut sans doute noter qu'un nombre plus important de sujets aurait donné du « poids » aux

analyses statistiques de l'étude. Toutefois, il faut éviter de perdre de vue la richesse contenue dans les données lorsque la question du contre-transfert est abordée sous un angle aussi global ou macroscopique. Little (1991) rappelle qu'à la base, une réflexion d'ensemble sur le concept ne s'avère pas très commode ou maniable et que de par sa nature plutôt inconsciente, le contre-transfert ne peut être observé directement mais seulement à travers ses effets, ses manifestations. C'est en quelques sorte le défi imposant que se donne la Grille d'Analyse du Contre-transfert de Normandin & Bouchard en faisant l'examen du phénomène à partir d'associations libres ou de réactions spontanées écrites.

Pour l'instant, l'exploration d'un tel outil en l'appliquant à la dynamique contre-transférentielle présente dans la thérapie des personnalités limites soulève surtout des questions et des réflexions qui doivent contribuer à son évolution. D'abord, il est nécessaire de se demander si la Grille d'Analyse du Contre-transfert peut témoigner autant, sinon davantage des caractéristiques du thérapeute et de sa propre capacité à gérer son contre-transfert que de la dynamique de l'interaction clinique, en l'occurrence avec un client limite. À la base, selon certains auteurs, les manifestations contre-transférentielles issues de la thérapie des personnalités limites sont principalement liées au client limite et à ses particularités. Pour Kernberg (1989), le contre-transfert dans la thérapie des personnalités limites est généralement la conséquence des transferts intenses, primitifs et régressifs qui sont associés à l'utilisation de défenses archaïques par ces clients. Distinguant ce qu'ils appellent *countertransference-like acting out*

(l'agir d'allure contre-transférentielle), c'est-à-dire lorsque le thérapeute réagit ou résonne à l'agir transférentiel du client, du contre-transfert dans le sens classique du terme (se référer aux sections 1.1.1 et 3.2), Masterson & Klein (1989) prétendent que dans la première situation, le thérapeute est en réaction à ce que fait le client, à ce qu'il tente consciemment ou non de provoquer chez lui. Les auteurs insistent sur le fait que la réaction de ce dernier n'est pas particulière à l'individu qu'est le thérapeute, mais peut plutôt être attendue de presque tout clinicien qui travaille avec un client limite, en particulier celui qui ne connaît pas le sens et la gestion adéquate des résistances du client, comme des siennes propres. Il est souvent utile pour le thérapeute de découvrir que les réactions qu'il ressent comme étant siennes, personnelles et intimes, s'avèrent en fait des réactions plus profondes versus une facette du transfert du client (Searles, 1979; Rosé, 1999).

Pour certains autres auteurs, le contre-transfert doit toujours être perçu comme une création mutuelle à travers laquelle les conflits passés du thérapeute et les aspects transférentiels du client vont les deux à la fois contribuer à créer des patterns spécifiques d'interaction au sein du processus thérapeutique (Gabbard & Wilkinson, 1994; Gabbard, 2001; Kiesler, 2001; Kraus & Reynolds, 2001; Smith, 2000). Deux présences « subjectives » s'influencent mutuellement. Des pressions interpersonnelles sont appliquées par les comportements spécifiques de clients qui évoquent des réponses spécifiques chez les thérapeutes, où un aspect du monde interne du « récipient »

(thérapeute) est activé par le comportement du « projecteur » (Gabbard, 2001; Kiesler, 2001; Smith, 2000).

Malgré la propension qu'ont certains auteurs à blâmer le client, le « bon sens » ainsi que quelques connaissances rudimentaires des théories systémiques nous apprendront que les difficultés rencontrées en thérapie ne peuvent assurément pas être la responsabilité exclusive d'une seule des deux parties (Kroll, 1988; Gabbard, 2001). Il serait également aussi naïf de conclure que tous les troubles du processus thérapeutique sont attribuables au thérapeute et au client en proportions égales (Kroll, 1988; Smith, 2000). D'ailleurs, Kroll (1988) insiste sur le fait que lorsqu'un état-limite « mène » un thérapeute à l'agir ou aux erreurs techniques en thérapie, il est clair que l'on ne peut jeter la responsabilité de son comportement aux pieds du client. À ce moment, le « *quoique ce soit* » exploité ou remué à l'intérieur du thérapeute par l'état limite est bel et bien en lui (Kroll, 1988; Kraus & Reynolds, 2001).

Le thérapeute tentant d'assumer un rôle détaché et objectif par rapport à son client limite risque de désavouer par projection ces éléments dynamiques qui lui sont propres (conflits, angoisses, etc.) en se servant du client comme d'un réceptacle devant les recevoir. La notion classique du thérapeute comme « écran vide » ne peut tout simplement pas s'appliquer de la même façon dans la thérapie des personnalités limites. Avec de tel client, le rôle du thérapeute serait plutôt de s'engager dans un processus introspectif devant mener à la différenciation de ses propres contributions à l'interaction

clinique, de celles du client (Gabbard & Wilkinson, 1994). Mais en acceptant la prémisse affirmant que le contre-transfert est une création mutuelle des deux parties, Gabbard & Wilkinson pensent également que cette contribution relative du thérapeute et du client va varier selon la sévérité de la psychopathologie. Urtubey (2000) va dans le même sens en affirmant que la situation analytique est une formation à deux où les participants s'impliqueront plus ou moins selon le moment. Pour repérer cette situation analytique, l'auteur croit que l'analyste, après avoir accepté d'y plonger, doit s'extraire de sa participation et adopter une position tierce qui lui permet d'en prendre conscience, de la comprendre et l'interpréter. Meissner (1988) remarque que la personnalité du thérapeute entrera en ligne de compte d'une façon plus significative dans le processus thérapeutique avec un client borderline plus qu'avec n'importe quel groupe de clients, particulièrement à cause de la qualité interactive inévitable au sein de la relation thérapeutique et de l'activation de mécanismes de projection et d'introjection.

Malgré tout, même si la part du client limite est importante dans le vécu contre-transférentiel du thérapeute, il est clair qu'une attention particulière devrait être dirigée vers les conflits intra-psychiques du thérapeute. Cette négligence serait une des sources des insuccès de la recherche sur les facteurs qui peuvent provoquer des réactions contre-transférentielles car les chercheurs ne tiennent pas suffisamment compte de l'influence des différences individuelles chez les thérapeutes lors de la formation de ces réactions (Hayes & Gelso, 2001; Kiesler, 2001). Ainsi, étant donné la possibilité que la pathologie du client représente une influence très partielle sur le contre-transfert, nous

devons une fois de plus souligner que seul un échantillon considérable de sujets (clients et thérapeutes) pourrait permettre aux analyses statistiques de déceler cette influence. Pour une étude du contre-transfert auprès d'une clientèle limite, il serait également fort enrichissant qu'un outil empirique (comme la GAC) fournisse un cadre opérationnel permettant de faire la distinction importante entre un contre-transfert (en particulier le *réactif*) induit davantage par le client, et celui qui serait surtout relié aux traits et vicissitudes du thérapeute (Kiesler, 2001).

