

Les leçons de Cléopâtre ou réflexions sur le contre-transfert et les états-limites

The lessons of Cleopatra or reflections on counter-transfer and borderlines

Hélène Richard

Volume 14, numéro 1, juin 1989

Le vieillissement (1) et La recherche psychosociale et ses enjeux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031486ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031486ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Richard, H. (1989). Les leçons de Cléopâtre ou réflexions sur le contre-transfert et les états-limites. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 35–44.
<https://doi.org/10.7202/031486ar>

Résumé de l'article

L'auteure examine certains enjeux contre-transférentiels du travail psychothérapeutique avec les patients-limites. Plus particulièrement, elle étudie les enjeux contre-transférentiels liés, d'une part, au mode de communication de ces personnes, marqué par l'identification projective, d'autre part, à leur mode de relation, caractérisé par le désir de fusion et ses angoisses et à leur mode de pensée, influencé par l'utilisation abondante du mécanisme de clivage. L'auteure esquisse ensuite une réflexion sur l'économie narcissique et les conditions de durée du couple patient-thérapeute. Elle illustre ses dires de vignettes cliniques tirées de son travail avec une de ses patientes, Cléo, qui lui a inspiré le présent article.

Les leçons de Cléopâtre ou réflexions sur le contre-transfert et les états-limites¹

*Hélène Richard**

L'auteure examine certains enjeux contre-transférentiels du travail psychothérapeutique avec les patients-limites. Plus particulièrement, elle étudie les enjeux contre-transférentiels liés, d'une part, au mode de communication de ces personnes, marqué par l'identification projective, d'autre part, à leur mode de relation, caractérisé par le désir de fusion et ses angoisses et à leur mode de pensée, influencé par l'utilisation abondante du mécanisme de clivage. L'auteure esquisse ensuite une réflexion sur l'économie narcissique et les conditions de durée du couple patient-thérapeute. Elle illustre ses dires de vignettes cliniques tirées de son travail avec une de ses patientes, Cléo, qui lui a inspiré le présent article.

C'est une patiente, prénommée ici Cléo, qui m'a inspiré l'idée d'écrire cet article. Elle venait de m'annoncer sa décision de prendre un congé de maladie et j'avais commenté cette triste nouvelle en disant que j'imaginai combien cette décision devait la décevoir et l'inquiéter. Elle répartit : «C'est toujours plus facile de parler des autres, n'est-ce pas ? Et qu'est-ce que ça vous fait à vous d'apprendre, après deux ans de travail avec moi, que je ne me sens plus capable d'aller à mon boulot?»

Encore une fois, Cléopâtre avait eu le nez long. Oui, c'était moi aussi qui me sentais déçue et inquiète pour elle ; et, non, je ne lui ferais pas part des remises en question que cette nouvelle provoquait en moi. Mais je décidai, après cette séance, qu'un jour je m'en ouvrirais à quelqu'un, que j'écrirais sur ce que «ça fait» au thérapeute de travailler avec des patients-limites.

Elle ne fut pas facile à mettre à exécution, cette décision. Je me disais que le contre-transfert concerne un vécu transitoire et si variable d'un thérapeute à l'autre, d'un patient à l'autre — ou d'une séance à l'autre avec le même patient — qu'il me serait difficile d'en parler en des termes authentiques et généraux à la fois. Et écrire à propos de quel contre-transfert ? Du vôtre, collègue lecteur-trice ? Je ne le connais pas. Du mien ? J'avais le goût de reculer en alléguant qu'il s'agissait là d'un sujet bien

intime pour être dévoilé en public. Par ailleurs, j'avoue que les êtres comme Cléo, qu'on dit «limites» sont, parmi les personnes avec qui il m'est donné de travailler, celles qui m'angoissent et m'émeuvent le plus, celles à propos desquelles j'ai le plus souvent le goût de raconter : les raconter, me raconter, nous raconter. C'est donc avec un plaisir certain que j'ai relevé, à ma façon, le défi que m'avait lancé Cléo et que je tenterai de livrer ici mes réflexions sur le contre-transfert et les états-limites.

Après avoir délimité le sens que je donnerai ici aux concepts de contre-transfert et d'états-limites, je me propose d'examiner certains enjeux contre-transférentiels dans la rencontre thérapeutique avec les «borderlines», particulièrement les enjeux liés aux modes de communication, de relation et de pensée de ces patients ; puis j'esquisserai une réflexion sur l'économie narcissique et les conditions de durée du couple client-thérapeute. Je me suis inspirée, pour ce faire, d'auteurs appartenant surtout à l'école britannique de psychanalyse, d'échanges que j'ai eus avec certains collègues et de mon expérience personnelle.

Définitions

États-limites

Les théoriciens contemporains, et notamment Kernberg (1967) et Masterson (1975, 1982), ont tendance à désigner sous le vocable «borderline» une

* L'auteure, Ph.D. en psychologie, est psychothérapeute et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal,

personnalité-limite (c'est-à-dire ni psychotique ni névrotique) au fonctionnement psychique stabilisé et caractérisé par une propension à l'utilisation des processus primaires de pensée, par une dépression de type anaclitique et par l'utilisation contre celle-ci de défenses archaïques, telles que le clivage et ses dérivés. Sans m'objecter à cette théorisation, je considère cependant plus commode pour le travail clinique l'utilisation du concept d'«états-limites», car il a le mérite d'englober dans sa désignation le mode de fonctionnement psychique transitoire de certaines personnes névrotiques en situation de crise.

