

Article

« La GAC ¹ : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité »

Lina Normandin et Karin Ensink

Santé mentale au Québec, vol. 32, n° 1, 2007, p. 57-74.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/016509ar>

DOI: 10.7202/016509ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



La GAC¹ : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité

Lina Normandin*

Karin Ensink**

Cet article met en relief le rôle central des réactions contre-transférentielles dans le traitement de patients limites selon l'approche focalisée sur le transfert de Otto F. Kernberg (TFP : Transference Focused Psychotherapy). Une grille d'analyse du contre-transfert (GAC) est présentée pour décrire la diversité des activités mentales dans lesquelles le thérapeute s'engage pour comprendre et parvenir à utiliser les réactions que déclenchent en lui ces patients. Un exemple clinique est présenté pour démontrer l'utilité de la GAC dans le travail des réactions contre-transférentielles évoquées par une patiente présentant un trouble limite de la personnalité. Certaines données de recherche viennent appuyer l'importance du travail des réactions contre-transférentielles.

Dans la majorité des psychothérapies de type psycho-dynamique ou psychanalytique, on recommande une attention rigoureuse aux manifestations du contre-transfert. Certains y voient une menace à l'écoute du patient, prétextant que certains éléments inconscients du thérapeute pourraient se superposer à la réalité du patient. En conséquence, un travail sur le contre-transfert, en dehors des séances de thérapie, est préconisé. Ceci représente le point de vue classique sur le contre-transfert, tel que Freud le préconisait en 1910. À l'opposé, et ceci représente une position plus contemporaine dite «totalistique²», on associe au contre-transfert l'ensemble des réactions émotives du thérapeute en lien avec le patient. Le thérapeute est confronté au défi de discerner, à travers l'ensemble de ses réactions, celles qui proviendraient du transfert du patient de celles qui résulteraient de ses propres inclinations transférentielles, ou de la réalité externe, la sienne ou celle du patient. Cette dernière position, découlant des travaux de Winnicott (1949), Heimann (1950), Racker (1953, 1957, 1968) et repris par Kernberg (1965) se veut un effort d'intégration des visions classique et

* Ph.D., Professeure titulaire, Responsable de la formation TFP au Québec, École de psychologie, Université Laval.

** Ph.D., Professeure adjointe, École de psychologie, Université Laval

totalistique du contre-transfert. Lorsqu'il émane des conflits non résolus du thérapeute, le contre-transfert représente nettement une entrave à la compréhension juste du patient. Par ailleurs, le contre-transfert peut procurer des informations précieuses sur l'expérience du patient dans la mesure où le thérapeute peut contenir cette expérience et y réfléchir. Le contre-transfert est donc à la fois un obstacle et un outil essentiel au travail thérapeutique.

Dans cet article, nous présentons le point de vue de Kernberg et de son équipe sur le travail du contre-transfert lorsque le thérapeute est confronté à des patients qui souffrent de troubles sévères de la personnalité. Ceci est d'autant plus important et pertinent que ces patients provoquent des réactions contre-transférentielles souvent violentes, qui s'attaquent au processus même de réflexion du thérapeute. Nous abordons en particulier le rôle central que jouent les réactions contre-transférentielles dans la psychothérapie focalisée sur le transfert de Kernberg (TFP : Transference Focused Psychotherapy), entre autres au niveau du processus interprétatif, puis sommairement les recommandations techniques énumérées par Kernberg pour mener à bien le travail du contre-transfert. Nous introduisons par la suite une grille d'analyse du contre-transfert (GAC : Normandin, 1991) qui systématise les différentes formes d'activités mentales dans lesquelles s'engagent le thérapeute à partir de ses réactions contre-transférentielles. L'élaboration de cette grille vise une contribution théorique et empirique à la compréhension du processus qui sous-tend l'apport du matériel, par le patient en séance. Comment ce matériel est-il contenu, décodé, élaboré puis traduit au patient pour qu'il puisse se le réattribuer dans une forme plus tolérable et assimilable ? Certaines activités mentales seraient associées à une plus grande efficacité thérapeutique, comme certains résultats de recherche le soutiennent. Au passage, le texte est enrichi d'un exemple clinique en appui à la GAC.

Rôle du contre-transfert dans le TFP

Dans ses nombreux écrits, Kernberg a décrit le mode de fonctionnement chaotique des patients qui souffrent de troubles sévères de la personnalité. S'appuyant sur la théorie des relations d'objet, il soutient que ces troubles sont associés à des relations d'objet internalisées. Celles-ci sont organisées en dyades c'est-à-dire selon deux représentations, l'une de soi et l'autre de l'objet, liées par un affect. Le transfert est alors conceptualisé comme l'activation, de façon plus ou moins exacerbée, de composantes du répertoire de dyades objectales du patient, qui ne sont pas intégrées dans une structure cohérente.

L'essence du TFP est d'offrir au patient un cadre thérapeutique qui permet la réactivation avec le thérapeute des représentations non intégrées, chaotiques et conflictuelles de soi et de l'autre du patient. Dans cette réactivation, le travail centré sur le transfert prend tout son sens. Dans ce dessein, le thérapeute doit premièrement « contenir mentalement » ces représentations et les affects ou cognitions primitifs qu'elles déclenchent en lui. Dans la confusion la plus totale, ces représentations peuvent alterner entre des sentiments d'intimidation, d'attendrissement candide ou de haine la plus troublante. Par la suite, le thérapeute doit décrire les relations d'objet qui sont activées et en dégager le sens.