Selon Bouchard, Normandin & Frôté (1994), lorsque vient le temps de distinguer d'une manière objective le rôle de chaque protagoniste dans le contre-transfert et d'établir la responsabilité de sa contribution au phénomène, la seule chance s'offrant au thérapeute réside dans l'adoption d'une attitude que les auteurs ont associée à l'activité mentale *réflexive* (se référer à la section 3.2, p.102). La véritable objectivité ne peut venir que d'une sorte de dédoublement interne permettant au thérapeute d'être lui-même continuellement l'objet de ses propres observations et analyses. Ainsi, l'activité mentale *réflexive* du thérapeute viendrait en quelque sorte contrer, avec une efficacité variable, les effets néfastes du contre-transfert de type *réactif*. Les études de Séguin & Bouchard (1996) permettent de conclure qu'un système défensif efficace et ajusté est lié à une approche réflexive du contre-transfert, alors que le contre-transfert classique ou réactif est davantage associé à un système défensif de pauvre qualité. En anticipant de déceler un plus grand taux de contre-transferts réactifs lors de la thérapie des personnalités limites, l'hypothèse de la présente étude suggère donc que le fait qu'un clinicien en lien

thérapeutique avec un client limite menace la capacité du premier à maintenir une bonne gestion de son contre-transfert, ou encore d'atteindre ce « *mouvement souvent tortueux, imprévisible, surprenant, angoissant [...] qui va de l'inconscient à l'expérience consciente et verbalisable, un passage élaboratif qui relie la pulsion, le fantasme, à l'intention réflexive, consciente, transparente à elle-même* » (Bouchard, Normandin & Frôté, 1994, p.189). Pour ainsi dire, la Grille d'Analyse du Contre-transfert évalue l'efficacité du thérapeute à atteindre cet état d'écoute et d'analyse de ses propres réactions internes. Cet état mental permettrait de distinguer le rôle de chacun dans l'interaction thérapeutique.

Comme le mentionne Steinberg (1990), le type d'état mental donnant au thérapeute un accès à ses propres manifestations inconscientes lui donne la possibilité de percevoir les fantasmes du client avant même que ce dernier en soit conscient. En effet, ces images ou ces réactions s'avèrent des expériences contre-transférentielles fournissant de précieuses informations sur le client et la relation clinique. Le thérapeute ne pouvant les attribuer à sa propre dynamique, ces mêmes réactions prendront tout leur sens uniquement lorsqu'elles seront mises en relation avec la pathologie du client. D'ailleurs, l'auteur rappelle qu'une intervention thérapeutique constructive se veut l'expression d'un échange par lequel les contenus psychiques passent inconsciemment du client au thérapeute, pour ensuite passer consciemment du thérapeute au client. Mais on peut se demander si cet état mental réflexif ou cette gestion « adéquate » du contre-transfert peut être ébranlée plus souvent dans la thérapie des personnalités limites, ou bien si

cette aptitude n'est en fait qu'une caractéristique propre aux thérapeutes, une qualité plutôt immuable même une fois confrontée aux plus grands défis de l'engagement thérapeutique avec les clients les plus difficiles.

D'ailleurs, certains auteurs suggèrent que les thérapeutes qui traitent les clients limites doivent posséder un caractère « spécial ». Selon McHenry (1994), ils doivent pouvoir contenir l'anxiété, les attaques et leurs propres vulnérabilités narcissiques. L'auteur se réfère aux travaux de Roth qui, en 1990 (cité dans McHenry, 1994), disait qu'un immense sentiment de sécurité personnelle à propos de sa propre valeur et ses propres motivations est essentiel lorsqu'un thérapeute doit faire face à de telles tempêtes émotives ainsi qu'aux assauts envers son estime personnelle. Dans l'instauration d'un cadre de travail où le client limite pourra se sentir en sécurité, Meissner (1988) souligne l'importance pour un thérapeute d'avoir la capacité de résister aux tiraillements contre-transférentiels et de maintenir un sentiment d'équilibre à propos de son identité personnelle et professionnelle, tout comme dans la perspective de son rôle thérapeutique. Kernberg (1989) ajoute que le thérapeute travaillant avec une personnalité limite doit perfectionner sa capacité à détecter et à gérer ses réactions contre-transférentielles, pour ensuite apprendre à les utiliser dans la découverte et la compréhension du client.

Or, si la Grille d'Analyse du Contre-transfert permet d'estimer le niveau d'efficacité d'une telle gestion contre-transférentielle, par contre, elle ne témoigne pas de la

perception (souvent négative) du thérapeute quant à la qualité du lien clinique avec un client état-limite. Pour illustrer ce à quoi peut ressembler l'expérience du thérapeute dans le traitement de tels clients, Maltzberger en 1982-83 (cité dans Meissner, 1988) compare cette entreprise à celle de porter secours à une personne qui se noie. Celle-ci, dans son désespoir et sa panique, aura tendance à saisir le sauveteur avec tant d'énergie, voire d'agressivité, qu'elle peut mettre en péril la vie de l'aidant en plus de la sienne. Lorsque le sauveteur essaie de mettre un peu d'ordre à la situation, la victime peut ne pas comprendre. C'est seulement après avoir été remorquée à mi-chemin vers la rive, par les cheveux, qu'elle réalise que la seule façon de s'en sortir est la coopération et non l'attaque. Empruntons donc cette image pour illustrer la nuance: pour une séance donnée, la Grille d'Analyse du Contre-transfert aide à distinguer les thérapeutes (les *sauveteurs*) qui se sont en quelque sorte «perdus» dans la confusion de cette situation chaotique de ceux qui ont réussi à contenir cette intensité et à conserver une position thérapeutique consciente, ferme et bienveillante. Par contre, l'instrument ne nous révèle pas l'impression du thérapeute quant à son expérience avec un client limite lorsque comparée avec un autre type de lien clinique. Ainsi, pour poursuivre avec l'image de Maltzberger, même si dans cette situation chaotique décrite plus haut le sauveteur s'en tire bien, il est encore possible qu'il évalue cette expérience comme étant plus difficile, exigeante, voire même plus désagréable, que s'il avait eu affaire à une victime plus coopérante et confiante.

D'ailleurs, l'étude de Brody & Farber (1996) a démontré que les thérapeutes associent généralement le travail clinique avec les personnalités limites à une prédominance de réactions négatives; ils anticipent y vivre des sentiments d'irritation, de frustration et de colère et ne s'attendent pas à éprouver de l'affection pour ces clients. L'étude révèle également que ces attentes négatives ne semblent pas nuire à l'intérêt et à l'engagement du clinicien face au travail thérapeutique avec cette clientèle (en comparaison avec une autre). On est donc en droit de croire que ces mêmes attentes n'annonceront pas obligatoirement un échec dans la gestion du contre-transfert. Conjointement avec le développement et le perfectionnement d'outils d'analyse tel que la Grille d'Analyse du Contre-transfert, les prochains efforts dans l'étude empirique de ce phénomène avec les personnalités limites gagneraient à clarifier cette nuance à propos de la réputation négative du lien thérapeutique avec ces mêmes clients. La recherche devrait faire la distinction entre une expérience contre-transférentielle désagréable et une expérience contre-transférentielle mal gérée, celle qui, en fait, affecterait l'efficacité du clinicien. Une étude comme la présente serait sans aucun doute enrichie par l'apport complémentaire d'une analyse traitant de la qualité des mots et des phrases choisis par les sujets-thérapeutes pour exprimer leurs impressions après chacune des séances, à l'aide, par exemple, du Système d'Analyse de Textes par Ordinateur de Daoust (1990).

Rappelons que l'étude empirique du contre-transfert n'en est qu'à ses premiers pas; les chercheurs devront fournir encore beaucoup d'efforts pour souhaiter clarifier les

caractéristiques, les paramètres et les nuances du contre-transfert avec les personnalités limites et ce, en commençant par le développement d'outils de recherche. En effet, si le potentiel du contre-transfert comme outil thérapeutique est depuis longtemps reconnu par les cliniciens et théoriciens, le mécanisme qui explique comment cet «instrument» devient utile n'est pas encore bien compris, ni validé empiriquement (Hayes & Gelso, 2001). D'ailleurs, à l'instar de la présente étude, certaines des rares recherches qui se sont penchées sur les difficultés contre-transférentielles avec les personnalités limites n'auront pu apporter de preuves empiriques à propos de la réputation plutôt négative qu'a cette pathologie auprès des cliniciens. C'est le cas de l'étude de Holmqvist & Armelius (1996) qui révèle n'avoir trouvé qu'une très faible influence de la structure de personnalité du client sur les réactions des thérapeutes. Toutefois ils notent que ces derniers ont une tendance à avoir l'impression d'être moins efficaces ou de moins aider les clients limites comparativement aux clients névrotiques. Selon les résultats des chercheurs, le diagnostic de la structure de la personnalité ainsi que la santé mentale du client ne démontrent pas une contribution aussi importante que l'avait suggéré la littérature quant aux différences observées au sein des réactions affectives des thérapeutes. Qui plus est, le niveau de santé mental serait plus lié aux affects des thérapeutes que le diagnostic qui lui, aurait une influence négligeable.