Une façon de définir ces états-limites, et qui est celle que je me propose d'utiliser ici, est de les identifier comme des états dans lesquels une personne est particulièrement vulnérable à l'intérieur d'une relation duelle. Elle ressent, en effet, à l'égard de l'autre, non seulement un attrait objectal mais aussi des besoins de qualité narcissique, fusionnelle, qui la plongent tantôt dans des paniques agoraphobiques d'abandon, tantôt dans des angoisses claustrophobiques d'envahissement. Ces états portent la marque et les cicatrices de l'époque lointaine où le tout petit enfant apprenait à concilier les sentiments violents et contradictoires qu'il éprouvait à l'égard de ses objets parentaux, à un moment où son identité n'était pas encore complètement distincte de la leur ; donc, à un moment où il éprouvait encore partiellement ses objets d'amour et de haine comme des parties de lui-même, des «objets-soi» dont la présence réelle était essentielle à sa survie. Ces états cicatriciels sont, par transfert, revécus dans la relation thérapeutique et viennent solliciter le contre-transfert du clinicien.

Contre-transfert

Pour délimiter la notion de contre-transfert, je me réfère à la définition qu'en donne Paula Heilmann (1950, 1960) et qui désigne la communication entre l'inconscient du thérapeute et celui de son patient, communication que le clinicien décode en prêtant attention aux pensées, fantasmes, émotions, sensations qui surgissent en lui en présence de son patient. J'endosse aussi le point de vue de Neyrault (1980), pour qui le concept de contre-transfert comprend, de surcroît, la grille théorique, les valeurs professionnelles et sociales avec lesquelles le clinicien accueille son patient et écoute son discours.

Cette définition n'est pas anodine et m'apparaît particulièrement pertinente au travail avec les patients-limites.

En effet, le concept de «borderline» est un territoire nosologique mal défini, situé aux confins de trois états puissants : le social, le psychiatrique et le criminologique. Il désigne ce personnage dérangeant, qui ne se laisse classer ni dans l'univers diagnostique et médicamenteux de la psychose ni dans celui de la névrose et qui occasionne discordes et problèmes d'identité professionnelle chez les psychanalystes. Ce type de patient réagit mal, en effet, à la technique analytique traditionnelle ; son cas nécessite qu'on y ajoute certains paramètres pour tenir compte des aspects narcissiques de son transfert. Ces modifications techniques font l'objet de controverses entre les théoriciens, qui se demandent si la psychanalyse est toujours elle-même, c'est-à-dire psychanalytique, quand elle élargit ainsi sa technique ou si elle n'est pas en train de dériver de sa vocation première pour devenir psychothérapie. Ces discordes théoriques amènent le clinicien, lui, à se demander s'il est toujours psychanalyste ou devenu psychothérapeute bien intentionné, quand il se soucie des «craquements moïques» chez son patient et cherche à soulager l'angoisse psychotique que ceux-ci provoquent, plutôt que de se restreindre, comme le voudrait l'approche traditionnelle, à débusquer les fantasmes inconscients, les angoisses morales suscitées par les pulsions libidineuses et agressives de l'Oedipe.

Parler ainsi de «patient dérangeant» et de psychanalyse «ouverte» ou «à la dérive» témoigne d'une attitude contre-transférentielle à l'égard des états-limites, et peu importe qu'on dénonce ou se fasse complice de ce dérangement, qu'on soit contre la dérive ou pour l'ouverture, que la réalité nous donne tort ou raison. Cette façon de dire illustre aussi, pour moi, certains des enjeux de la rencontre avec ces cas-frontières qui savent si bien nous amener sur leur terrain : celui de l'identité, du trop près, du trop loin, du trop vite et de leur angoisse.

Enjeux contre-transférentiels

Je me propose ici de réfléchir à l'impact sur le thérapeute de trois caractéristiques des patients-limites, soient : 1) leur mode de communication marquée par l'identification projective ; 2) leur

mode de relation dominée par le désir de fusion et ses angoisses, et 3) leur mode de pensée déterminée par une utilisation abondante du mécanisme de clivage. Cette division est, bien sûr, arbitraire et sujette à recouvrements, car c'est avec une personne de chair et de souffrance, complexe et changeante comme nous-mêmes, avec laquelle nous avons rendez-vous dans nos bureaux et non avec des modes et des caractéristiques. Ma formulation n'est donc pas anodine ; je m'y sou mets car elle m'est commode, (j'oserais même avancer qu'elle *nous* est commode) en ce qu'elle aide à créer, par aseptisation scientifique des mots et centration sur les caractéristiques de l'autre (le patient), une distance qui permet de parler publiquement d'expériences émotives parfois fort intenses que nous vivons dans le secret de nos bureaux.

L'identification projective : mode de communication

L'identification projective est un mécanisme de défense conceptualisé par Klein (1946) et qui consiste à projeter dans une autre personne une partie de soi-même, puis à tenter de contrôler cette personne afin qu'elle se comporte comme la partie de soi déposée en elle ; par contraste avec le mécanisme de projection, l'identification projective n'empêche pas le sujet de continuer à éprouver les sentiments liés à la partie de soi attribuée à l'autre, ce qui lui donne l'illusion d'être proche de l'autre, de bien la deviner. L'identification projective, par les tentatives de contrôle exercées sur l'autre, autant que par le contenu souvent négatif de la projection, préside habituellement à l'instauration d'une relation d'objet dominée par l'hostilité.

