

# PSYCHODYNAMIQUE DU TRANSFERT AMOUREUX CHEZ LES ORGANISATIONS LIMITES<sup>1</sup>

Sébastien BOUCHARD<sup>2</sup>

## Résumé

Cet article propose une analyse théorique des instances où le transfert des organisations limites est marqué par des allusions à une demande ambiguë d'amour « réel » et de gratification sexuelle. L'accent est mis sur les enjeux contre-transférentiels et les avenues d'intervention possible. En particulier, une histoire de cas est présentée et permet d'introduire une définition des concepts clés. Les facteurs développementaux associés au transfert érotique ou érotisé ainsi que les facteurs reliés au thérapeute sont explorés. Enfin, les significations possibles du transfert amoureux sont présentées. Cet article vise à approfondir la compréhension du phénomène du transfert amoureux chez les patients présentant une organisation limite de la personnalité et d'élargir les pistes d'intervention envisagées.

## Summary

This article proposes a theoretical analysis of instances where patient with borderline personality organisation exhibit a transference marked by allusions to a need for « real » love from the psychotherapist or where sexuality is put forth as the only relational mode. Counter-transference issues are reviewed and possible interventions are proposed. A case history is presented and pertinent definitions are introduced. Developmental factors associated with erotic and erotised transference are explored. Finally, possible significations to love transference are presented. This article aims at helping the psychotherapist to get a deeper understanding of the psychodynamic issues related to erotic and erotised transference issues in borderline personality organisation.

## Mots-clés

Amour – Transfert – Facteurs développementaux – Thérapeute.

## Key-words

Love – Transference – Developmental factors – Therapist.

L'émergence de sentiments amoureux est aujourd'hui jugée comme une réponse naturelle à la situation psychothérapeutique (Koenigsberg *et al.*, 2000). Cependant, le type d'amour transférentiel des patients présentant une organisation limite de la personnalité (OL) a ceci de particulier qu'il s'entremêle invariablement à une mixture d'agressivité, d'attirance sexuelle et de fantasmes honteuses, difficiles à contenir (Kernberg, 1999). En effet, la puissance des sentiments transférentiels chez les patients présentant une OL est notoire (Kernberg, 1984; Masterson, 1976); le patient peut tenter d'agir ces désirs avec tant d'acharnement que l'on en vient parfois à soupçonner une perte de contact avec la réalité. Dépendant de l'intensité des sentiments de part et d'autre de la relation thérapeutique, plusieurs avenues d'agir contre-transférentiel se présentent au psychothérapeute (Pope, Sonne et Holroyd, 1993). Certains préfèrent mettre fin abruptement à la thérapie plutôt que de risquer de « se compromettre » plus longtemps dans ce qui leur semble une impasse thérapeutique. D'autres tentent de préserver la relation établie et arrivent à explorer avec le patient la signification de ses sentiments. Enfin, malheureusement, d'autres choisissent de céder aux pressions des fantasmes du patient et d'engager avec lui ou elle une réelle relation amoureuse à l'extérieur du cadre de la thérapie. C'est quand le thérapeute s'identifie à cette « erreur sur la personne » que la situation thérapeutique risque de devenir un lieu de revictimisation (Lapierre et Valiquette, 1989) et de fautes professionnelles graves.

Le transfert amoureux (TA) chez les OL, qu'il soit qualifié d'érotique ou d'érotisé (Blum, 1973), est souvent perçu par les thérapeutes de façon clivée; bien qu'il offre une opportunité de changement, il est aussi souvent pressenti comme un obstacle insurmontable. Le présent article propose une analyse théorique des instances où le transfert est marqué par de vagues allusions à un sentiment amoureux, à un désir du thérapeute, ou par des demandes claires et insistantes de gratifications sexuelles.

<sup>1</sup> Nous tenons à adresser nos sincères remerciements à André Renaud, psychanalyste membre du *Groupe d'étude sur les troubles de la personnalité* de l'Université Laval à Québec et au Dr Frank Yeomans, MD, Ph.D., du *Personality Disorder Institute du Weill Cornell Medical College* de New York pour leurs précieux conseils.

<sup>2</sup> Sébastien Bouchard, M.Ps., psychologue, Programme Clientèle des troubles sévères de la personnalité, Centre Hospitalier Robert-Gifford, Institut Universitaire, Québec (Canada).