Dans ce travail d'imagination et d'interprétation du monde objectif du patient, le terme de contre-transfert prend tout son sens. En effet, en s'efforçant d'offrir au patient un contexte pour prendre conscience et confronter pleinement ses relations d'objet, avec éventuellement moins de clivage et de projection, le thérapeute devient confronté à lui-même, à son propre monde objectif. Il prend alors le risque d'être emporté par ses propres réactions, et de répéter et de perpétuer le mode de relation chaotique du patient. Cependant, c'est ainsi que le thérapeute parvient à dégager de ses propres réactions les éléments projetés en lui par le patient, pour éventuellement les soumettre à ce dernier sous une forme plus assimilable.

Le travail du contre-transfert est reconnu comme une pierre angulaire du TFP. Il correspond au troisième canal de communication entre le patient et le thérapeute (Clarkin et al., 2006), après la communication verbale et les comportements non verbaux. L'importance de ce travail provient du fait qu'en établissant inconsciemment avec le thérapeute une interaction en accord avec son répertoire de dyades objectives (par identification à la représentation de soi ou à celle de l'objet), le patient tente en même temps d'amener le thérapeute à agir ou à se sentir selon le pôle concordant ou complémentaire de la dyade. Ce processus est possible grâce à l'identification projective, mécanisme fréquemment et habituellement utilisé par les patients qui souffrent de troubles sévères de la personnalité. Ce mécanisme de défense est un mode particulier de communication par lequel le patient « place » ou « force » dans le thérapeute les pensées, affects ou représentations de soi ou de l'autre qu'il se refuse de vivre lui-même car ces matériaux sont trop conflictuels ou effrayants.

Le travail du contre-transfert comme technique du TFP

Kernberg et al. (2006) font deux recommandations techniques à propos des réactions contre-transférentielles. Premièrement, ils

recommandent au thérapeute une vigilance toute particulière envers les impulsions à agir, pour tenter de se soustraire à la confusion engendrée par les patients, et pour faire face à ses propres prédispositions transférentielles. Ces dernières pourraient éventuellement amener le thérapeute à s'allier à une partie du conflit (ou de la dyade objectale) du patient au détriment de l'autre. Le thérapeute doit donc contenir ses impulsions, maintenir une équidistance entre les impulsions du patient et ses propres prohibitions et agirs, et aider le patient à comprendre et à résoudre lui-même ses conflits. C'est la position dite de neutralité du thérapeute à laquelle s'ajoute les efforts pour s'allier à la partie saine du patient (Moi observateur du patient).

Deuxièmement, Kernberg et ses collaborateurs recommandent l'intégration des réactions contre-transférentielles dans le processus interprétatif, à partir de l'élaboration des différentes identifications projectives mises en œuvre dans le transfert. S'appuyant sur l'excellent travail de Racker (1957), Kernberg identifie deux types d'interprétation que pourrait élaborer un thérapeute dans une identification concordante, ou complémentaire, à l'un des pôles de la dyade objectale en jeu chez le patient. Ainsi, dans une réaction contre-transférentielle concordante, l'interprétation serait influencée par le fait que le thérapeute, en même temps que le patient, éprouverait des affects similaires à celui-ci ou partagerait des cognitions analogues à celles du patient dans une identification à une représentation de l'objet ou du sujet. Dans une réaction contre-transférentielle complémentaire, l'interprétation serait influencée par le fait que le thérapeute ressentirait, en même temps que le patient, des affects ou imaginerait des intentions opposées à ce que le patient ressent ou imagine.

Quoiqu'il en soit, en identifiant les éléments placés en lui, le thérapeute a un accès direct à une partie du monde interne du patient. Le défi du thérapeute consiste à identifier les éléments qui proviennent du patient, tout en les distinguant de ceux qui lui sont propres, et à intégrer le contenu acquis de cette analyse dans le processus interprétatif.

Le GAC

En se fondant sur ce modèle théorique, nous avons élaboré une grille d'analyse du contre-transfert (GAC). Cette grille vise à relever le défi de l'identification du monde interne du patient à partir des réactions du thérapeute en vue d'élaborer un processus interprétatif. La grille spécifie un ensemble d'activités mentales qui révèlent les multiples formes de réaction contre-transférentielles et indique des pistes pour éviter certains écueils et mener à des découvertes fructueuses. La

reconnaissance par le thérapeute de son style privilégié d'activités mentales pave la voie à une meilleure prise de conscience de soi-même, et à l'exploration d'avenues nouvelles de réflexion par rapport à son patient. Pour les chercheurs, la grille offre la possibilité de mesurer l'importance du travail du contre-transfert et son lien avec l'efficacité thérapeutique. La grille sera présentée plus loin.