Voici, aux fins d'illustration, un exemple de ce mécanisme qui m'avait frappée à l'époque parce qu'il était similaire à une vignette clinique citée par Ogden (1979) :

Durant son congé de maladie, Cléo était souvent en retard dans le paiement mensuel de ses séances et me mettait dans la situation de devoir lui rappeler qu'elle me devait de l'argent. Cléo me payait, mais toujours avec des remarques sarcastiques sur mon attachement à l'argent, ce qui me mettait mal à l'aise car, d'une part, je me reconnaissais un amour du confort qu'apporte l'argent et, d'autre part, j'étais au courant de sa situation peu fortunée. Je laissai passer des fins de

mois, espérant qu'elle me payerait spontanément quand elle le pourrait, mais en vain : je devais toujours lui rappeler ses retards de paiement. Les diverses tentatives d'interprétation de cette conduite étaient sans effet et ne faisaient que m'attirer des remarques ironiques sur mon amour exagéré de l'argent et sur la nature financière de l'intérêt que je portais à mes patients. Ceci, jusqu'au jour où je m'entendis rétorquer : « Mais quel mal y a-t-il à désirer recevoir l'argent qu'on a honnêtement gagné ? ».

Cette remarque laissa Cléo bouche bée ; elle demeura silencieuse un très long moment, visiblement en proie à de multiples émotions contradictoires. Puis, progressivement, elle commença à se remémorer tout un aspect de son enfance jusqu'ici laissé dans l'ombre et qui fit l'objet de plusieurs séances subséquentes : celui de la petite fille peu fortunée qu'elle avait été et qui souhaitait avoir les mêmes jouets que ses petits voisins, puis, plus tard, les mêmes crayons, effaces et autres instruments de travail scolaire que ses compagnes. Ses parents, probablement peinés de ne pas avoir les moyens financiers de lui accorder ce qu'elle leur demandait, lui en faisaient porter le poids en lui répondant qu'elle était déraisonnable, qu'elle faisait preuve d'ingratitude en les mettant dans la situation odieuse de devoir lui opposer des refus.

C'est ce désir culpabilisé des biens matériels qu'elle projetait sur moi et tentait de me faire assumer en me mettant dans la situation de devoir lui demander de l'argent, puis en me reprochant mon avidité.

Les patients-limites utilisent souvent ce mécanisme comme mode de communication. Ils dialoguent alors avec leur interlocuteur non en l'informant des émotions qu'ils ressentent mais en les lui faisant éprouver à leur place ; ce qui fait de l'autre le dépositaire de sentiments qui ne lui appartiennent pas. C'est ce phénomène qui a inspiré à Meltzer (1971) l'expression « le sein-toilette » pour désigner la fonction contenant que doit remplir le thérapeute auprès de son patient régressé.

Paula Heimann (1966) attribue l'identification projective, comme phénomène contre-transférentiel, à un retard perceptuel chez le thérapeute ; celui-ci, en effet, ne reconnaîtrait pas la nature transférentielle des dires de son patient et introjecterait l'attitude de ce dernier à un moment où il est en train

de revivre, en inversant les rôles, ses expériences passives d'introjection d'une mère intrusive et rejetante. C'est ainsi que nous vivons parfois comme nôtres des sentiments ou des pensées qui, en fait, appartiennent au patient.

Qui ne s'est pas, en effet, au moins une fois, senti envahi par la culpabilité au cours d'une entrevue, pour prendre conscience, après coup, qu'il n'avait pas pensé, dit ou fait ce dont le patient l'avait accusé?

Rosenfeld (1978) décrit le fonctionnement de certains patients-limites aux prises avec un sur-moi tyrannique. Ces derniers tentent d'expulser hors d'eux-mêmes cette tyrannie en la projetant sur la personne du thérapeute, dont toute intervention, dans ces moments, est ressentie comme persécutante; ces patients adressent alors au clinicien de violents reproches tout en se plaignant d'être incompris de lui, comme s'ils tentaient vainement de faire entendre un message. Ces reproches, malgré leur aspect caricatural, ajoute l'auteur, comportent toujours un élément de réalité que le thérapeute se doit de déceler par l'examen de son contre-transfert.

C'est ici qu'entre en action l'aspect empathique et intrusif de l'identification projective. Les patients-limites ont, en effet, le nez long de Cléopâtre et n'adressent pas les mêmes reproches injustifiés à tous leurs interlocuteurs. Même si ces reproches sont le fruit d'une projection, c'est-à-dire d'une distorsion de la réalité, ils sont aussi la résultante de l'exquise sensibilité de ces personnes à l'inconscient d'autrui et leurs plaintes se greffent habituellement sur un trait réel de la personnalité du thérapeute qui se sent à la fois intimement touché et injustement traité.

En ce sens, on pourrait dire que le patient-limite viole le thérapeute dans ses défenses, en le pressant de reconnaître en lui-même l'existence de sentiments ou fantasmes «fous», c'est-à-dire archaïques, contradictoires avec son fonctionnement psychique habituel et qu'il maintenait hors du champ de sa conscience. Si le patient-limite se montre ainsi sans compromis là où les autres ont le bon goût de fermer les yeux, de se faire complices de l'inconscience de leur interlocuteur, c'est aussi, je crois², outre les caractéristiques de son fonctionnement psychique, parce qu'il cherche à se faire reconnaître comme humain dans sa «folie». Il demande que son thérapeute l'accepte non par bonté, mais

oserais-je dire, par fraternité, c'est-à-dire parce qu'il reconnaît en lui-même l'existence possible de mêmes moments de folie.