Une lecture s'inspirant des théories des relations d'objet est privilégiée et un accent est mis sur certains enjeux contre-transférentiels associés à ces situations. Dans un premier temps, une histoire de cas permet d'illustrer certaines des définitions des concepts clés présentés par la suite. Ensuite, les facteurs développementaux associés au transfert érotique ou érotisé ainsi que les facteurs reliés au thérapeute sont explorés. Une revue des significations possibles du TA est présentée. Enfin, en s'appuyant sur une meilleure compréhension du phénomène à l'étude, le comment intervenir est exploré.

## HISTOIRES DE CAS

Historiquement, un cas de TA a fait école. Lorsque la femme de Josef Breuer devint jalouse de l'apparente inclination que portait son mari à Anna O., Breuer se sentit obligé de terminer le traitement. Suite à la grossesse nerveuse d'Anna O., Breuer devint tellement bouleversé qu'il abandonna sa patiente à Freud et offrit à sa femme jalouse une deuxième lune de miel (Jones, 1953)! A cette époque, aucun écrit psychanalytique n'avait encore porté sur l'émergence de tels sentiments chez l'analysé (encore moins chez l'analyste). En effet, c'est plusieurs années plus tard que Freud (1915) publia « Observations sur l'amour de transfert » (TA).

Au cours de nos recherches, plusieurs anecdotes nous ont été racontées : une analyste parlait d'une patiente présentant un trouble de personnalité limite complètement désespérée devant ses propres sentiments face à sa thérapeute ; elle ressentait pour elle une attirance sexuelle si forte qu'elle craignait que sa thérapeute ne l'abandonne si elle venait à découvrir ses sentiments. La patiente a longtemps gardé son secret, se punissant de ses sentiments par des automutilations répétées. Dans une autre situation, un patient entretenait un amour « sans bornes » pour une secrétaire enceinte travaillant auprès de la clientèle. Après une série d'insinuations qui avaient effrayé la secrétaire, au risque de mettre en scène et reconformer une partie du monde interne du patient, elle fut déplacée pour la fin de sa grossesse. Enfin, une patiente se disait ouvertement en amour avec son psychiatre et n'hésitait pas à déménager lorsque celui-ci était transféré d'une ville à l'autre et ce sur une période de plus de dix ans. Récemment, cette patiente a même postulé comme intervenante à la clinique où celui-ci tra-

vaille tout en insistant pour qu'en plus, son psychiatre « prenne sa fille » en traitement, fille qui se portait pourtant très bien. Aujourd'hui, tout contact avec ce psychiatre lui est systématiquement refusé. Toutes ces histoires colorées, et d'autres encore, sont venues alimenter nos réflexions sur les patients se disant en amour avec leur thérapeute. Une histoire de cas plus détaillée permet d'étayer notre propos. En effet, l'auteur du présent article a lui-même suivi sur une période de près d'un an une patiente « qui l'aimait trop », littéralement angoissée par la proximité et l'intimité inhérentes au travail psychothérapeutique.

## Présentation clinique et brève anamnèse

En entrevue préliminaire, M<sup>me</sup> L. consultait surtout parce qu'elle avait la profonde impression de fonctionner à un niveau inférieur à son réel potentiel. Cette femme nous tend nerveusement une main fine et moite en entrant dans le bureau. Elle était de belle apparence, grande et mince, malgré des vêtements très humbles, voire négligés. Très angoissée, elle manifestait une intensité dérangeante dans sa voix. Elle avait un ton aigu, un débit rapide et utilisait un vocabulaire laissant présager une intelligence supérieure à ce qu'elle avait accompli sur le plan scolaire. Elle présentait une grande agitation psychomotrice en entrevue, des difficultés à demeurer assise sans détourner le regard. De plus, à mi-chemin d'une réponse plus ou moins pertinente, elle oubliait rapidement le contenu des questions qui lui étaient adressées.