L'activité mentale du thérapeute impliquée dans le travail du contre-transfert

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le travail du contre-transfert passe par la prise de conscience des différentes activités mentales dans lesquelles s'engage le thérapeute, à partir de ses réactions contre-transférentielles. Ces prises de conscience, occasionnelles et plus ou moins longues, faites en séance, s'apparentent à un processus de dédoublement de la personnalité où, tout en écoutant le patient, le thérapeute se réfugie mentalement dans son expérience du patient et de lui-même. C'est sûrement ce processus qui avait fait dire à Jung (1948) que la réussite d'une thérapie dépend du plein engagement du thérapeute, même si cet engagement entraîne une perturbation inévitable de sa santé mentale, à cause de son identification au patient.

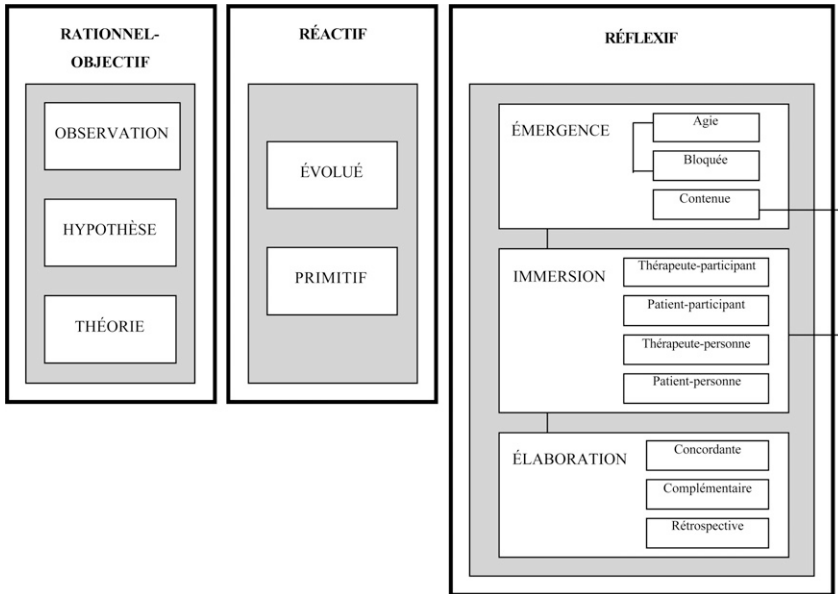
Le construit d'activités mentales du thérapeute découle de ses processus mentaux impliqués dans l'écoute du discours du patient, des réactions internes que ce discours déclenche chez le thérapeute, et de la transformation par le thérapeute de ce discours, et de ses propres réactions, en représentations cognitives et en ressentis affectifs du monde interne du patient. Les activités mentales du thérapeute réfèrent à ses efforts pour lier des affects ou des représentations mentales intolérables ou impensables pour le patient [éléments β , au sens de Bion (1965, 1970, 1983)], au développement de son propre « appareil à penser des pensées », à la capacité du thérapeute à symboliser, puis à rendre au patient les pensées sous une forme assimilable (éléments α).

Ce construit est mesuré au moyen de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC), développée par Normandin (1991) et dont le manuel de cotation a été révisé par Normandin et Dubé (1998) et Normandin et al. (2004). La figure 1 présente le synopsis du construit d'activités mentales. Chacune de ces activités sera reprise séparément.

Activité mentale rationnelle-objective (RAT)

La GAC distingue trois types d'activité mentale. L'activité mentale rationnelle-objective (RAT) témoigne d'une mise à distance affective du thérapeute. Ce dernier observe les comportements du patient, écoute son

Figure 1
Synopsis de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC)



discours et réfléchit à l'aide d'un cadre objectif. Certains associent difficilement cette activité à un travail des réactions contre-transférentielles. De notre point de vue, le choix du cadre objectif pour observer et écouter le patient révèle une disposition transférentielle du thérapeute. Ainsi, par exemple, les thérapeutes qui adhèrent à l'approche cognitive-comportementale écoutent le discours manifeste du patient, alors que ceux d'obédience psychodynamique écoutent le discours latent. Donc, à la base de ce travail du contre-transfert, les thérapeutes appliquent des filtres qui révèlent leur style, voire leur personnalité. À un autre niveau, le travail du contre-transfert implique le maintien d'une certaine réalité objective. En faisant délibérément obstacle à son affectivité, le thérapeute valide le contenu de ses réactions contre-transférentielles à partir de données consensuelles. Ces données proviennent du sens commun ou sont déjà reconnues dans la littérature spécialisée sur la question, par exemple, les différentes dyades susceptibles d'être activées par des patients limites (voir Clarkin et al., 2006, p. 51). Le thérapeute les confronte et les organise alors en hypothèses de travail. En somme, cette activité rationnelle-objective s'apparente au phare qui protège le marin en mer, durant la tempête ou en eau calme.