Ce mode de communication primitive utilisant l'identification projective comme médium suscite chez le clinicien, on l'imaginera facilement si on ne l'a pas déjà éprouvé soi-même, des sentiments intenses et variés, de même que des réactions devant la montée en soi de ces émotions. C'est ici que le contre-transfert devient un outil de travail au sens fort du terme. Le thérapeute doit être suffisamment à l'aise avec lui-même pour se laisser toucher, manipuler par son patient, et pour tolérer d'éprouver sans s'en défendre les angoisses, émotions, fantasmes ou pensées que ce dernier suscite en lui; car c'est par cet éprouvé et son élaboration qu'il pourra le mieux le comprendre et lui fournir les mots pour nommer et donner sens à un vécu jusqu'alors inconscient et aliénant. Cela est, évidemment, beaucoup plus facile à dire qu'à faire.

Searles (1981) parle de la culpabilité que peut engendrer chez le clinicien l'expérience de violents sentiments de haine ressentis à l'égard de ces patients et des réactions défensives auxquelles donnent lieu ces émotions, si contradictoires avec un certain idéal thérapeutique. Cette culpabilité, par exemple, pourrait nous amener à être défensivement plus patients, compatissants et, par le fait même, aveugles au plaisir sadique, à la haine et à l'ambivalence à guérir que ces patients tentent de nous communiquer à leur façon.

Par ailleurs, en tolérant de ressentir notre haine (ou l'amour du luxe et la déception narcissique qu'avait si bien intuitionnés Cléo dans les exemples cités plus haut) sans rien y faire, c'est-à-dire sans la nier ni l'agir, nous donnons au patient l'occasion d'intérioriser, pourrait-on dire, le spectacle d'une haine reconnue et vécue de façon non destructrice pour soi-même et pour autrui. Nous remettons ainsi à l'autre la haine qu'il avait déposée en nous, mais c'est une haine modifiée par son séjour dans notre intérieur que nous lui remettons, une haine pouvant maintenant être perçue comme moins dangereuse et, donc, peut-être utilisable à des fins constructives.

En demandant ainsi à son thérapeute de contenir des émotions à sa place, en le plaçant dans la situation d'être le contenant de ses impulsions, le patient-limite n'est-il pas, d'ailleurs, en train d'élaborer, de consolider son propre contenant psychi-

que³ par mouvements alternatifs de projections et de réintrojections, selon le rythme respiratoire de tout développement psychique ? L'identification projective, mode de communication évacuatif de contenus psychiques dérangeants, serait donc aussi mode de façonnement par manipulation extérieure d'un contenant psychique à réintérioriser en même temps que les contenus bonifiés par leur séjour dans un autre intérieur.

Le désir de fusion et ses angoisses : mode de relation

Les relations interpersonnelles du «borderline», caractérisées, comme on l'a vu plus haut, par un investissement non seulement objectal mais aussi narcissique d'autrui, sont souvent dominées par des angoisses d'abandon et / ou par une crainte de l'intimité vécue comme une intrusion menaçant son intégrité narcissique. Ces sentiments sont revécus transférentiellement dans la relation thérapeutique, dont l'intimité sera tour à tour crainte et désirée.

Lors de ses premières démarches auprès du thérapeute, le patient-limite manifeste souvent, en effet, de très grandes attentes à l'égard de ce dernier ; il l'idéalise comme celui qui devinera tout et dont la science aura le pouvoir d'extirper rapidement de lui sa souffrance et de lui rendre le goût de vivre. Mais dès que le clinicien lui manifeste son intérêt en acceptant de travailler avec lui, la réticence commence à poindre chez lui sous forme de fantaisies inquiétantes, où l'autre s'intéresserait à lui pour des raisons suspectes (par exemple : pendant une période de temps, Cléo craignit que je ne m'intéresse à elle que pour son argent ou pour son sexe), ou bien utiliserait son pouvoir d'influence à des fins qui lui seraient aliénantes (par exemple : durant cette même période, Cléo crut également que j'ambitionnais de la guérir de sa bisexualité pour pouvoir m'enorgueillir de ce supposé succès thérapeutique). Cette inquiétude, qui annonce la venue des angoisses d'envahissement, sera suivie plus ou moins rapidement d'une dévaluation du thérapeute devant la défaillance inévitable du pouvoir de guérison qui lui avait été magiquement attribué.

C'est probablement ce qu'éprouvait Cléo quand elle me criait, paniquée par la montée de symptômes psychotiques transitoires : «Je savais que vous n'étiez pas très bonne parce que vous ne

chargez pas très cher et je me disais que vous mettriez plus de temps à me guérir. Mais là, non seulement vous ne m'aidez pas mais vous m'empirez ! C'est une question de vie ou de mort pour moi, vous savez ! Je vais aller me chercher une autre thérapeute plus compétente... Cela fait trois mois que je dis ça et je suis encore ici...»

Flux et reflux ; trop près, trop loin ; trop près, trop vite ; trop chaud, trop froid ; manque d'air, trop d'air ; trop serré, trop relâché ; séduction et abandon ; rejet et intrusion. Ainsi se scande le travail thérapeutique, où le patient-limite tente de rejoindre la personne derrière le personnage du clinicien, pour lui faire vivre ce qu'on lui a déjà fait vivre, car c'est sa façon à lui de se souvenir tout en évitant de se rappeler parce que ça fait trop peur, trop mal.

Quel thérapeute n'a pas, au moins une fois, dérogé à sa politique d'horaires, d'honoraires ou d'abstinence, mû qu'il était par sa culpabilité, par son impuissance devant la souffrance de l'autre ? Quel clinicien n'a pas, au moins une fois, baillonné par des explications, des interprétations rationalisantes l'insupportable douleur qu'on lui donnait à entendre ? Qui d'entre nous ne s'est pas, au moins une fois, retrouvé petit enfant seul et effrayé sous le poids qu'on lui donnait à porter ?