Pour Holmqvist & Armelius (1996), la tendance très répandue d'expliquer les affects des thérapeutes en se référant au diagnostic de la structure de personnalité serait généralement injustifiée. Leurs résultats révèlent plutôt que l'évaluation détaillée du

style individuel du client (et les patterns dans les liens interpersonnels) serait plus importante dans la compréhension des affects des thérapeutes que l'évaluation diagnostique. Les deux chercheurs se réfèrent aux travaux de la Menninger Clinic, en 1985-86, qui tiraient sensiblement les mêmes conclusions. Selon eux, les éléments de la personnalité du client évoquant des réactions contre-transférentielles manifestes et pénibles ne seraient peut-être pas reliés au diagnostic (celui-ci ne permettrait pas de prédire quel client serait perçu comme étant difficile à traiter) mais plutôt à une constellation spécifique de symptômes et de traits de caractères ou encore à un composé de différentes dimensions d'une psychopathologie sévère. Dans son article traitant de *la haine de transfert* (une des formes radicales du transfert négatif qui est « agie » à travers des modalités passionnelles acharnées par l'entremise de mots servant de « projectiles » dirigés vers le thérapeute), Labrousse-Hilaire (2000) souligne qu'associer une quelconque organisation à ce type de transfert est « problématique ». Qu'il soit question d'état limite ou d'une hystérie grave, l'auteur insiste sur le fait qu'en tout temps il s'agit d'une déchirure violente au niveau de l'économie narcissique, bloquant ainsi le fonctionnement psychique.

Enfin, le manque d'appui empirique aux difficultés contre-transférentielles spécifiques au travail clinique avec les personnalités limites s'avère un argument de plus pour les auteurs et les chercheurs qui remettent en question cette réputation associée à ces clients. Par exemple, Kroll (1988) s'appuie sur l'argument de l'existence d'un continuum de différents traits de caractère et croit qu'à la fois, il y a et il n'y a rien de

spécial à propos de la thérapie des personnalités limites. L'auteur souligne que les caractéristiques semblant causer des complications majeures en thérapie sont également présentes chez plusieurs clients non-limites. Par contre, Kroll précise que s'il n'y a aucun problème contre-transférentiel exclusif au travail clinique avec les personnalités limites, ces expériences conflictuelles semblent toutefois se manifester plus souvent avec cette clientèle.

Conclusion

Les résultats de la présente étude ne soutiennent pas l'hypothèse voulant qu'une présence significativement plus importante de réactions contre-transférentielles de type « *réactif* » se manifeste dans la thérapie des personnalités limites. Si l'étude empirique du contre-transfert est incontestablement très enrichissante, toutefois elle se révèle être un exercice de taille et ce, à plusieurs niveaux théoriques et pratiques. Rappelons que les limites méthodologiques de la présente recherche imposent également de ne pas concevoir celle-ci comme un appui empirique envers un phénomène depuis longtemps observé et débattu, soit les difficultés contre-transférentielles avec les clients ayant un trouble de la personnalité limite. L'étude cherche davantage à contribuer au développement d'un outil de recherche, la Grille d'Analyse du Contre-transfert de Normandin & Bouchard (1991-1993), en l'appliquant à l'examen d'un tel phénomène avec le souhait de percevoir ainsi les forces et les limites de ses applications. Malgré quelques cas isolés (résolument représentatifs de ce que l'on attend de l'expérience contre-transférentielle avec les sujets limites), l'influence relative et restreinte du client et sa pathologie sur les résultats d'une analyse du contre-transfert avec la Grille ne pourra être perçue et mesurée qu'avec le support d'un nombre important de sujets. Souhaitons que de prochains efforts empiriques pourront obtenir une lecture plus précise et plus juste du phénomène.

Ainsi, en alimentant l'analyse statistique d'un échantillon considérable de sujets, en obtenant des informations qualitatives complémentaires sur le vécu du client et du thérapeute, tout en cernant mieux le « type » de personnalité limite pertinent à l'étude,

ces recherches pourraient sans aucun doute dévoiler plus d'informations sur le potentiel de la Grille d'Analyse du Contre-transfert dans son application au moment de l'observation de l'influence de la pathologie limite sur l'expérience contre-transférentielle du thérapeute.

Références

- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^{ième} éd.). Paris: Masson.
- Barande, I. (2000). Pour désamorcer les « transferts et contre-transfert négatifs » concernant Freud. *Revue Française de Psychanalyse*, 64(2), 551-564.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (1986). *Psychologie pathologique: Théorique et clinique*. Paris: Masson.
- Bergeret, J., Freud, S., Grunberger, B., Khan, M., Klein, M., Freud, A., Lagache, D., Nacht, S., McDougall, J., Etchegoyen, R. H., Strachey, J., Baranger, M., Baranger, W., Ferenczi, S., Isaacs, S., Leclaire, S., Bion, W. R., & Schafer, R. (1980). *La cure psychanalytique: sur le divan*. Paris: Tchou.
- Berman, L. (1949). Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process. *Psychiatry*, (12), 159-166.
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Frôté, P. (1994). De l'écoute à l'interprétation: Une approche des phénomènes de contre-transfert. *Revue Québécoise de Psychologie*, 15(1), 155-192.
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Séguin, M.-H. (1995). Countertransference as instrument and obstacle: A comprehensive and descriptive frame work. *Psychoanalytic Quarterly*, 64(4), 717-745.
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy*, 33(3), 372-380.
- Chessick, R. D. (1993). The outpatient psychotherapy of the borderline patient. *American Journal of Psychotherapy*, 47(2), 206-227.
- Cohen, M. B. (1952). Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15, 231-243.
- Cornfield, R. B., & Share, I. A. (1994). Countertransference in the treatment of the borderline personality. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 851-861.
- Daoust, F. (1996). *SATO (Système d'analyse de texte par ordinateur): Version 4.0: Manuel de référence*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Darcourt, G. (1986). Moments-limites en cures analytiques. In J. Bergeret, & W. Reid (Éds), *Narcissisme et états-limites*.(pp. 178-190). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Ellis, A. (2001). Rational and irrational aspects of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 999-1004.
- Ferenczi, S. (1919a). La technique psychanalytique. In S. Ferenczi (Éd.), *Psychanalyse II, Œuvres complètes: 1913-1919* (pp. 327-337). Paris: Payot.
- Fliess, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly, 11*, 211-227.
- Fliess, R. (1953). Countertransference and counteridentification. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 1*, 268-284.
- Freud, S. (1912b). Conseils aux médecins sur le traitement analytique. In S. Freud (Éd.), *La technique psychanalytique* (pp. 61-71). Paris: Presses Universitaires de France.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1955). Clinical significance of intuitive processes of the psychoanalyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 3*, 82-88.
- Frôté, P., & Bouchard, M.-A. (1993). Le contre-transfert: D'obstacle à instrument. *Psychothérapies, 13*, 145-160.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 983-991.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Goldstein, W. N. (1988). Kernberg on the borderline: A simplified version. In J. M. Ross, & W. A. Wyers (Éds), *New concepts in psychoanalytic psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Goldstein, W. N. (1997). Dynamically oriented psychotherapy with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy, 51*(1), 14-30.
- Gorkin, M. (1987). *The uses of countertransference*. Northvale, N. J.: J. Aronson.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 1041-1051.