Activité mentale réactive (REAC)

L'activité mentale réactive, second type d'activité mentale contre-transférentielle, réfère aux réactions internes inconscientes qui faussent le processus inférentiel. Le thérapeute s'implique en tant que sujet, éprouve des réactions affectives ou cognitives. Cependant, devant l'émoi suscité par ses réactions, le thérapeute met en œuvre, à son insu, des mécanismes qui visent à expulser de sa conscience ces réactions ou à s'en défendre, au lieu de les explorer. On reconnaît facilement la définition classique du contre-transfert selon laquelle le thérapeute, en se défendant contre l'angoisse suscitée par le transfert du patient (ou de toute autre forme d'angoisse qui peut être déclenchée en séance), confond l'origine de ses réactions en les attribuant au patient, les nie, voire les agit. Selon la nature des défenses et des affects à l'origine de la réactivité du thérapeute, cette activité mentale peut s'organiser autour de contenus mentaux primitifs (REAC-P) ou évolués (REAC-E) qui, ultimement, révèlent davantage la réalité interne du thérapeute que celle du patient.

Activité mentale réflexive (RÉF)

Le troisième type, l'activité mentale réflexive, réfère à un effort partiel ou soutenu de contenir, d'imaginer et d'élaborer mentalement les réactions contre-transférentielles. Un cycle complet de réflexivité se compose de trois étapes, soient l'émergence, l'immersion et l'élaboration, chacune de ces étapes représentant un niveau de prise de conscience supérieure à celle qui la précède et pouvant mener à différentes interventions.

Émergence. Lors de l'émergence, les réactions contre-transférentielles se présentent au thérapeute sous la forme de tensions, de signaux affectifs, d'images, de portions de rêves ou de souvenirs diffus et peu spécifiques. En d'autres termes, ce sont les *pensées momentanées* qui font partie de l'expérience contre-transférentielle que Reik (1949) décrivait déjà dans ses travaux de pionnier³. Une prise de conscience de ces réactions peut le mener à agir, bloquer ou contenir celles-ci. L'émergence agie (EM-A) se caractérise par une incapacité du thérapeute à résister à la pression de mettre en actes les désirs ou impulsions provenant de ses réactions internes, de ses pensées ou de ses fantaisies. Il tombe soit dans la réflexion abstraite à partir de ses réactions, ou soit dans la formulation de recommandations ou d'interprétations, rappelant les « interprétations sauvages » dénoncées par Freud (1910/1953). Le thérapeute verse ensuite dans des activités associées à l'activité mentale réactive. Lors de l'émergence bloquée (EM-B), le thérapeute ressent ses

réactions internes, mais elles sont vite bloquées, de sorte qu'il lui est impossible d'en comprendre l'origine ou la portée. Il passe alors rapidement à une autre réaction contre-transférentielle. Le thérapeute verse ensuite dans la réactivité. L'émergence contenue (EM-C) réfère aux efforts actifs et conscients du thérapeute à contenir, à s'attarder à ses réactions internes et à les envisager comme potentiellement utiles à la compréhension de l'expérience du patient. S'il envisage une intervention, elle est plus contenue bien que peu spécifique.

Immersion. Lors de l'immersion, le thérapeute s'engage dans une exploration soutenue des réactions qui surgissent à son esprit en s'y immergeant consciemment, souvent en alternance, selon l'un ou l'autre des quatre projets intentionnels suivants : a) l'immersion thérapeute comme participant (IMM-TPa), b) l'immersion patient comme participant (IMM-PPa), c) l'immersion thérapeute comme personne (IMM-TPe) et d) l'immersion patient comme personne (IMM-PPe). L'immersion IMM-TPa se caractérise par une attention du thérapeute à ses réactions immédiates en tant que participant de la situation transférentielle. L'immersion IMM-PPa se veut une exploration de l'expérience immédiate du patient, en tant que participant de la situation transférentielle. L'immersion IMM-TPe se produit lorsque le thérapeute s'attarde à imaginer son expérience passée ou présente, en tant que personne ou thérapeute. L'immersion IMM-PPe se reconnaît quand le thérapeute imagine et explore ce que le patient peut avoir vécu dans le passé, ou peut expérimenter dans une situation actuelle de sa vie. Plusieurs reconnaîtront dans ce va-et-vient constant entre le patient et le thérapeute, ce que Fliess (1942) appelait le métabolisme psychique actif du thérapeute ou l'identification transitoire à l'essai. Celui-ci résumait cette séquence analytique en quatre phases : 1) Le thérapeute est l'objet d'une pulsion du patient ; 2) il s'identifie au patient en introjectant le matériel instinctif ; 3) le thérapeute devient lui-même à la fois sujet et objet, c'est-à-dire que les conflits transférentiels du patient deviennent transitoirement des conflits intrapsychiques du thérapeute ; 4) après en avoir fait en quelque sorte l'expérience (« tasted »), le thérapeute projette de nouveau la pulsion sur le patient, et se trouve en possession d'une connaissance intérieure de la nature du conflit. Le thérapeute acquérait ainsi, selon Fliess, la base émotionnelle pour formuler son interprétation. Ce processus pourrait correspondre à l'empathie, si celle-ci pouvait se concevoir comme une succession fluide d'introjections et de re-projections.