Contenir le désespoir du patient et le nôtre, sa rage et la nôtre, son angoisse et la nôtre ; le laisser trouver ses mots, son rythme en étant là, à la distance émotive qui lui convient selon la fluctuation rapide de son fonctionnement psychique ; tel est un des défis contre-transférentiels les plus difficiles du travail avec les patients-limites.

Searles (1977) parle de la mégalomanie défensive du clinicien, (ce «complexe du sauveur» si bien connu dans notre métier), qui l'amène à former un couple symbiotique avec son patient, où ce dernier serait la moitié malade, dépendante et lui, la moitié saine, protectrice qui parviendrait à guérir l'autre sans son aide. Mégalomanie réactive à d'insupportables sentiments d'impuissance devant la souffrance d'autrui. Anzieu (1983), lui, évoque deux attitudes contre-transférentielles devant l'angoisse suscitée par le mode de relation des patients-limites : la formation réactionnelle, c'est-à-dire les envahir de notre sympathie sans vraiment les entendre, et la distanciation, c'est-à-dire nous réfugier dans un silence résigné et distrait en attendant qu'ils veuil-

lent bien devenir raisonnables et «commencer à travailler».

C'est ainsi, qu'à notre insu, nous sommes parfois amenés à faire revivre au patient, avec ou sans sa complicité, ce qu'il a déjà vécu dans son enfance : le «trop près, trop loin» d'une présence intrusive et rejetante. «Trop près», parce que l'autre fait résonner en nous l'écho d'angoisses d'abandon, d'émotions primitives apeurantes qu'il nous faut étouffer par gavage, surprotection; «trop loin», parce que nous ne pouvons même pas, pour le moment, laisser résonner en nous cet écho.

Le clivage: mode de pensée

Le clivage désigne ce phénomène psychique par lequel le Moi se divise en parties juxtaposées et étanches où cohabitent, sans qu'elles ne puissent s'influencer, des pensées et des émotions contradictoires à l'égard d'un même objet et de soi-même.

C'est sans doute ce mode de pensée qu'utilisait Cléo, fillette récemment endeuillée de son père, quand, selon ses dires, elle répondait à sa mère : «Je sais bien que papa est mort, mais quand est-ce qu'il rentre souper?».

Selon Klein (1968), ce mode de fonctionnement psychique est dû, au début, à l'immaturité intégrative du nourrisson qui l'empêche d'appréhender simultanément divers aspects d'un même objet. C'est ainsi qu'il scinde la perception qu'il a de sa mère en deux personnages distincts et indépendants l'un de l'autre : une bonne mère (un bon objet) qui lui procure du bien-être et qu'il aime, et une mauvaise mère (un mauvais objet) qui le frustre et qu'il déteste. Une bonne fée et une sorcière. Le clivage a pour effet bénéfique de permettre au tout-petit d'idéaliser sa mère et de la percevoir comme un objet protecteur, dont la toute-puissance saura le protéger contre les attaques d'objets persécuteurs. Il contribue ainsi à l'édification des fondations de sa confiance en la bonté de la vie et en ses capacités d'y vivre heureux.

Si, cependant, comme il arrive souvent dans la petite enfance des futurs «borderlines», de trop nombreuses défaillances de la mère empêchent l'enfant de réaliser cette scission rassurante, il percevra cette dernière comme un objet bon mais faible, qui risque de ne pouvoir le protéger contre les attaques des persécuteurs, ni se protéger contre ses propres attaques enfantines, c'est-à-dire contre la rage et les

fantasmes destructeurs suscités en lui par les défaillances maternelles. Situation paniquante, où l'enfant risque de se trouver livré aux objets persécuteurs sans protection suffisante, ou bien de détruire sa mère dans un accès de rage et de se retrouver sans aucune protection. Cette défaillance du premier clivage sécurisant entraînera, selon Klein, une utilisation défensive de ce mécanisme dans le but de bonifier la mère; son emploi excessif affaiblira cependant le Moi de l'enfant en le fragmentant en visions partielles et déformées de ses objets d'amour et de haine, de même que des sentiments qu'il éprouve à leur égard. Vision dichotomique, absolutiste et rapidement fluctuante du monde extérieur, de son univers intérieur et des relations qu'il entretient entre les deux.

Le patient-limite reproduit ce mode de pensée en blanc et noir, «tout-bon» ou «tout-mauvais» dans sa relation avec le clinicien. En effet, on a vu plus haut qu'il tend à reproduire une relation de dépendance vitale avec ce dernier et à le percevoir comme un personnage tout-puissant, qui refuse de le faire bénéficier de son pouvoir thérapeutique. Les attaques envieuses contre le bon objet frustrant sont revécues dans le transfert, créant des clivages violents qui conduisent le patient à une confusion psychique où les qualités du bon objet (par exemple : les bonnes interventions du thérapeute) sont ressenties comme mauvaises, ses défauts (par exemple : la surprotection du clinicien), comme bienfaisants, et où il valorise ses défenses contre son besoin d'utiliser l'aide du thérapeute; car il confond ce dernier avec le bon objet de jadis, qui s'est avéré source de trop grande souffrance.

Qui d'entre nous ne s'est pas un moment découragé devant la dévaluation constante de ses interventions par son patient réfugié, selon Rosenfeld (1976), dans les illusions omnipotentes de son narcissisme mortifère? Qui d'entre nous n'approuve pas Winnicott (1963) quand il écrit qu'avec ce type de patient, il est difficile et épuisant de survivre comme bon-objet-qui-n'exerce-pas-de-représailles?