- Holmqvist, R., & Armelius, B-A. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 660-666.
- Jung, C. G. (1953-1979). *The collected works (Bollingen series XX)*. New York: Pantheon Books.
- Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psycho-Analytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse: Privat.
- Kernberg, O. F. (1994). Réactions contre-transférentielles aiguës et chroniques. *Revue Française de Psychanalyse*, 58(publication spéciale), 1563-1579.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1053-1063.
- Kraus, G., & Reynolds, D. J. (2001). The « A-B-C's » of the cluster B's: Identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 345-373.
- Kroll, J. (1988). *The challenge of the borderline patient: competency in diagnosis and treatment*. New York: W. W. Norton.
- Labrousse-Hilaire, D. (2000). La haine de transfert, la haine du transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 64(2), 471-486.
- Leblanc, J. (1986). Caractère et limite: Évolution des termes. In J. Bergeret, & W. Reid (Éds), *Narcissisme et états-limites* (pp. 67-77). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lecours, S., Bouchard, M. A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12(2), 259-279.

- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 32-40.
- Little, M. (1957). « R » –The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 240-254.
- Little, M. (1991). *Des états-limites: l'alliance thérapeutique*. Paris: Des femmes.
- Marcelli, D. (1981). *Les États limites en psychiatrie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Masterson, J. F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders: Establishing a therapeutic alliance (A developmental, self, and object relations approach). *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 182-191.
- Masterson, J. F., & Klein, R. (1989). *Psychotherapy of the disorders of the self: The Masterson approach*. New York: Brunner/Mazel.
- McHenry, S. S. (1994). When the therapist needs therapy: Characterological countertransference issues and failures in the treatment of the borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 31(4), 557-570.
- Meissner, W. W. (1988). *Treatment of patients in the borderline spectrum*. Northvale, N. J.: J. Aronson.
- Meissner, W. W. (1993). Treatment of patients in the borderline spectrum: An overview. *American Journal of Psychotherapy*, 47(2), 184-194.
- Normandin, L. (1991). *Le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1991-1993). *Grille d'analyse du contre-transfert: Manuel de référence*. Document inédit, Université de Montréal.
- Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.
- Painchaud, G., & Montgrain, N. (1986). Limites et états-limites. In J. Bergeret, & W. Reid (Éds), *Narcissisme et états-limites* (pp. 28-35). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Pereg, S. (1984). Les état limites: 2. Notes sur le contre-transfert dans la psychothérapie psychanalytique avec les état limites. *Revue Québécoise de Psychologie*, 10(1), 67-74.
- Preston, J. D. (1997). *Shorter term treatments for borderline personality disorders*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Racker, H. (1953). A contribution to the problem of countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 313-324.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Reich, A. (1951). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 25-31.
- Reid, W. (1986). Omnipotence et transfert unidimensionnel. In J. Bergeret, & W. Reid (Éds), *Narcissisme et états-limites* (pp. 7-17). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Reik, T. (1937). *Surprise and the psychoanalyst*. New York: Dutton.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear*. New York: Farrar, Straus, & Young.
- Rosé, D. (1999). Affect et absence d'affect chez l'analyste. *Revue Française de Psychanalyse*, 63(1), 137-146.
- Rosenbluth, M. (1991). New uses of countertransference for the inpatient treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(4), 280-284.
- Rosenbluth, M., & Yalom, I. (1997). *Treating difficult personality disorders*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rothstein, A. (1999). Some implications of the analyst feeling disturbed while working with disturbed patients. *Psychoanalytic Quarterly*, 68(4), 541-558.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1980). Diverses conceptions du contre-transfert. In J. Bergeret, S. Freud, B. Grunberger, M. Khan, M. Klein, A. Freud, D. Lagache, S. Natcht, J. McDougall, R. H. Etchegoyen, J. Strachey, M. Baranger, W. Baranger, S. Ferenczi, S. Isaacs, S. Leclaire, W. R. Bion, & R. Schafer (Éds), *La cure psychanalytique: sur le divan* (pp. 145-155). Paris: Tchou.

- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Fine, M. A. (1995). The relationship of obesity to borderline personality symptomatology, self-harm behaviors, and sexual abuse in female subjects in a primary-care medical setting. *Journal of Personality Disorders, 9*(3), 254-265.
- Schultz, R. E., & Glickauf-Hugues, C. (1995). Countertransference in the treatment of pathological narcissism. *Psychotherapy, 32*(4), 601-607.
- Searles, H. F. (1994). *Mon expérience des états-limites*. Paris: Gallimard.
- Séguin, M-H., & Bouchard, M-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology, 13*(4), 457-474.
- Singer, B. A., & Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In A. Gurman, & A. Razin (Éds), *Effective psychotherapy: Handbook of research* (pp. 433-541). New York: Pergamon.
- Smith, H. F. (2000). Countertransference, conflictual listening, and the analytic object relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(1), 95-128.
- Steinberg, W. (1990). *Circle of care: clinical issues in Jungian therapy*. Toronto: Inner City Books.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: from projective identification to empathy*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Urtubey, L. de. (2000). Si transfert négatif et contre-transfert négatif se rejoignent durablement... *Revue Française de Psychanalyse, 64*(2), 535-547.
- Watson, R. I. Jr. (1996). The discovery of the borderline patient through countertransference. *Contemporary Psychoanalysis, 32*(1), 80-85.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wihchen, H. V. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SKID-II): Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*, 630-636.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis, 30*, 69-75.

Appendices

Appendice A

La Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC)

L'Utilité de la Grille

La Grille d'Analyse du Contre-transfert présente une méthode de recherche opérationnelle qui se penche sur les différents phénomènes de contre-transfert. Le développement de cet outil a pour objectif de permettre la qualification de l'activité mentale des cliniciens alors qu'ils réagissent à un processus thérapeutique.

Trois principaux types d'états mentaux, pouvant être eux-mêmes divisés en sous-catégories, sont présentés par la GAC:

1. L'activité mentale *objective-rationnelle* (RAT):

Cette activité est caractérisée par la distance émotionnelle qui est maintenue par le thérapeute. Celui-ci se positionne dans un mode d'observation à distance, plutôt que dans un mode participatif et subjectif. Ce retrait dans l'analyse et l'objectivité se veut un effort adaptatif permettant au thérapeute de conserver le rôle d'observateur qui étudie la situation clinique, sans pour autant devenir un participant dans l'immédiat. Il ne s'agit donc pas d'un état défensif où le sujet tenterait, par exemple, de se débarrasser des inconforts et des angoisses ressenties en réponse au processus thérapeutique. Le clinicien fonctionnant dans ce mode d'activité mentale va principalement recueillir les informations sur son client et sa réalité objective, ou sur l'évolution thérapeutique, en les

organisant à partir d'un schème de travail constitué de ses connaissances, expériences et observations cliniques, des faits du modèle théorique auquel il adhère, etc. En bref, l'activité mentale *objective-rationnelle* se veut un processus d'objectivation non-défensif qui cherche à élargir la compréhension du thérapeute face à son client ou à la situation thérapeutique.

2. L'activité mentale *réactive* (REAC):

Ici, contrairement à l'activité mentale *RAT*, le thérapeute devient un participant actif au processus thérapeutique. Par contre, cette participation n'est ni consciente, ni assumée (Normandin & Bouchard, 1991, 1993; Kiesler 2001). Le thérapeute éprouve de la difficulté à dissocier ce qui lui appartient et ce qui appartient à son client, et peut devenir une cible passive des projections du client, comme il peut s'en défendre ou se soustraire de ces projections par un réflexe impétueux. Donc, le thérapeute est bien plus en contact avec ses propres conflits, désirs et défenses qu'avec ceux de son client, et il ne réalise pas qu'il éprouve une expérience qui, en partie disjointe de la réalité du client, est directement liée à son propre monde intérieur (Normandin & Bouchard, 1991, 1993; Hayes & Gelso, 2001). Ainsi, les réactions du thérapeute, comme le contenu de son activité mentale, seront conséquemment déformées et peuvent nuire au travail clinique. Cette catégorie (incluant la contre-identification projective) correspond à la définition classique du concept de contre-transfert, c'est-à-dire une réaction défensive et inconsciente qui se veut un obstacle nuisible au processus thérapeutique. Notons que

l'activité mentale *réactive* est subdivisée en sous-catégories qui répondent à certains critères (réactivité pulsionnelle vs défensive, libidinale vs agressive,...).

