

Utiliser la haine dans le contre-transfert pour raccommoder les fragments: un exemple de traitement

Dr. Justin Jones

Je travaille essentiellement du côté de « l'inanalysable », avec des patients présentant un état de morcellement interne qui les menace d'un danger de désintégration. En raison de l'intensité de ce morcellement, j'ai appris à adopter un usage radical du contre-transfert en tant qu'élément mutatif du traitement.

La compréhension théorique de mon travail découle de la conception psychodynamique de Kernberg et al. (2015), à l'œuvre dans la psychothérapie centrée sur le transfert (TFP), qui est basée sur les relations d'objet. Cependant, je m'éloigne radicalement des fondements classiques de Kernberg et al., en abandonnant la technique de la neutralité au profit d'une conception foncièrement interpersonnelle, largement influencée par la théorie relationnelle (Aron, 2011) et en particulier, la notion de travail à la « lisière de l'intime » développée par Ehrenberg (2010).

Afin d'éclairer cette conception, je présenterai le cas d'un patient – en ayant pris le soin de masquer les détails les plus saillants – qui illustre expressément ce type de travail clinique.

William

Aussi brillant que destructeur, William entreprit un traitement après une tentative de suicide durant sa première année d'études de troisième cycle. Il m'avait été adressé dans le cadre d'un programme de soins hospitalier.

Au cours de sa vie, William avait été hospitalisé au moins à sept reprises suite à des tentatives de suicide ; il présentait des conduites d'auto-mutilation graves, telles que : coupures, boulimie vomitive et abus d'alcool et de drogues. Il se montrait déprimé et empli d'une rage silencieuse.

J'étais son principal référent et à ce titre, William manifestait envers moi un attachement extrêmement ambivalent. Alors qu'il essayait fréquemment de décompresser en ma présence, il devenait récalcitrant et son comportement auto-destructeur reprenait le dessus dès que je m'absentais ne serait-ce que quelque temps.

Après plusieurs semaines de traitement au cours desquelles j'avais fait de mon mieux pour maintenir une sorte d'investissement positif tout en ne recueillant en échange qu'un regard glacé et glaçant de sa part, j'intervins vivement avec toute la force de mon contre-transfert. « Je vous hais vraiment » - lui dis-je. « Alors que je n'épargne aucun effort pour essayer de vous aider à progresser, vous, vous restez là comme un zombie. » « Vous êtes clairement attaché à notre travail et à moi, mais vous refusez que je vous vienne en aide. » William demeurant silencieux et arborant un air de défi, j'écourtai la séance d'une vingtaine de minutes.

La notion clef de Winnicott (1947) relative à la haine dans le contre-transfert est essentielle dans le travail avec William. Comme le souligne Winnicott, les patients comme William doivent pouvoir atteindre « un lieu de haine chez l'autre » afin de parvenir à commencer à transformer cette

compréhension morcelée de la haine en eux-mêmes. Par conséquent, si l'on n'aborde pas ces sentiments dissociés, on soutient de fait la croyance inconsciente intériorisée de base selon laquelle ceux-ci doivent être exprimés de façon auto-destructrice.

Cette vision de lui-même découlait largement de son éducation entre un père narcissique physiquement violent et une mère masochiste et dépressive, qui s'était montrée silencieusement complice des accès de violence physique et verbale quotidiens de son mari à l'encontre de sa famille. Afin de retrouver un semblant de calme après ces accès, William avait pris l'habitude de se gaver de nourriture puis de se faire vomir, une façon de se procurer un sentiment de satisfaction parcellaire qu'il pouvait ensuite évacuer sous forme de dégoût et de haine de soi. Ces rituels d'auto-mutilation, qui revêtaient différentes formes, devaient perdurer tout au long des années de sa vie de jeune adulte.

Lorsque j'abordai la question de son symptôme de boulimie, je commençai par lui témoigner de l'empathie. Cette attitude, cependant, fut immédiatement accueillie avec dédain et mépris. Je devais rapidement apprendre que mon sentiment d'empathie à l'égard de la détresse de William était pour lui non seulement inquiétant, mais également déstabilisant. Par conséquent, lui offrir à ce stade réassurance et soutien ne faisait que renforcer son besoin de mettre en acte de façon défensive une compréhension de soi destructrice.