Comme adulte, la patiente n'a effectivement jamais actualisé le potentiel qu'on lui avait souligné à l'école secondaire. Elle n'a jamais gardé un emploi plus de quelques semaines en raison de colères incontrôlées et de son absentéisme chronique. Elle vit pauvrement et échange parfois des faveurs sexuelles contre des cigarettes, sans pour autant y voir une forme de prostitution. Elle se présente comme une surdouée déçue ne sachant que faire de sa vie. Elle ne rapporte pas de gestes suicidaires ou d'automutilations au long cours. Au dossier, trois évaluateurs arrivent à un diagnostic semblable. Manifestement, cette patiente présente une OL de la personnalité et rencontre les critères d'un trouble sévère de personnalité histrionique et limite. Elle présente sur l'axe I un trouble obsessionnel-compulsif impliquant des rituels de lavage (exemple : ses sous-vêtements) et de

vérification (exemple : retracer son rouge à lèvres à plusieurs reprises avant de pouvoir quitter son appartement pour un rendez-vous).

L'histoire longitudinale dépeint une enfant brillante à l'école primaire, dont le fonctionnement s'est gravement détérioré à l'adolescence. La présentation clinique laisse présager un passé d'abus sexuel mais rien de tel n'est rapporté à l'anamnèse. Elle avait environ quatre ans lorsque son père aurait fait une dépression majeure suite à un accident l'ayant laissé paraplégique. Aux dires de la patiente, elle était « la préférée, la princesse » de son père avant cet événement tragique. Suite à cet accident, le père paraplégique aurait sombré dans l'alcool et dans une profonde apathie. La patiente raconte avec nostalgie le temps où elle était la préférée de son père, où celui-ci la prenait sur ses genoux et lui faisait porter des casquettes de camionneur. Pour la patiente, tout a chaviré après l'accident, ce fut « la fin de son paradis ». Pour elle, toutes ses difficultés auraient commencé à ce moment-clé.

La mère est pratiquement absente du discours de la patiente. Cette absence d'évocation de la mère est jugée symptomatique dans la mesure où elle signifie que le père, bien que diminué par son accident, est demeuré présent et assumait tant bien que mal sa fonction paternelle. La mère semblait privée d'équivalent psychique dans l'esprit de sa fille, comme si l'une d'elles avait nié l'existence de l'autre.

Dès les premières rencontres, elle verbalise son appréhension sous forme de doutes quant à l'efficacité d'une certaine « mode » en psychiatrie voulant que plusieurs résidents et psychiatres croient en la valeur thérapeutique de contacts sexuels entre patient et thérapeute. Au premier abord, la patiente semble désirer et craindre à la fois la séduction du thérapeute et d'en subir les conséquences : être soumise, abusée ou contrôlée. Pour défendre ou clarifier sa situation, elle affirme n'éprouver qu'un « amour pur » pour son thérapeute. D'autre part, elle rapporte ses ébats amoureux de façon très impudique et insistante. Elle parle avec un langage ordurier de ses rapports sexuels avec son partenaire : « Il me baise comme si j'étais une truie, une salope. C'est un salaud ! Et en plus, il me refuse des cigarettes quand je lui en demande ! ». Dans les premières rencontres, l'état mental de la patiente oscille entre l'angoisse du silence régnant dans le cabinet, l'excitation de se sentir le centre de l'attention et un exhibitionnisme débridé. Elle arrive systématiquement en retard à ses rendez-

vous, tourne sur sa chaise, refusant parfois de s'asseoir face au thérapeute pendant de longs moments.

Assez tôt en thérapie, la patiente a de sérieux problèmes d'assiduité, ce qui compromet la continuité et l'intégrité du processus thérapeutique. Les quelques séances où elle se présente sont marquées par une grande agitation et ponctuées par de fréquents changements de sujet plutôt que d'explorer plus avant son discours. Le thérapeute pose un nouveau paramètre au cadre : demeurer assise pendant les entretiens et ne pas tourner le dos au thérapeute. Aux efforts d'exploration de ce dernier, la patiente répond (en interpellant le thérapeute par son prénom) : « C'est *ma* thérapie. J'ai besoin de parler de ça aussi ! (colère, silence...) Mais arrête-moi si je vais trop vite, c'est toi qui sais où on va (imploration) ». Suite à un événement fortuit, la relation thérapeutique, déjà très complexe (et compliquée pour le thérapeute débutant que nous étions), devient subitement « impossible » pour la patiente.