3. L'activité mentale *réflexive* (REF):

Cette activité mentale est associée à l'approche dite « totaliste » (Kernberg, 1965) où le contre-transfert est perçu comme étant un instrument de travail clinique. La réflexivité est un concept phénoménologique correspondant aux efforts préconscients et conscients du clinicien qui cherche à discerner et à élaborer ses réactions internes (Bouchard, Frôté & Normandin, 1994). Ici, le sujet préserve ses aptitudes d'auto-observation et examine la nature de ses réactions subjectives internes se rapportant soit au transfert, soit à la réalité et aux expériences du client (passées et présentes), ou enfin aux propres vicissitudes du thérapeute. Ce dernier devient un sujet-participant à tout le moins partiellement, sinon presque pleinement conscient de son vécu immédiat. Ainsi, le thérapeute reconnaît et « cohabite » avec ses réactions internes pour les intégrer en une compréhension et une élaboration des éléments dynamiques qui sont animés au cours des séances (Normandin & Bouchard, 1991, 1993; Hayes & Gelso, 2001; Rosé, 1999). La réflexivité est une expérience pouvant être diffuse et vague, ou se préciser jusqu'à devenir complexe et distincte, puisque cette activité mentale est conçue comme un mouvement de l'inconscient vers le conscient. La GAC identifie quatre phases associées aux étapes de cette progression, c'est-à-dire aux différents niveaux de prise de conscience et d'élaboration des réactions internes du thérapeute. Les sous-catégories qui

définissent un cycle complet de réflexivité sont: l'émergence, l'immersion, l'élaboration et l'intervention (se référer à la section *Degrés de Réflexivité*, p.174).

Le Rôle des Coteurs

Les coteurs ont tout d'abord à segmenter les réactions du thérapeute en unités équivalant à la plus courte section possible du discours. Cette unité est dite « microscopique » et correspond à une proposition ou une phrase qui contient une idée distincte en rapport au processus thérapeutique. Selon le type d'analyse à appliquer, l'activité mentale des thérapeutes est par la suite qualifiée à l'intérieur de chaque unité cotable, soit microscopique, macroscopique ou globale. L'Appendice B (Arbre de décision) présente un aperçu plus « graphique » de l'analyse à niveaux multiples que requiert le travail de cotation.

Il est important que le coteur qualifie le processus d'analyse au moment où le thérapeute a rédigé ses réactions spontanées. Ainsi, certains thérapeutes pourraient, par exemple, se référer à une impression ou à une réaction survenue au cours de la séance et qu'on jugerait *réactive*, mais en ajoutant après coup un commentaire *réflexif* sur cette même réaction. C'est cette réflexion, au moment où le thérapeute écrit ses associations libres, qui est considérée pour la cote. Par contre, lorsque à l'intérieur d'une unité significative le sujet ne donne pas accès à son état mental au moment où il s'exprime sur papier, le juge pourra ajouter la cote supplémentaire: Discours rapporté (*R).

Procédure de Segmentation et de Cotation

La GAC propose une étude du contre-transfert à partir des unités significatives retrouvées dans le discours du thérapeute. On dénombre trois types d'unités de cotation utilisés en fonction de l'analyse qui est fait du processus: 1) microscopique, 2) macroscopique et 3) globale ou interséance (espace thérapeutique).

1) *L'unité microscopique:*

L'analyse microscopique se fait à partir d'unités correspondant en général à une proposition ou à une phrase (rarement plus d'une) qui se retrouve dans les réactions écrites du thérapeute. Il s'agit donc des fractions les plus courtes possible du discours, délimitées par l'idée distincte qu'elles contiennent. Le travail de *segmentation* au cours d'une analyse microscopique consiste justement à déterminer qu'elles sont les unités élémentaires se dégageant du discours du thérapeute. Une première lecture de l'ensemble des associations libres, pour une séance donnée, permet au coteur de se faire une idée globale du matériel afin de pouvoir ensuite fragmenter le texte en marquant une coupure entre chacune des idées exprimées. Après s'être assuré de fusionner, s'il y a lieu, les unités complémentaires qui expriment la même idée et qui pourraient être incluses à l'intérieur d'une seule unité, les différents coteurs doivent en arriver à un consensus quant à la segmentation définitive des différents textes analysés. Notons que pour l'étude présente, l'analyse microscopique n'est pas employée à des fins statistiques mais bien pour appuyer la tâche du coteur dans son analyse macroscopique du matériel. Voici tout de même un bref aperçu de la procédure de *cotation* des unités

microscopiques: par une lecture de l'ensemble des réactions de la séance à analyser, le juge commence par se faire une idée générale du sujet, de son style d'écriture ainsi que de ce qui s'est développé entre le thérapeute et le client au cours de la rencontre. On détermine ensuite, pour chacune des unités élémentaires préalablement segmentées, si le sujet adopte davantage une position objective par opposition à une participation subjective. Enfin, le coteur devra, dans le cas d'une position subjective, préciser la nature soit *subjective* ou soit *réactive* de l'attitude du thérapeute en prenant soin d'ajouter au besoin, toute cote supplémentaire (informations sur le contexte de la cote principale).

2) *L'unité macroscopique:*

C'est l'analyse macroscopique qui sera utilisée pour la présente étude pour la cueillette des données statistiques. Cette analyse s'effectue à partir de l'ensemble des réactions écrites d'un thérapeute et qui sont associées à une séance donnée. Contrairement à l'analyse microscopique, aucune *segmentation* n'est requise quoique que cette pratique puisse s'avérer profitable à l'attribution d'une cote macroscopique. L'analyse macroscopique diffère également de la microscopique par son niveau d'inférence plus élevé entre les différentes unités élémentaires. Au moment de la *cotation*, le juge se distancie de la nature concrète des énoncés pour adopter une position participative où il se laisse toucher par les réactions du thérapeute, s'identifie à l'essai avec lui, fait des inférences avec ce qui n'a pas été exprimé explicitement, etc. Il cherche ainsi à s'édifier une représentation nette et sentie de la structure émotionnelle du

sujet et ses réactions. Une fois cet objectif atteint, le coteur s'applique à se dégager de cette condition participative pour adopter une position davantage analytique et objective, disposition essentielle au processus de cotation des séances.

Chacune des rédactions associées aux différentes rencontres cliniques se verra donc attribuer une cote macroscopique représentant le plus précisément possible l'état mental prédominant dans lequel se trouve le thérapeute à sa sortie de l'entretien clinique, c'est-à-dire au moment de l'expression écrite de ses réactions. Par contre, il est important de souligner que la cote macroscopique n'est pas *nécessairement* déterminée à partir du type d'état mental le plus souvent repéré lors de l'analyse microscopique du texte. En effet, c'est un examen plutôt qualitatif que quantitatif qui doit être appliqué au discours du thérapeute de sorte que même si seulement une petite portion du texte est teintée d'un état mental quelconque, ce même état mental pourrait déterminer la cote macroscopique s'il s'avère fortement représentatif du concept mesuré. Ainsi, la presque totalité d'un discours, associé à une séance donnée, pourrait témoigner d'une objectivité rationnelle et d'un détachement affectif de la part du thérapeute, mais le fait que ce dernier prenne, par exemple, quelques lignes à la fin du texte pour élaborer un « insight » riche et chargé d'émotivité, peut suffire à ce que soit attribué une cote de réflexivité (si cette réflexivité est suffisamment représentative des critères de la GAC).