Je changeai alors de tactique. William décrivait souvent son sentiment de dégoût à l'égard de certains de ses agissements qui le tenaient éveillé toute la nuit ; en effet, muni d'un seau, il transportait alors secrètement son vomi jusque dans les toilettes. A travers ses descriptions répétitives de ce rituel, on aurait dit qu'il s'évertuait à ne pas vouloir en comprendre le sens, de même qu'il refusait absolument que je l'aide à changer.

Par conséquent, plutôt que de lui offrir ce qui n'aurait été qu'un prétendu soutien en réponse à son rejet de mon aide, je me suis pleinement autorisé à demeurer au plus près des sentiments de colère, de frustration et de dégoût que suscitait chez moi la mise en acte de son auto-destructivité. C'est ainsi que j'intervins dans la séance en lui demandant : « Vous vous enfoncez vraiment les doigts dans la gorge ? » Choqué par ma question, William hocha la tête avec un soupçon de sourire. En réponse à quoi, j'affectais une grimace de dégoût et poursuivis en lui disant : « Ça me dégoûte rien que de vous imaginer en train de transporter et de renverser votre vomi sur vous ! »

En emboîtant délibérément le pas à William dans sa vision de lui-même comme un être dégoûtant, sale et empli de mauvaises introjections, je pénétrai son monde en tant qu'objet familier. C'est à ce moment qu'il commença à s'ouvrir à notre travail de façon plus réflexive.

William continua le travail avec moi en privé à sa sortie de l'hôpital. Ce traitement ambulatoire conditionnait sa réadmission à l'université. L'enjeu majeur que représentait à ses yeux ce retour dans un lieu qui augurait pour lui des perspectives de réussite fut immédiatement tangible. Et cependant, plutôt que de réfléchir à cette vision des choses et d'essayer de travailler sur les sentiments associés à sa nouvelle situation, William se mit à désinvestir et son traitement et sa vie. Ses crises de boulimie/vomissement redoublèrent d'intensité et il retomba dans un cycle destructeur d'abus d'alcool au quotidien.

Sans qu'on pût attribuer cela au hasard, ces conduites destructrices s'accroissaient après chaque séance où il s'était autorisé à se rapprocher de moi. Cela arriva notamment à l'occasion de la validation de ses examens de fin de trimestre au cours de son premier semestre. Je l'avais alors, non

sans hésitation, félicité pour sa réussite et à la séance suivante William arriva alcoolisé. Il me raconta qu'il avait passé la soirée en compagnie d'un de mes ex-patients avec lequel il s'était lié d'amitié à l'hôpital. Il mentionna avec un sourire satisfait qu'ils « avaient passé la nuit à goûter à l'héroïne ».

Stupéfait, j'interprétai les actes de William non seulement comme une expression de rage, mais également comme une réaction en lien direct avec son traitement. Je soulignai son malaise face à une vision positive de lui-même et, davantage encore, face à mon intention de prendre soin de lui. William demeurait assis en silence, l'air dégoûté, refusant de parler. Plus de la moitié de la séance s'étant déroulée ainsi, je lui dis de partir et de ne plus revenir jusqu'à ce qu'il soit redevenu sobre.

William revint le lendemain ; il était sobre et avait maintenant un parrain chez les Alcooliques Anonymes. Il put réfléchir aux craintes que lui inspirait son désir de réussir dans sa carrière. Puis il fondit en larmes tout en disant : « Je pensais être déjà mort, comme si j'étais même incapable d'imaginer comment vivre ma vie. » Puis il conclut en observant qu'à part égale, ma colère et mon dégoût n'étaient pas seulement un facteur contenant, mais également celui d'un changement.

Tirant un fil rouge théorique de Ferenczi (1921) aux auteurs modernes partisans de l'analyse interpersonnelle, j'ai recours à la notion de travail thérapeutique en binôme, où le transfert et le contre-transfert apparaissent comme des co-crétions qu'on ne peut interpréter isolément (Aron, 2001). De plus, à l'instar d'Ehrenberg (2010), mon point de vue est que les mises en acte avec le patient – en particulier s'agissant d'individus à la personnalité morcellée – sont inévitables. A condition que les deux protagonistes y survivent, cela favorise le changement.

Cependant, cette forme de survie peut aussi s'avérer traître. William se mit à progresser de façon significative lors de son retour à l'université. Et c'est précisément en raison de cette progression que simultanément il se mit à régresser à un état d'agressivité. Cette agressivité s'exprima de façon extrêmement poignante après une séance particulièrement douloureuse où William avait commencé à établir des liens entre les attaques qu'il dirigeait contre lui-même et les épisodes de torture physique que lui avait infligé son père. Il était parti en pleurant, une expression de reconnaissance envers les progrès qu'il réalisait. William passa ensuite le week-end à se défoncer par l'alcool et à se plaindre de moi auprès de ses amis d'enfance.