Élaboration. Finalement, l'élaboration est une poursuite de la description des réactions du thérapeute, élaboration qui a commencé

avec l'immersion et qui se conclut par la proposition d'un sens ou d'une compréhension dynamique de ce qui a été éprouvé ou imaginé. Ce processus d'élaboration des réactions contre-transférentielles peut aboutir à trois formes d'élaboration. 1) L'élaboration est dite concordante (ELAB-Conc), [pour emprunter la terminologie de Racker (1953) et reprise par Kernberg (1965 ; 1993)], lorsque le thérapeute conclut que ce qu'il a découvert de son expérience du transfert du patient correspond à ce qu'a pu vivre le patient dans le passé, ou à ce qu'il vit présentement dans la situation transférentielle. 2) L'élaboration complémentaire (ELAB-Comp) résulte de la contrepartie de ce que le patient a pu ressentir dans le passé, ou de ce qu'il ressent actuellement. Dans les deux cas, le thérapeute prétend avoir saisi un aspect du répertoire de dyades objectales du patient, une explication étant que ce dernier aurait tenté d'amener le thérapeute à se sentir selon le pôle concordant ou complémentaire de cette dyade⁴. 3) Enfin, l'élaboration rétrospective (ELAB-Ret) est une mise à jour d'une réaction inconsciente chez le thérapeute qui interférait jusque-là avec une compréhension juste du patient. En d'autres termes, le thérapeute se rend compte qu'il a erré, et qu'il doit reconsidérer la nature et l'origine de ses réactions contre-transférentielles.

Nous reprenons maintenant certaines des activités mentales décrites dans cet article, pour en démontrer l'utilité dans le travail des réactions contre-transférentielles évoquées par une patiente qui affiche un trouble limite de la personnalité, et qui est traitée depuis trois ans à partir des principes thérapeutiques du TFP.

Madame F. nous a été référée par un collègue qui l'avait vu sur une période de près d'un an. Il avait dû interrompre le traitement en raison des efforts multiples de la patiente pour le contrôler et l'intimider. Notamment, elle exigeait que le thérapeute s'assoie à au moins dix pieds d'elle, sinon elle lui tournait le dos recroquevillée sur elle-même, ou elle se tailladait les poignets avec une petite lame. Elle exigeait que le thérapeute demeure assis lorsqu'elle quittait le bureau car son regard l'incommodait. Ayant été souvent vue errant aux alentours du bureau de consultation en dehors de ses heures habituelles de consultation, le thérapeute avait fait intervenir les policiers lorsqu'elle avait pris position sur les marches de l'édifice pour ingurgiter des comprimés. Devant la menace d'une interruption du traitement, elle s'était soumise à la recommandation du thérapeute de rencontrer un psychiatre. Le thérapeute souhaitait également qu'on révise sa médication prescrite pour dépression. La consultation avec le psychiatre s'était soldée par un diagnostic de troubles limites de la personnalité, avec décompensation

psychotique et traits manipulateurs. Ce diagnostic traduit bien la confusion et la frustration que ces patients engendrent la plupart du temps. Dans les faits, elle s'était présentée à l'entrevue avec le psychiatre en prétendant ne pas être celle qui devait être là. Elle était entrée dans un état de rage lorsque le psychiatre l'avait confrontée à ses agirs envers son thérapeute. Elle s'était alors enfuie de la séance après avoir invectivé le psychiatre d'insultes tout en lui disant qu'elle allait se suicider pour qu'il puisse vraiment sentir sa détresse.

À notre première rencontre, Madame F. se présente en adoptant un ton de voix enfantin, refusant de nous donner la main, tout en feignant la gêne. Elle nous informe rapidement que son thérapeute a dû interrompre son traitement car il était devenu malade, songeant même à abandonner la profession. Cette dernière éventualité nous ayant été communiquée confidentiellement par notre collègue, nous étions surprise que la patiente possède cette information. Notre première réaction fut de penser qu'elle était très perspicace, comme la majorité de ces patients, capables de confronter le moindre signe de fatigue chez l'autre et capables aussi de le faire agir (et avouer dans ce cas-ci) contre son gré.

[Cette première réaction est de type rationnelle-objective (RAT). Nous nous référons à une observation courante concernant le pouvoir de manipulation et de contrôle des patients limites. Cette tendance à faire agir l'autre correspond souvent chez le patient à un besoin de contrôle. Le passage à l'acte du thérapeute correspond, en contrepartie, à ses efforts pour se soustraire à ce contrôle ou à la mise en œuvre d'une contre-identification projective (Grinberg, 1962, 1979). Nous avons alors élaboré l'hypothèse d'un désir de contrôle chez cette patiente tout en nous recommandant la plus grande vigilance].

Si le contenu issu de cette activité mentale RAT fût validé à plusieurs reprises au cours du traitement de cette patiente, il n'en demeurerait pas moins qu'à elle seule, cette activité mentale ne nous informait guère sur le type de contrôle que voulait exercer cette patiente et sur la dyade transférentielle qui s'était activée dans notre relation. L'agacement que nous avons ressenti en observant la patiente nous raconter l'issue de son traitement avec notre collègue, et ce tout en arborant un léger sourire, nous fournissait une piste d'exploration d'une dyade activée au premier contact avec nous. Résistant à la tentation de confronter la patiente sur ce sourire

[ce qui aurait pu être assimilé à une émergence agie (EM-A) si notre intention avait été d'amener ce comportement à la conscience de la patiente afin qu'elle puisse l'explorer; ou encore à une activité mentale réactive de

type évoluée (REAC-É) si notre intention avait été là d'éviter l'inconfort, ou encore plus difficilement avouable, à une réactivité primitive (REAC-P), si cette intention avait été de dénoncer malicieusement ce sourire qui traduisait un manque flagrant d'empathie chez la patiente tout en étant aveugle à notre propre manque d'empathie en confrontant la patiente de cette façon],

nous avons décidé de contenir notre réaction

[ce qui correspond à une émergence contenue (EM-C)].