Donc, le coteur doit avant tout s'en remettre à son jugement clinique et à la conviction interne qui s'en émane. Par contre, avant de déterminer la cote macroscopique finale, quelques critères plus objectifs devront tous être observés, soit:

- Le niveau de représentativité de l'unité cotable (discours du sujet) en rapport aux normes de la GAC (la qualité de l'unité).
- Le niveau de représentativité de l'unité cotable en rapport au niveau de base du thérapeute lui-même, ce dernier étant comparé à lui-même et non à d'autres sujets. Le coteur devient familier avec les réactions du thérapeute, ce qui lui permet de mieux s'identifier à l'essai avec lui pour ainsi déterminer l'état mental dans lequel il se trouvait après la séance.
- Le degré de maîtrise (ou d'inclinaison) pour un état mental par rapport à un autre. Qu'est-ce que le thérapeute réussit le mieux dans cette section? Quelle activité mentale représente la plus grande proportion du discours?
- Le niveau le plus élevé atteint (réflexif ou rationnel > réactif).
- La séquence des réactions du thérapeute, c'est-à-dire la progression d'un état mental à un autre.

3) *L'espace thérapeutique:*

Il est également possible d'attribuer une cote **globale** (ou interséance) à un ensemble de rencontres cliniques. Cette cote est déterminée suite à une analyse macroscopique des différents textes associés aux séances à l'étude. En parcourant la totalité des réactions spontanées du thérapeute, le coteur tente de préciser la structure expérientielle

de celui-ci et cherche à obtenir des indices qualificatifs et quantitatifs sur l'espace thérapeutique. La cote globale doit s'avérer être l'état mental représentant le plus fidèlement possible le style expérientiel du thérapeute et, par le fait même, elle doit définir le type d'espace thérapeutique s'étant installé entre lui et son client.

Les Niveaux de Cotation et les Catégories de la GAC

Premier niveau. À cette première étape de la cotation, on détermine si l'unité significative analysée démontre soit une implication émotionnelle, soit une distanciation affective de la part du thérapeute. Quoique l'exécution de cette tâche s'en remette en partie sur le jugement clinique du juge, ce dernier peut toutefois se fier à certains critères de discrimination plus objectifs tel que:

- *Présence d'un engagement affectif (Participatif)*
 1. Expérience cognitivo-émotive
 2. Subjectif
 3. Participatif (ici et maintenant, le « moi » est participant). Implication émotive.
 4. Chargé émotionnellement (même si le contenu semble objectif ou descriptif à première vue).
 5. Présence dans le discours du thérapeute d'expressions telles que: « je me sens », « si j'étais à sa place », « je me souviens », « je doute », « je me demande », etc.
 6. Le sujet semble se défendre de quelque chose. La netteté de son processus cognitif semble réduite.

Exemple: « Ma première réaction serait de respirer profondément, afin de me distancier, pour ne pas me sentir impliqué, ne pas prendre parti ».

- *Mise à distance affective (Rationnel)*

1. Expérience cognitive pure, c'est-à-dire une compréhension intellectuelle qui se base uniquement sur des informations factuelles ou une compréhension intellectuelle fondée sur des connaissances que possède le thérapeute.
2. Objectif et descriptif (cadre théorique ou clinique général) et dénué d'affect.
3. Observateur (détaché, désengagé, le « moi » est observateur). L'observation est souvent juste mais ne démontre pas de contenu émotif ou d'engagement affectif.
4. Recherche d'une cohérence au niveau des idées, tentative de résoudre une dissonance cognitive.

Exemple: « Est-ce une réaction passagère suite à une absence, un congé de fin de semaine, un retard du thérapeute ou tout simplement un contenu difficile à contenir dans la patiente ».

Deuxième niveau. On évalue ici le degré de conscience du thérapeute dénoté dans les unités cotables ayant déjà reçus une cote PART (participant à l'expérience, engagé affectivement) au premier niveau de cotation. Le juge aura donc à déterminer si le sujet était conscient, préconscient ou inconscient de sa position expérientielle ou participative, pour ainsi attribuer une cote réflexive ou réactive. Cette évaluation se base sur le contexte général du discours du thérapeute, ainsi que sur les critères objectifs suivants:

- *Réflexif*

1. Une expérience est vécue par le thérapeute. Le sujet parle de lui-même et s'approprie son expérience
2. Le thérapeute réalise qu'il vit cette expérience et le juge peut se référer à un mot ou à une expression pour appuyer son constat
3. D'après les mots utilisés par le thérapeute, il semble nous dire que quelque chose se passe en lui, qu'il réagit à quelque chose. Par exemple: « il me semble », « un doute s'installe »
4. Le sujet parle de l'expérience du client de façon très chargée émotionnellement, comme s'il avait pu acquérir une certaine connaissance de l'expérience du client par identification avec celui-ci
5. Dans tous les cas qui précèdent, le sujet ne semble pas réagir de façon excessive et il ne semble pas se défendre contre une partie de son expérience.

Exemple: « Je me trouve incompétente de ne pas y avoir pensé moi-même, alors que je considère que j'aurais dû le faire ».

- *Réactif*

1. Définition classique du contre-transfert. Le thérapeute ne semble pas conscient qu'il exprime à travers ses commentaires un sentiment, un jugement, une préoccupation, etc.

2. Le sujet vit une expérience mais il ne prend pas conscience qu'elle est dissociée de ce que vit le client ou qu'il s'identifie trop à ce dernier. Identification massive au client
3. Expérience vécue, mais non réalisée par le sujet
4. Le coteur considère que le thérapeute se défend de quelque chose ou qu'il s'identifie au patient sans s'en rendre compte
5. Les commentaires du sujet ne semblent pas avoir de lien avec le contenu de la séance (s'il est connu)
6. Négation d'un vécu exprimé
7. Manque de recul de la part du thérapeute
8. Le sujet identifie un affect ou un aspect de la relation mais il reste débordé par l'expérience.

Exemple 1: « Le pauvre, il se soumet bêtement à l'éducation donnée par sa thérapeute tout comme à sa bonne femme à la maison ».

Exemple 2: « Mais ce n'est pas très intense. Je ne ressens pas d'agressivité ».

Troisième niveau. Le troisième niveau d'analyse se veut une étape où l'on précise la nature des réponses réflexives ou réactives selon le cas. Voici les critères objectifs sur lesquels le juge se base pour attribuer une cote parmi les différents degrés de réflexivité, ou les catégories de contre-transfert réactif:

Degrés de réflexivité:

- *Émergence contenue (REM-C)*

1. Par émergence, on entend une expérience cognitivo-émotive diffuse, peu spécifiée, vague ou peu élaborée par le thérapeute
2. Réfère au développement d'une expérience subjective chez le sujet. Celle-ci apparaît sous forme de signaux affectifs, d'images, de souvenirs comme personne ou comme thérapeute, ou sous forme de tensions qui attirent l'attention du thérapeute
3. Le sujet dit vivre une expérience floue et/ou peu élaborée. Même s'il ne cherche pas à la spécifier, le sujet « demeure sur cette expérience », il la contient
4. L'unité cotable qui suit nous indique que le thérapeute, après avoir contenu cette expérience, a évolué vers l'immersion (laquelle sera alors cotée), c.-à-d. que dans la section subséquente, le sujet élabore et spécifie l'expérience vague qu'il a d'abord ressentie et contenue dans la première section
5. La réaction du sujet se résume essentiellement en un intérêt, un étonnement ou un questionnement imprécis, en rapport avec une partie du matériel amené par le client (un signal diffus attire l'attention du thérapeute sur une partie du matériel).

Exemple 1: « Je suis agacée par cette attitude défensive, provocatrice de la part de cette patiente ».

Exemple 2: « Impulsions agressives fortes. Comme des corps étrangers ».

Exemple 3: « Ça m'étonne qu'elle n'ait pas réagi davantage ».

- *Immersion (RIM)*

1. Par immersion on entend qu'une orientation est donnée à l'expérience. On sait dans quelle perspective le sujet laisse se développer l'expérience en lui
2. Le thérapeute spécifie clairement une émotion ou décrit clairement une attitude
3. Par immersion on entend le processus par lequel le sujet laisse se développer dans sa pensée les représentations mentales qui sont associées à ses réactions internes
4. Le sujet identifie un cadre de référence précis où il laisse se développer son expérience subjective (par exemple, la source de l'émotion, de la tension, du souvenir est explorée explicitement; des nuances à l'expérience sont apportées, etc.)
5. Le thérapeute accepte de « jouer différents rôles à l'essai ». Identification à l'essai
6. Descriptif, mais chargé émotionnellement.