De l'avis de tous, le travail clinique avec les cas-frontières est difficile et la tentation de leur en faire porter le blâme peut être grande. Si Neyrault (1980) a pu écrire que le transfert névrotique n'est identifié comme résistance que lorsqu'il vient déranger le contre-transfert du thérapeute, ne peut-on pas penser que nous sommes parfois tentés de qualifier

d'inaptes au traitement ceux dont le transfert narcissique vient ébranler notre propre narcissisme ?

Et, pourtant, il est indispensable de se familiariser avec ce mode de pensée issu du clivage et de ses dérivés et d'aider les patients-limites à l'élaborer, car il s'agit là d'une défense contre l'éprouvé de très douloureux sentiments dépressifs de type anaclitique, sentiments qui sont au cœur du mal à vivre de ces patients. Or, notre expérience de cliniciens nous enseigne qu'on ne peut reconnaître chez l'autre des sentiments ou phénomènes psychiques qu'on n'a pas d'abord reconnus et acceptés d'éprouver en nous-mêmes. Se confrontant avec des enjeux de vie et de mort psychiques tout en composant avec la réalité quotidienne, les patients-limites nous convient donc à élargir les limites de notre conscience, c'est-à-dire à explorer les fondements archaïques de notre propre identité et à nous confronter au deuil sans cesse à refaire de la mère fusionnelle en nous, de son enfant merveilleux et de leur union toute-puissante ; ceci, avec tous les frissons, («thrills») selon l'expression de Balint (1977), angoisses et réticences qu'une telle invitation peut provoquer. Le thérapeute qui l'accepte risque de sortir changé de cette aventure, enrichi d'un outil thérapeutique plus raffiné, soit son vécu subjectif, son contre-transfert.

L'économie narcissique

Le thérapeute risque de sortir enrichi de l'aventure thérapeutique avec les patients borderlines, viens-je d'écrire ; pourtant, à la relecture, mes propos me semblent subtilement geignards. Ne me suis-je pas, en effet, plainte, sous mille et une formes, de combien il est difficile de se sentir bon thérapeute avec les patients-limites, de combien est élevé le prix de nos succès thérapeutiques ? Pourtant, rien ni personne d'autre que moi-même ne m'oblige à travailler avec eux ni à en faire mes patients préférés, comme je l'ai pourtant déclaré au début de cet article. Donc, comment clarifier cette ambiguïté contre-transférentielle ? Cléo, que j'ai invoquée à moult reprises, sans toujours vous le dire, pendant l'écriture de ce texte, Cléo, devenue mon égérie, me suggère de le faire en vous proposant trois citations d'origines différentes mais qui se voient dans ma pensée. Ces citations mettent en lumière les retombées narcissiques du travail clinique et

leur importance sur la durée du couple patient-thérapeute.

La première provient d'une jeune étudiante que l'expérience de la souffrance psychique a rendu précocement lucide. Elle écrit :

«J'ai souvent interrompu ma thérapie personnelle, dans des mouvements de rage violente pour faire mal à ma thérapeute ou parce que j'étais découragée qu'elle ne me comprenne pas. Mais j'y suis toujours retournée et elle a toujours accepté de me reprendre. Je crois que ce qui est le plus important dans une thérapie, c'est d'être en amour avec sa thérapeute ; c'est, en tout cas pour moi, plus important que les erreurs qu'elle a pu commettre et que toutes les conneries que j'ai faites et que je continue à faire»... «Il est important pour moi de vous dire», poursuit-elle plus loin, «qu'il m'arrive encore de me sentir malade, surtout quand je suis seule, mais je me suis rendue compte que lorsque je suis en présence d'une autre personne malade, je me sens moins malade ; c'est pour cela, je crois, que je veux devenir clinicienne».

Cette étudiante décrit en termes très simples, me semble-t-il, deux conditions de durée du couple thérapeute-patient : d'une part, qu'au-delà des difficultés réelles suscitées par la pathologie de son patient, le clinicien reconnaisse qu'il a besoin de ce dernier, qu'il lui fait du bien, lui aussi ; d'autre part, qu'il sache se laisser aimer.

Mais, peut-être, est-ce énoncer les choses trop simplement, les histoires d'amour et de haine étant toujours plus compliquées qu'elles ne le semblent à première vue. Je vous propose donc de compléter cette première citation par une deuxième, tirée d'un extrait de l'œuvre de Balint (1977), où celui-ci tente de décrire l'ambiance des rencontres cliniques avec les cas-frontières.

...(Dans ces rencontres), dit-il, «tout touche l'analyste de bien plus près, il éprouve une certaine difficulté à maintenir son attitude habituelle de passivité empreinte de sympathie et d'objectivité ; en fait, il est constamment menacé de se laisser impliqué subjectivement sur le plan affectif...»

Balint décrit là, me semble-t-il, l'impact sur le thérapeute du mode de communication utilisé par le patient-limite, c'est-à-dire l'éprouvé du sentiment d'urgence, de détresse et d'abandon que ce dernier

lui communique. Mais ne décrit-il pas aussi la menace de se laisser aspirer par une fascination, une réaction passionnelle à l'égard de son patient? La tentation du déraisonnable, celle de mettre fin à l'exil, à la solitude du métier de thérapeute, la tentation de répondre à l'appel de la fusion si réconfortante? En fait, Balint n'est-il pas en train de faire allusion à l'existence d'un contre-transfert passionnel, en appel et en écho au transfert passionnel du patient revivant avec nous les violents sentiments jadis éprouvés à l'égard de son premier objet? Un mirage, ou plutôt un contre-mirage qui superposerait sur la personne du patient la silhouette de celle qui fut la mère de notre prime enfance, celle qui entendit ou n'entendit pas l'urgence de nos appels, la violence de notre besoin d'elle, la rage et l'angoisse suscitées par son absence de réponse?