Nous nous sommes dès lors efforcé à décrire avec plus de clarté cette réaction d'agacement provoquée par le sourire de la patiente. Une série d'activités d'immersion nous a amené à spécifier notre expérience subjective et celle de la patiente. Premièrement, nous nous sommes demandé pourquoi la patiente était si empressée de nous parler de l'abandon par son thérapeute. Bien sûr, c'est souvent le thème le plus sensible chez les patients limites [*activité RAT*]. Par ailleurs, le sourire qu'elle dissimulait nous laissait plutôt croire qu'elle se plaisait à penser qu'elle était parvenue à épuiser son précédent thérapeute

[ce qui correspond à une immersion en tant que patient personne (IMM-PPe) dans la mesure où on décrit l'expérience passée de la patiente]

et que tout était mis en place pour qu'elle triomphe à nouveau, mais cette fois-ci sur nous [ce qui correspond à une immersion patient participant (IMM-PPa) dans la mesure où on s'identifie à l'essai à l'expérience de la patiente face à nous].

L'exploration de notre réaction contre-transférentielle d'agacement en tant que thérapeute qu'on veut dominer nous a fait prendre conscience de sentiments de rage, d'impuissance voire d'asservissement

[en somme une immersion thérapeute participant (IMM-TPa)].

Ayant mis en relief une représentation de la patiente manifestant un désir de toute-puissance, capable d'exercer un contrôle sadique sur l'objet, lequel se retrouve impuissant, totalement asservi et rageur, nous avons pu spécifier le besoin de contrôle de cette patiente, ce qui n'avait pas été possible par une activité RAT, et mieux comprendre l'expérience qu'avaient dû vivre (voire subir) les intervenants qui avaient tenté de l'aider.

[La formulation du fonctionnement de cette dyade cachée correspond à une élaboration complémentaire (ELAB-Comp) dans la mesure où la patiente, et nous, ressentions des sentiments opposés qui se complétaient par ailleurs].

Par la suite, nous avons eu la possibilité de mettre à jour une autre dyade chez la patiente, une relation objectale plus manifeste, s'activant

par l'adoption de comportements d'enfant et un discours de même niveau. La patiente cherchait de toute évidence à établir une relation dans laquelle elle serait une victime meurtrie et souffrante, dont le développement s'était même arrêté (IMM-PPa) et nous, dans cette relation nous étions l'objet capable de compassion infinie, d'une grande compréhension et de tolérance (IMM-TPa), cette dyade était gouvernée par des sentiments d'idéalisation et des désirs d'une relation exclusive.

[Cette dernière élaboration est considérée concordante (ELAB-Conc) dans la mesure où les deux représentations, d'elle-même et de l'objet, coïncident au niveau d'un besoin de protection].

Sur le plan dynamique, nous avons alors élaboré l'hypothèse selon laquelle la seconde dyade plus manifeste constituait une défense contre la première plus troublante et conflictuelle pour la patiente.

Un an plus tard, nous avons été à même de valider l'origine probable de cette organisation dyadique. Considérée comme une excellente pianiste, ayant donné des concerts à un niveau national et enseignant la musique dans un collège privé, elle avait cessé de jouer du piano presque au début de nos séances. Lors d'une rencontre, elle nous informa qu'elle pratiquait un concerto particulièrement difficile de Rachmaninoff. Surprise (et ravie: *REAC-E*), nous nous sommes informée de la raison de ce changement soudain (*EM-A*). Au lieu de répondre, elle afficha une moue d'enfant et se recroquevilla sur elle-même. Nous retranchant dans nos pensées à la recherche d'un sens à ce comportement, nous avons été surprise par une pensée troublante associée à une impulsion sexuelle, et qui plus est, envers une enfant c'est-à-dire notre représentation de la patiente à ce moment précis (*EM-C*). La surprise était d'autant plus grande qu'il n'avait jamais été question d'abus sexuel dans l'histoire de la patiente. Nous n'avions jamais envisagé et encore moins exploré cet aspect chez elle, même si l'abus est considéré comme un élément étiologique important chez les patients limites (*RAT-Hyp*). La raison en était sûrement que la patiente origine d'une famille de professionnels (son père est chirurgien et sa mère enseignante), révélant ainsi un point aveugle chez nous (*REAC-E*). Gardant à l'esprit que le matériel pouvait provenir tout autant d'une fantaisie de notre part, que d'une réalité du passé, nous sommes intervenue en disant à la patiente que sa réaction donnait à penser que notre question l'avait agressée, et comme elle semblait acquiescer, nous avons ajouté voire sexuellement

(Intervention provenant d'une émergence contenue).