Exemple 1: « En écrivant cette dernière ligne, l'idée qui surgit en moi est qu'il doit être pénible de vivre avec une telle personne ».

Exemple 2: « Ça me rappelle l'imitation que faisaient de moi certains enfants lorsque j'étais jeune concernant mes difficultés de langage, d'où probablement mon irritation ».

- *Élaboration (REL)*

1. L'élaboration correspond à un ou des commentaires qui reflètent une résolution partielle du transfert, du contre-transfert, ou des deux
2. Il s'agit souvent d'une « compréhension interne » de ce qui a été vécu par le sujet. Cette compréhension est dynamique dans le sens qu'elle offre une explication sur les causes et les effets de la réaction émotionnelle

3. Une hypothèse, une compréhension (suffisamment complète) est offerte
4. Une distance affective est prise par le sujet par rapport à son expérience interne.
Ceci lui permet d'avoir un certain recul et « d'expliquer » l'expérience qu'il a vécue, d'en spécifier son origine et sa signification dynamique.

Exemple: « Sa façon de confronter est un peu rude, mais je remarque aussi que lorsque je suis avec un patient et que je laisse l'irritation monter un peu trop sans intervenir, je me reprends alors avec un peu plus de véhémence ».

- *Intervention (RIN)*

1. Par intervention on entend l'interprétation ou la stratégie d'intervention qui a été formulée directement par le thérapeute
2. Le thérapeute utilise ce qu'il ressent (son expérience contre-transférentielle) dans la formulation de son interprétation ou de son intervention.

Exemple: « J'explorerais ce qui se passe pour elle à ce moment en lui reflétant qu'elle est agacée par mon regard, que ça la rend même furieuse ».

Catégories de contre-transfert réactif:

- *Réactif pulsionnel (REAC-P)*

1. La réaction inconsciente du thérapeute est une manifestation d'une pulsion
2. Il s'agit d'une évacuation ou d'une expression directe d'énergie libidinale ou agressive

3. Le coteur juge que la réaction du thérapeute est excessivement intense. Cette réaction est caractérisée par une régression à des processus primaires et une intensité démesurée, manifestés entre autre par un langage grossier
4. Le thérapeute se comporte inconsciemment comme l'objet des projections du client.

Exemple 1: « Aujourd'hui elle me fait carrément chier ».

Exemple 2: « Moi je la référerais ».

- *Réactif défensif (REAC-D)*

1. La réaction du sujet correspond à une défense contre la pulsion
2. Le coteur juge que la réaction du thérapeute vise à réduire sa propre angoisse et nuit à sa compréhension clinique du client
3. Le coteur peut identifier clairement un/des mécanismes de défense dans le discours du thérapeute.

- *Émergence bloquée (REM-B)*

1. Suite à une émergence, un mécanisme de défense vient bloquer ou annuler le matériel qui émerge, ou bien encore on ne retrouve pas d'éléments indiquant que le thérapeute a continué à s'immerger dans son expérience. Il n'y fait plus référence (en macroscopique seulement)
2. L'expérience est vécue et élaborée minimalement
3. Le coteur a l'impression que le blocage du processus réflexif résulte d'une manœuvre défensive.

Exemple: « Est-ce que je la blesse lorsqu'elle devient distante? Non, pas trop ».

- *Émergence agie (REM-A)*

1. Une expérience peu élaborée (REM) donne rapidement lieu à une « action » de la part du thérapeute. Toutefois, cette action dénote chez le sujet des éléments d'impulsivité non contrôlée ou des éléments de fuite
2. Correspond au concept « d'acting out ».

Exemple 1: « La réaction du thérapeute m'embête. J'aurais envie de lui dire d'aller se faire cuire un œuf ».

Exemple 2: « Me faire engueuler me fait peur. Mais ici je suis très heureux de savoir que ce n'est pas moi qui suis réellement visé, mais plutôt les persécuteurs internes transférés sur moi. Je vais essayer de lui expliquer ça pour qu'elle ne se sente plus persécutée ».

Quatrième niveau. L'expérience qui a été relevée au niveau antérieur est ici qualifiée de façon plus précise par le juge. En somme, ce dernier aura à identifier les formes spécifiques d'immersion, d'élaboration ou d'intervention (cotes réflexives). Les critères suivants guideront le coteur au cours de cette tâche:

Formes d'immersion:

- *Immersion thérapeute comme personne (RIM-TPe)*
1. Fond
 2. Souvenirs comme personne. Vie personnelle

3. Expérience professionnelle.

Exemple: « Ça me rappelle une interaction que j'ai eue avec mon conjoint où je me sentais aussi frustrée et impuissante ».

- *Immersion thérapeute comme personne (RIM-Tpa)*

1. Figure
2. Ici et maintenant
3. Concerne l'interaction thérapeutique même.

Exemple 1: « Je me sens un peu comme si je m'obstinais avec lui à l'intérieur de moi ».

Exemple 2: « Ma surprise et mon irritation, ainsi que mon inquiétude face au bien-être de la cliente augmentent ».

- *Immersion patient comme personne (RIM-PPe)*

1. Fond, structure de caractère
2. Passé
3. Contexte de vie actuel
4. Réactions de l'entourage du client.

Exemple 1: « Je crois que sa femme, elle, ressent le désir violent d'agression de son mari, c'est à cela qu'elle réagit ».

Exemple 2: « L'image qui me vient c'est celle d'un bon papa qui accepte sa fille même si elle n'a pas été gentille. Dans le fond, elle ne pouvait pas faire autrement que d'être «pas fine» et son père a tout compris ».

- *Immersion patient comme participant (RIM-PPa)*

1. Figure
2. Ici et maintenant
3. Expérience du patient dans l'interaction thérapeutique.

Exemple: « Elle est frustrée parce que je n'ai pas répondu à sa demande de briser le contact visuel ».

Formes d'élaboration:

- *Élaboration rétrospective (REL-Ret)*

1. Le thérapeute mentionne que son expérience n'a pas de lien avec l'expérience du client. C'est l'exemple du thérapeute qui se rendrait compte rétrospectivement que les réactions qu'il croyait être induites par le client, sont plutôt issues de sa propre névrose résiduelle. On retrouve dans le discours du sujet des expressions telles que « je réalise » ou « je me rends compte ».

Exemple 1: « Je trouve le patient plus sympathique qu'au début parce que je réalise clairement qu'il n'avait pas une attitude de contrôle intentionnel ou par méchanceté. *J'ai souvent cette tendance là, à me dire ou à penser que les gens agissent avec l'intention de mal faire.* Exactement comme je me suis fait juger lorsque j'étais petite. Je me sentais tellement méchante dans tout ce que je faisais ».

Exemple 2: « La cliente m'énerve. Elle joue à l'enfant. Elle se moque du thérapeute. Quand j'étais jeune, j'avais cette attitude quand je n'étais pas approuvée, i.e. l'attitude cynique qui en fait empirait la situation parce que ça provoquait la colère des gens. Je

me disais: Ils ne m'aiment pas et ils auront de bonnes raisons de ne pas m'aimer. *En fait, c'est la jeune fille exécrationnelle en moi qui m'énerve* ».

- *Élaboration concordante (REL-Con)*

1. Le thérapeute explore la similarité entre ce qu'il éprouve et ce qu'il perçoit de ce que le client éprouve au même moment. Une explication est offerte pour rendre compte de cette concordance des réactions. Le thérapeute s'identifie au client.

Exemple: « Peut-être que mon sentiment d'impuissance correspond ou traduit l'impuissance qu'il ressent devant le fait qu'il ne peut s'expliquer ce qui se passe avec sa femme et que peu importe ce qu'il fasse, il se retrouve au banc des accusés ».