Si mon interprétation est juste, nous serions sans cesse menacés-ées de nous mettre à attendre de notre patient-limite une réponse qui symboliserait ou réparerait celle que nous avons reçue jadis. Cette attente, transformée en non-attente, c'est-à-dire en effort de neutralité bienveillante, serait un des motifs de notre persévérance dans le travail clinique, car elle aurait pour visée, à travers la guérison du patient, la réparation, la bonification de cette mère archaïque, afin que, dans notre fantasme, elle puisse de nouveau prendre plaisir à s'occuper de nous.

Winnicott (1963) parle avec éloquence du besoin de trouver réponse à nos efforts de réparation :

«Dans les stades initiaux du développement, s'il n'existe pas une figure maternelle sûre pour recevoir le geste de réparation, la culpabilité devient insupportable et la sollicitude ne peut être éprouvée. L'absence de réparation conduit à une perte de la capacité de sollicitude; elle est remplacée par des formes primitives de culpabilité et d'angoisse.»

«L'absence de réparation conduit à une perte de la capacité de sollicitude.» Ces paroles de Winnicott à propos des cas-frontières ne parlent-elles pas aussi de nous, d'une certaine façon? Plusieurs, en effet, affirment que l'idéal-du-moi du clinicien qui le pousse à vouloir réparer, guérir, faire triompher Eros sur Thanatos vient de sa propre angoisse dépressive et de son besoin de se réparer, lui et ses objets, à travers la guérison de l'autre. Pourquoi en serait-il autrement, puisque, selon Klein, la posi-

tion dépressive n'est jamais totalement maîtrisée chez l'adulte dit normal?

Cet idéal est cependant mis à rude épreuve par les patients-limites. Ces derniers, en effet, suscitent notre sollicitude, mais aussi notre haine, notre angoisse et nous devons, pourtant, tolérer longtemps notre «haine objective», selon l'expression de Winnicott (1964), sans rien y faire pour survivre aux attaques de notre patient, en tant que bon-objet-qui-n'exerce-pas-de-représailles, et pour lui permettre ainsi de nous utiliser à des fins de croissance.

Il arrive parfois que le praticien ressente un surplus «subjectif» de haine et d'angoisse difficile à contenir et qu'il recoure temporairement, comme son patient, à des défenses narcissiques. Il me semble que cette situation vient, au moins partiellement, du fait que le thérapeute, dans sa motivation personnelle à exercer ce métier, a déposé temporairement dans le patient ses objets endommagés (cette mère archaïque, entre autres) et qu'il tente de les réparer à partir de sa place de clinicien dans la relation thérapeutique. Il dépend alors du patient pour satisfaire son idéal et augmenter sa confiance en ses capacités réparatrices. Si tout va bien et que le patient progresse, le thérapeute, par identification, connaît des gratifications immédiates; il est plus libre de ressentir sa haine, puisqu'elle est contrebalancée par sa capacité démontrée de réparer. Si, cependant, le patient ne progresse pas, que sa méfiance et son envie l'amènent trop longtemps à détruire le travail thérapeutique, il risque de devenir persécutant pour le thérapeute et son idéal, et ce dernier, en se défendant, risque de perdre, non sa capacité de sollicitude, mais son aptitude à l'exploiter dans son travail avec ce patient particulier.

C'est ici que le tiers (superviseur, collègue, etc...) prend toute son importance. Il me semble que sa fonction est de reconnaître, à la place du patient qui ne le peut pas, l'effort réparateur et, par ses commentaires et son support, de permettre la réparation médiatisée qui réinstalle la sollicitude du thérapeute à l'égard de son patient. En somme, ne pourrait-on pas dire que, d'une certaine façon, ce tiers joue parfois auprès du thérapeute un rôle analogue à celui du premier tiers, le père? En effet, celui-ci, par l'importance qu'il revêt aux yeux de la mère, vient restreindre l'accès de l'enfant à cette dernière et ce faisant, rend viable la relation mère-

enfant en atténuant les risques contenus dans le fait d'être, ou de se croire, «tout l'un pour l'autre», c'est-à-dire en atténuant les angoisses d'envahissement et d'anéantissement de la relation duelle. Le tiers pourrait donc aider le clinicien à supporter la relation duelle avec son patient-limite, à renouer contact avec lui sur un mode qui pourrait rendre ce lien durable.

Ce qui nous permet cependant de perdurer dans le traitement de patients difficiles comme les cas-frontières, outre notre formation professionnelle et le support des tiers-collègues, réside surtout, selon moi, dans les deux facteurs suivants. Le premier consiste dans l'aide que le patient lui-même nous apporte en s'offrant comme surface de projection de notre propre souffrance, en témoignant de son courage de vivre, en nous donnant le bienfait de sa gratitude émouvante quand il se sent compris.

Le deuxième réside dans la qualité de notre amour à l'égard de nos propres objets internes. Dans la mesure où ceux-ci ne sont pas trop endommagés, nous pouvons, en effet, les déposer dans le patient et tolérer d'attendre longtemps, sans trop d'angoisse, qu'ils soient réparés. Nous pouvons aussi porter sans trop de crainte les objets que le patient, dans le transfert, dépose en nous. Dans la mesure, aussi, où nous sommes en sécurité dans notre capacité d'aimer, nous avons moins besoin d'idéaliser notre rôle professionnel, et courons ainsi moins de risques de nous sentir persécutés, et par notre patient et par notre idéal. Nous pouvons alors nous laisser aller davantage à ressentir le plaisir ou le bénéfice, quelle qu'en soit la nature, que nous éprouvons à nous retrouver en compagnie de notre patient.