Par la suite, je devais apprendre qu'une de ses amies, une personne que je n'avais jamais rencontrée, prit l'initiative de rédiger un commentaire cinglant à mon sujet sur un site d'évaluation en ligne des professionnels de santé. Ayant découvert ce commentaire, je questionnai William, qui admit à contrecœur qu'il l'avait appuyé. Très en colère, je l'informai que ses actes et son attitude qui faisaient qu'il cautionnait un tel comportement étaient une agression directe contre mon gagne-pain : « Tout cela parce que j'ai eu l'audace d'essayer de vous aider à bâtir une vie pour vous-même », lui dis-je. J'insistai pour que le commentaire fût immédiatement supprimé.

Contrit, William obtempéra et réfléchit à la façon dont il avait tenté d'induire chez moi une réaction de colère, afin de se sentir contenu et compris d'une manière qui concordait avec sa vision intérieure. Il mentionna que l'expression directe de ma colère lui permettait d'entrer en contact avec les parties sadiques de sa personnalité qui l'avaient empêché de tirer profit de son traitement comme d'aller de l'avant dans la vie.

Ce scénario illustre la façon dont l'« expérience vécue », partagée entre William et moi – plutôt que simplement et uniquement la voie de l'interprétation – permet l'avènement d'une expérience de rupture et corrélativement, celle d'une réparation de son état interne aussi clivé que morcellé, qui lui

avait causé tant de difficultés dans la vie (Ehrenberg, 2010).

Je ne me bornai pas à interpréter la façon dont William refusait de faire le deuil des aspects inabordables et sadiques de ceux qui avaient joué un rôle clef dans sa vie, mais je le rejoignis dans sa rage. C'est cette expression qui, ironiquement, contribua à restaurer un sens de l'équilibre, où les frontières entre le self et l'autre pouvaient être rétablies, ce qui avait été rendu impossible du fait de la violence du père et la dépression de la mère.

Cette situation atteignit un point critique à l'approche du dernier trimestre de son cursus universitaire, ce qui coïncidait par voie de conséquence avec la fin de son obligation de traitement. Bien que j'aie exprimé clairement mon espoir que notre travail puisse se poursuivre au-delà, William persistait à dire que je l'abandonnais et n'était pas pénétré de la nécessité de poursuivre le traitement.

Tandis que la date de l'obtention de son diplôme approchait et qu'il avait reçu une proposition de poste haut placé dans son domaine, son alcoolisme et son comportement auto-destructeur atteignirent leur paroxysme. Après avoir épuisé toutes les possibilités d'intervention, je finis par succomber à la destructivité de William. Je lui signifiai que je ne reprendrais son traitement que s'il arrêtait de boire. William choisit d'achever le traitement deux jours avant la cérémonie de remise des diplômes.

Je n'eus pas de nouvelles de William pendant plusieurs mois. Puis, subitement, il m'appela pour me dire qu'il avait cessé de boire et qu'il était activement impliqué dans le groupe des AA – il demanda à me revoir. A l'heure actuelle, William continue de lutter contre ses comportements auto-destructeurs et a beaucoup de mal à accorder une place dans sa vie à l'intimité. Cependant, l'intégration nouvelle d'une plus grande souplesse dans notre travail permet un maniement plus subtil des états d'humeur dont l'intensité continue de menacer l'équilibre de William.

Nous retrouvant récemment confrontés à la dynamique familiale qui le pousse à se vider afin d'éviter d'avoir à faire face au sentiment de détresse douloureux inhérent à son histoire traumatique, il m'a dit : « Ne vous inquiétez pas, il n'est pas nécessaire de vous casser le cul pour me mettre à la porte illico ; j'essaye tout juste de rassembler mon courage pour supporter tout ce que vous faites pour m'aider à vivre »

Références

- Aron, L. (2001). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2015). *Transference Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ehrenberg, D. (2010). Working at the "intimate edge." *Contemporary Psychoanalysis*, 46(1): 120-141.
- Ferenczi, S. (1921). Prolongements de la « technique active » en psychanalyse, in *Psychanalyse III, Œuvres Complètes*, Paris: Payot, 1974.
- Winnicott, D. W. (1947). La haine dans le contre-transfert, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot, 1969.

Traduit de l'anglais par Danielle Goldstein, Paris