- *Élaboration complémentaire (REL-Com)*

1. Le thérapeute explore la différence entre ce qu'il éprouve et ce qu'il perçoit de l'expérience du client au même moment. Une explication est offerte pour rendre compte de cette complémentarité des réactions. Le thérapeute s'identifie aux objets du client
2. Le thérapeute peut ne pas spécifier ses propres sentiments par rapport au client, mais plutôt explorer les réactions de l'entourage du client, pour ensuite offrir une compréhension dynamique de son mode relationnel (se référer au second exemple ci-dessous).

Exemple 1: « Je me sens agressé en tant qu'intervenant. *Elle me tend le piège de devenir agresseur, ce qui pourrait peut-être confirmer son sentiment d'être rejetée* ».

Exemple 2: « Je m'intéresserais à explorer la raison d'un tel sentiment de responsabilité, d'une telle tendance à se sentir fautif. Il réagit à cela en la jugeant et la traitant comme une enfant. Il est le parent raisonnable qui prend l'autre en défaut. Comme s'il renversait les rôles pour ne pas vivre de culpabilité ».

Formes d'intervention

- *Intervention supprimée (RIN-S)*

1. Le thérapeute mentionne qu'il n'interviendra pas par rapport au client ou qu'il change de stratégie. Il se ravise sur ses intentions d'intervention.

Exemple: « Mon attention était facile, position analytique facile aussi: *pas question là de provoquer ou séduire hors du défensif*, le transfert le fait comme cela doit être ».

- *Intervention dissimulée (RIN-D)*

1. Le thérapeute laisse sous-entendre qu'il évaluera son intention avant de la proposer
2. Le thérapeute mentionne qu'il attendra le moment propice pour offrir une interprétation ou suggérer une intervention.

Exemple: « Sa mère, son conjoint, moi - on l'abandonne et (ça je ne l'ai pas dit parce que c'est trop tôt, mais ça viendra) on l'étouffe ».

- *Intervention communiquée (RIN-C)*

1. Le thérapeute mentionne clairement qu'il interviendra (ou est intervenu) verbalement ou non, par rapport au client.

Exemple: « Je porterai attention à ne pas modifier mon attitude envers elle, soit continuer à la regarder le plus naturellement possible, et ce malgré la tension qu'elle fait naître en moi ».

Appendice B

Tableau 4 Arbre de Décision

NIVEAU DE DÉCISION	ARBRE DE DÉCISION		
I	Le sujet est-il impliqué à un niveau émotionnel ou est-il simplement un observateur détaché? Sujet Participant (PART) ou Sujet Observateur (RAT)		
II	La réaction du sujet est-elle inconsciente vs préconsciente ou consciente? Inconsciente (REAC) ou Préconsciente-Consciente (REF)		
III	La réaction inconsciente est-elle de nature défensive ou pulsionnelle? -REAC-D : Défensive -REAC-P : Pulsionnelle S'agit-il plutôt du blocage ou de la mise en acte d'une émergence? -REM-B : Blocage d'une réaction émergente -REM-A : Mise en acte d'une réaction émergente	Quel est le degré d'exploration et d'élaboration des réactions du sujet? -REM-C : Réaction diffuse peu explorée ou élaborée -RIM : Exploration du matériel qui émerge -REL : Élaboration plus poussée du matériel exploré résultant en une résolution partielle du transfert ou du contre-transfert -RIN : Formulation d'une intervention à partir du matériel	
IV	La réaction inconsciente, défensive ou pulsionnelle est reliée à quel type d'enjeu? -REAC-D-A, REAC-P-A : Agressif -REAC-D-L, REAC-P-L : Libidinal -REAC-D-N : Narcissique:	Type d'immersion? -RIM-Tpe : Thérapeute en tant que personne -RIM-Tpa : Thérapeute en tant que participant -RIM-Ppe : Patient en tant que personne -RIM-PPa : Patient en tant que participant	Type de réaction élaborée? -REL-Ret : Réact. Antérieure du sujet -REL-Con : Réaction concordante au client -REL-Com : Réaction complémentaire au client
V	Le contre-transfert réactif s'adresse-t-il principalement au client ou à l'observateur (le chercheur)? - La cote supplémentaire *R est ajoutée lorsque la réaction s'adresse en grande partie à l'observateur		

Appendice C

Tableau 5

Exemples de Résultats Individuels (pour deux thérapeutes à 10 séances par sujets)

<u>Numéro du thérapeute</u>	<u>Nombre de clients</u>	<u>Fréquence des 3 types de contre-transfert (nb/%)</u>		
		<u>OBJ-RAT</u>	<u>REAC</u>	<u>REF</u>
06	2 «limites»	0% (n = 0)	25% (n = 5)	75% (n = 15)
	2 «non-limites»	0% (n = 0)	5% (n = 1)	95% (n = 19)
24	1 «limite»	10% (n = 1)	20% (n = 2)	70% (n = 7)
	2 «non-limites»	0% (n = 0)	5% (n = 1)	95% (n = 19)

Appendice D

Exemples de réactions et élaborations rédigées par les thérapeutes

Premier exemple

- Séance no. 8 du thérapeute no. 006 avec un client « limite »

« Je ressens de la joie lorsque la cliente mentionne avoir réussi à se contrôler. Elle est fière d'elle et moi aussi. Je suis surprise de la capacité que la cliente a de jouer des rôles. Je suis fascinée par le côté théâtral qu'elle a. Elle est fascinante et je me sens magnétisé par sa personnalité quelquefois pendant l'entrevue. Je me demande comment elle se sentirait de jouer des vrais rôles au théâtre ».

⇒ Séance cotée REAC-P (Réactif Pulsionnel)

- Séance no. 26 du même thérapeute (no. 006) avec un client « non-limite »

« Le client a des comportements étranges après la rencontre, et je me sens agressé par lui. Il s'impose pour prendre le téléphone du local des stagiaires – mais d'une manière brusque. Il ne semble plus vouloir quitter la pièce. La solitude est dans la pièce lors de l'entrevue. Je ressens un vide lorsqu'il décrit à quel point il est seul. Une douleur, un rejet ou quelque chose du genre est présent en dedans de moi. J'ai l'impression que la solitude du client me « connecte » après mon propre sentiment de solitude ».

⇒ Séance cotée RIM-TPe (Réfléxive - Immersion Thérapeute personne)

Deuxième exemple

- Séance no. 5 du thérapeute no. 024 avec un client « limite »

« Durant cette dernière entrevue avant les « fêtes », madame m'a littéralement « rentré dedans ». Elle m'a fait certains reproches concernant mon intervention. Je me suis senti démolé, je ne savais pas comment réagir et ne voulais pas me défendre. Aussi, elle était très près de moi, trop près ! Elle m'a dit « tu m'écoutes tellement concentré que j'ai l'impression que tu vas respirer à ma place à la fin d'une phrase ». J'avais envie de la repousser et de lui dire ça t'appartient, c'est ta perception...».

⇒ Séance cotée REAC-D (Réactive Défensive)

- Séance no. 3 du même thérapeute (no. 024) avec un client « non-limite »

« L'attitude de la cliente me semblait plus calme, celle-ci me semblait moins tourmentée. J'ai senti une confiance à mon égard, elle était moins « persécutante » envers moi. Je me suis vraiment senti interpellé par ce qu'elle me racontait même si parfois son discours était rationnel, il me semblait évident qu'il y ait sous ce rationnel rigide, une certaine souffrance que je n'ai d'ailleurs pas pu, ni vraiment voulu atteindre. Je me sentais à l'aise dans cette ambiance « paisible » et je pense que sans m'en rendre compte je n'ai pas voulu ni essayer de troubler l'eau (comme pour la protéger ou me protéger d'une éclaboussure trop forte). J'ai peur pour ma cliente en ce sens qu'elle retourne vivre chez ses parents en janvier et l'atmosphère me semble néfaste pour elle. Ainsi, malgré son apparence « tough », j'ai la sensation ou plutôt l'impression de la « protéger » peut-être même de la materner ».

⇒ Séance cotée RIM-TPa (Réflexive – Immersion Thérapeute personne)