Conclusion

Mise au défi par mon travail avec Cléo, j'ai tenté, dans un premier temps, d'examiner l'impact sur le travail du thérapeute de trois caractéristiques psychiques des patients «borderlines».

J'ai d'abord étudié leur mode de communication, marqué par l'identification projective, qui amène ces personnes à déposer dans leur thérapeute des parties d'elles-mêmes, puis à les réintrojecter, par identification avec le clinicien et la façon qu'a ce dernier de vivre ces parties projetées en lui. J'ai émis l'hypothèse que ce mode de communication

permet aux personnes-limites de consolider leur contenant psychique par un mouvement alternatif de projections et de réintrojections, et que ce mode est aussi pour elles une façon de demander d'être accueillies, même dans leurs moments de folie, en amenant le clinicien à éprouver ce qu'elles-mêmes éprouvent. J'ai ensuite souligné les réactions défensives contre l'éprouvé des sentiments de culpabilité, d'impuissance et de haine que suscite chez le clinicien le mode de relation de ces patients-limites, marqué par le désir de fusion et ses angoisses. J'ai enfin décrit le ralentissement du travail thérapeutique causé par leur mode de pensée caractérisé, entre autres, par une sur-utilisation défensive du mécanisme de clivage, de même que le danger des réactions contre-transférentielles négatives que ce mode de fonctionnement peut occasionner chez le thérapeute.

Mon étude s'est terminée, dans un dernier temps, par l'esquisse d'une réflexion sur les retombées narcissiques, chez le thérapeute, du travail clinique avec les patients-limites et il m'est apparu, entre autres, que ceux-ci nous confrontent aux épreuves de notre propre angoisse dépressive ; ils nous donnent l'occasion de retrouver en nous-mêmes l'enfant effaré par les conséquences de sa destructivité, de lui venir en aide et de lui faire éprouver les plaisirs créateurs de la réparation.

P.S. : Cléo m'a quittée, il y a quelques années, pour aller vivre dans une autre province, où la chance lui souriait côté cœur et côté travail. Quant à moi, est-il nécessaire de préciser que je tire encore profit des leçons qu'elle m'a données ?

Notes

1. Version modifiée d'une conférence donnée dans le cadre des Conférences scientifiques du département de psychiatrie de l'hôpital Charles-Lemoyne en décembre 1988.
2. Je dois la formulation de cette hypothèse à un échange verbal avec mon collègue, Monsieur Samuel Péreg, psychologue, psychothérapeute, professeur au département de psychologie de l'UQAM.
3. La formulation initiale de cette hypothèse est également l'œuvre de mon collègue, Monsieur Samuel Péreg.

Références

- ANZIEU, D., 1983, À la recherche d'une nouvelle définition clinique et théorique du contre-transfert in Sztulman, H., ed., *Le psychanalyste et son patient : études psychanalytiques sur le contre-transfert*, Privat, Toulouse.

- BALINT, M., 1977, *Le défaut fondamental*, P.B. Payot, Paris.
- HEIMANN, P., 1950, On Counter-Transference, *Int. J. Psa.*, 31, 81-84.
- HEIMANN, P., 1960, Counter-transference, *Br. J. Med. Psycho.*, 33, 9-15.
- HEIMANN, P., 1966, Comments on Dr Kernberg's paper, *Int. J. Psa.*, 47, 254-260.
- KERNBERG, O., 1967, Borderline personality organization, *J. Am. Psa. Ass.*, 15, 641-685.
- KLEIN, M., 1946, Notes sur quelques mécanismes schizoïdes in *Développements de la psychanalyse*, P.U.F., Paris.
- KLEIN, M., 1968, *Envie et gratitude*, Gallimard, Paris.
- MASTERSON, J.M., 1975, The Borderline syndrome and the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality, *Int. J. Psa.*, 56, 163-177.
- MASTERSON, J.M., 1982, *Counter-transference and the Psychotherapeutic Technique*, Brunner-Mazel, New-York.
- MELTZER, D., 1971, *Le processus psychanalytique*, Payot, Paris.
- NEYRAULT, M., 1980, *Le transfert*, Fil Rouge, P.U.F., Paris.
- OGDEN, T.H., 1979, On Projective Identification, *Int. J. Psa.*, 60, 357-373.
- ROSENFELD, H., 1968, Les aspects agressifs du narcissisme, *Rev. Fr. Psa.*, 13.
- ROSENFELD, H., 1978, Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients, *Int. J. Psa.*, 59, 215-221.
- SEARLES, H., 1977, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, Paris.
- SEARLES, H., 1981, Sentiments de culpabilité chez l'analyste in *Le contre-transfert*, Gallimard, Paris.
- WINNICOTT, D., 1963, Élaboration de la capacité de sollicitude in *Processus de maturation chez l'enfant*, P.B. Payot, Paris.
- WINNICOTT, D., 1964, La haine dans le contre-transfert in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, P.B. Payot, Paris.

SUMMARY

The author examines certain counter-transference stakes in psychotherapeutic work with borderline patients. Specifically, she looks at counter-transference linked, on the one hand, to these persons' mode of communication, marked by identity projection, and on the other hand, to their mode of relating, characterized by the desire to merge both their anxieties and their ways of thinking, influenced by abundant use of a splitting mechanism. The author then reflects on narcissistic economy and the length considerations for the patient-therapist pair. She illustrates her article with clinical vignettes from her work with one of her patients, Cléo, who inspired this article.