Non sans difficulté, et après avoir admis avoir pensé que l'intérêt que nous portions à sa reprise du piano masquait en fait notre désir

sexuel envers elle, elle révéla avec effroi avoir subi des abus sexuels étant jeune enfant de la part de son père. Ces abus étaient commis lors de ses pratiques de piano. Encensant ses talents, il lui répétait être sa préférée. L'idéalisation de la relation transférentielle prenait tout son sens, et défendait bien l'accès à une identification à l'agresseur où elle soumettait sadiquement l'autre à son tour.

La recherche empirique sur le contre-transfert

Les recherches empiriques sur le construit de contre-transfert (ou activités mentales du thérapeute comme nous les avons conceptualisées) sont plutôt rares. L'absence d'un modèle intégratif et cohérent de ce phénomène complexe a probablement ralenti les progrès dans l'étude de ce construit. Par ailleurs, un examen des publications portant sur l'étude empirique du contre-transfert révèle que les efforts ont surtout porté sur des processus cognitifs telles les attentes, les inférences et la complexité cognitive (Goodyear, 1979 ; Holloway et Wolleat, 1980 ; Strohmmer et al., 1990), ou sur les attitudes et positions théoriques face à sa reconnaissance et à son emploi en clinique (Mendelson et al., 1992). Quant aux composantes affectives du contre-transfert, elles ont été ou ignorées ou considérées comme trop complexes ou controversées pour que l'on s'y intéresse de façon opérationnelle. C'est essentiellement de façon indirecte, soit par le biais du concept d'empathie, que certaines études ont été réalisées, bien que de notre point de vue, ces recherches n'explorent pas la complexité du phénomène.

Pour notre part, une série de travaux empiriques ont été réalisés à partir de la GAC dont la majorité impliquait le travail des réactions contre-transférentielles auprès d'adultes souffrant de troubles sévères de la personnalité ou des adolescents (Dubé, 1999 ; Lecours et al., 1995 ; Normandin, 1991 ; Normandin et Bouchard, 1993 ; Parent, 2004). Voici en substance les principaux résultats.

De façon générale, l'activité mentale dominante des thérapeutes est de type réflexif (69 % de l'ensemble des réactions, toutes orientations théoriques confondues). De plus, les thérapeutes novices démontrent des taux d'utilisation de la réflexivité supérieure à ceux des thérapeutes experts qui, eux, ont présenté plus de réactivité. Alors que ce résultat semble étonnant, il a été révélé que les experts présentent par contre des taux d'élaboration (ELAB) plus élevés que les novices. Nous croyons avoir identifié un profil de fonctionnement réflexif de haut niveau dont les caractéristiques sont les suivantes : capacité du thérapeute à atteindre des niveaux élevés d'élaboration réflexive (*ELAB-Conc*, *ELAB-Comp*) ; capacité à se laisser réagir (*REAC-Evol*, *EMER-A* ;

EMER-B); capacité à être suffisamment flexible pour reconsidérer le contenu de cette dernière réactivité (*ELAB-Ret*). Ce profil pourrait être associé à une plus grande efficacité thérapeutique. Enfin, il est possible d'améliorer le travail des réactions contre-transférentielles à l'aide d'une supervision étroite portant sur le développement du fonctionnement réflexif des thérapeutes, ou par une psychothérapie personnelle.

Conclusion

De nos jours, on ne conçoit plus la thérapie comme un phénomène où le thérapeute agit en simple miroir, étant effacé et non impliqué — tant cognitivement qu'affectivement — dans le processus, mais comme une interaction dans laquelle le thérapeute participe activement (Viderman, 1982). De plus, on conçoit une part importante des réactions contre-transférentielles comme un reflet des aspects de la problématique du patient. Celles-ci donnent des informations sur le sens latent du discours manifeste du patient, dans la mesure où le thérapeute est disposé (consciemment et inconsciemment) à les tolérer et à en prendre compte. Une telle conception de la thérapie est pertinente pour le travail fait auprès des patients souffrant de troubles sévères de la personnalité. Pour être réalisée, elle implique toutefois que le thérapeute doit apprendre à porter une attention particulière à ses réactions internes afin de développer une compréhension plus juste de la relation objectale activée chez le patient.

NOTES

1. Grille d'analyse du contre-transfert.
2. Traduction du terme anglais «totalistic» même si la langue française recommanderait le terme totalitaire.
3. Reik exhorte les thérapeutes à rester alerte et à prêter attention (avec la «troisième oreille») aux signaux que constituent des modifications fines de leur état affectif et cognitif, en se dégageant de l'emprise inhumaine de «l'objectivité» et en réintroduisant une sensibilité humaine dans l'écoute du patient.
4. Le thérapeute TFP se concentre surtout sur la dyade qui se manifeste dans le moment présent car il assume que bien que le passé ait une grande influence sur la structure psychologique actuelle les images du passé réel ont pu être altérées au cours du développement par des processus inconscients.

RÉFÉRENCES

- BION, W. R., 1965, *Transformations*, Heinemann, Londres.
- BION, W. R., 1970, *Attention and interpretation*, Tavistock, Londres.
- BION, W. R., 1983, *Une théorie de l'activité de pensée*, Presses universitaires de France.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F., 2006, *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington.
- DUBÉ, J. E., 1999, *L'activité mentale du thérapeute sur les descriptions parentales faites par des adolescents présentant des troubles de conduite : Validation d'instrument et applications*, thèse inédite, Université Laval, Québec.
- EPSTEIN, L., FEINER, A., 1979, Countertransference : the therapist's contribution to treatment, *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 282-303.
- FERENCZI, S., 1953, The control of countertransference in Rickman, J., ed., *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, Basic Books, New York, 186-189.
- FLIESS, R., 1942, The metapsychology of the analyst, *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 211-227.
- FREUD, S., 1958, The future prospects of psychoanalytic therapy, in Strachey, J., ed., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 11), Hogarth Press, London, 141-151.
- GARFIELD, S. L., BERGIN, A. E., 1986, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3^e éd.), Wiley, New York.
- GOODYEAR, R. K., 1979, Inference and intuition as components of empathy, *Counselor Education and Supervision*, 18, 214-222.
- GRINBERG, L., 1962, On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification, *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 436-440.
- GRINBERG, L., 1979, Countertransference and projective counteridentification, *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 2, 226-247.
- HEIMANN, P., 1950, On countertransference, *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- JUNG, C. G., 1948/1980, *La psychologie du transfert*, Albin Michel, Paris.

- KERNBERG, O., 1965, Notes on countertransference, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- KERNBERG, O., 1976, *Object Relations and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O., 1984, *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven, CT.
- KERNBERG, O., 1993, *Chronic vs. acute Countertransference*, Communication présentée au 38^e congrès de l'International Psychoanalytic Association, Amsterdam, Pays-Bas.
- 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, 259-279.
- MENDELSON, R., BUCCI, W., CHOUHY, R., 1992, Transference and countertransference : A survey of attitudes, *Contemporary Psychoanalysis*, 28, 364-390.
- NORMANDIN, L., 1991, *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutiques*, thèse inédite, 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.
- PARENT, K., 2004, *Bénéfices respectifs de deux modèles de formation à la pratique clinique et influence de variables de personnalité et de variables liées à l'ajustement émotionnel sur l'activité mentale de futurs psychothérapeutes*, thèse inédite, Université Laval, Québec.
- REIK, T., 1949, *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*, Farrar, Straus and Company, New York.
- RACKER, H., 1953, The countertransference neurosis, *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 313-324.
- RACKER, H., 1957, The meanings and uses of countertransference, *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- RACKER, H., 1968, *Transference and Countertransference*, International University Press, New York.
- STROHMER, D. C., SHIVY, V. A., CHIODO, A. L., 1990, Information processing strategies in counselor hypothesis testing : the role of selective memory and expectancy, *Journal of Counseling Psychology*, 37, 465-472.

TANSEY, M., BURKE, W., 1989, *Understanding Countertransference : From Projective Identification to Empathy*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.

WINNICOTT, D. W., 1949, Hate in the counter-transference, *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-75.

ABSTRACT

The Countertransference Rating System (CRS): a tool to analyse countertransference in the treatment of severe personality disorders

This paper introduces the central role of countertransference reactions in the treatment of borderline patients in transference focused psychotherapy developed by Otto F. Kernberg. The Countertransference Rating System is presented to illustrate the diversity of the therapist's mental activities involved in his attempts to process and use reactions call to mind by borderline patient. A clinical example is presented as such as empirical evidence in support of the usefulness of the CRS and of the importance of processing countertransference reactions.

RESUMEN

El Cuadro de Análisis de la Contratransferencia (GAC): cuadro de análisis de la contratransferencia en el tratamiento de los trastornos graves de la personalidad

Este artículo pone de relieve el papel central de las reacciones contratransferenciales en el tratamiento de pacientes límite, según el enfoque focalizado sobre la transferencia de Otto F. Kernberg (TFP : Transference Focused Psychotherapy). Se presenta un cuadro de análisis de la contratransferencia (GAC) para describir la diversidad de las actividades mentales con las que el terapeuta se compromete para comprender y lograr utilizar las reacciones que provocan en él estos pacientes. Se presenta un ejemplo clínico para demostrar la utilidad del GAC en el trabajo de las reacciones contratransferenciales evocadas por una paciente que presenta un trastorno de personalidad límite. Algunos datos de la investigación apoyan la importancia del trabajo de las reacciones contratransferenciales.

RESUMO

Sistema de análise da contra-transferência: sistema de análise da contra-transferência no tratamento dos transtornos graves da personalidade

Este artigo coloca em evidência o papel central das reações de contra-transferência no tratamento de pacientes *borderline*, segundo a abordagem focada na transferência de Otto F. Kernberg (TFP: Transference Focused Psychotherapy). É apresentado um sistema de análise da contra-transferência (grille d'analyse du contre-transfert - GAC) para descrever a diversidade das atividades mentais nas quais o terapeuta se introduz para compreender e chegar a utilizar as reações que estes pacientes suscitam nele. Um exemplo clínico é apresentado para demonstrar a utilidade da GAC no trabalho das reações de contra-transferência evocadas por uma paciente que apresenta um transtorno de personalidade *borderline*. Alguns dados de pesquisa vêm apoiar a importância do trabalho destas reações de contra-transferência.