En effet, la patiente rencontre un jour le thérapeute dans un autobus de la ville et choisit de s'asseoir à ses côtés : « Bonjour ! Est-ce que je peux ? » (regard inquiet). Par peur d'avoir à lui faire vivre un rejet en public et à en subir les conséquences, le thérapeute préfère opiner de la tête et la laisser s'asseoir près de lui. Rendu à destination, il descend de l'autobus et la patiente s'empresse de prendre la place qu'il occupait. Le lendemain, sur le répondeur téléphonique, un message de la patiente en crise explique, en sanglots, qu'elle a été grandement perturbée par la chaleur du banc sur lequel elle s'était assise : « Hier, je t'ai vu fatigué, tu n'étais plus dans ton rôle de psychologue. Ton banc était chaud, c'était émouvant... Tu avais l'air d'un enfant. Je ne pourrai plus jamais reprendre ma thérapie avec toi. Je t'embrasse sur le front. Adieu ».

De son côté, le thérapeute tente une fois de plus d'analyser son contre-transfert. Une supervision continue n'arrive pas à suffisamment clarifier les enjeux psychodynamiques de cette situation inattendue. Le thérapeute est tantôt impressionné, tantôt apeuré par l'intensité de ses propres réactions. Il avait pris soin de descendre à la hâte à l'arrêt suivant celui se situant en face de sa demeure. De retour chez lui, il se sent fâché contre la patiente, il a le sentiment qu'elle s'est immiscée dans sa vie privée. Il l'imagine attaquer verbalement sa conjointe rencontrée par hasard sur la rue ou voire pire, avoir le culot de le suivre jusque chez lui et venir frapper à la porte de sa demeure, ayant trouvé où

il habite. Des sentiments de peur, de honte, de colère, d'impuissance et de curiosité se mélangent en lui. Une colère contre la folie de cette femme monte en lui, contre le côté contaminant, gluant et paralysant de son « amour », contre l'impuissance qu'elle arrive à lui faire vivre de semaine en semaine.

Était-ce évitable? Jusqu'à quel point le thérapeute a-t-il contribué inconsciemment à ce phénomène? Le désir de créer rapidement une alliance et de ne pas laisser échapper cette patiente l'a peut-être incité à une certaine séduction et ainsi a activé en elle ce qu'elle craignait le plus. Les moqueries de ses collègues s'informant de la situation de ce « nouveau couple » ne font que rendre la situation encore plus inconfortable. L'embarras du thérapeute l'amène malgré lui à se retirer affectivement de la relation et à lui servir en rafale des interprétations précoces et mécaniques. Il se sent coupable. Il sait que l'idéal est d'accepter l'aspect normal du désir de la patiente pour son thérapeute et de reconnaître, en les interprétant, la rage et la coercition présentes (Koenigsberg *et al.*, 2000). Mais la voie pour y parvenir demeure jonchée d'obstacles invisibles, hors de son contrôle.

Assailli par le doute, le thérapeute se remet profondément en question: « Suis-je un homme assez apte pour faire le travail de thérapeute que je prétendais jusqu'alors être capable de faire? ». Si ce sentiment contre-transférentiel fait contrepartie à la part de la patiente qui semble chercher désespérément un homme tout-puissant, une autre partie de son monde interne, plus insidieuse et inconsciente, semble vouloir détruire cet Autre tout-puissant et le rendre impotent. Malgré la supervision et les efforts pour maintenir la patiente en thérapie, celle-ci fut finalement suspendue en raison de ses absences répétées, comme le prévoit le cadre de traitement de la clinique où pratique le thérapeute. Celui-ci doit avouer qu'une part de lui a ressenti un certain soulagement face à cette issue malheureuse.

Dans le travail psychothérapique auprès de personnes présentant un trouble sévère de la personnalité, ce type de situation n'est pas anecdotique. Malgré la banalisation du phénomène par certains, banalisation qui cache mal un malaise, le TA chez les OL constitue un phénomène puissant. Il nous amène souvent à rapidement craindre l'impasse thérapeutique. Il y a une « erreur sur la personne » et le thérapeute peut en être très gêné, embarrassé. Il doute de lui, cherche sa responsabilité.

Fait-il quelque chose de trop ou d'insuffisant pour susciter l'avènement de ces sentiments embarrassants? Les émotions suscitées sont multiples et amènent diverses réactions défensives: peur, dégoût envers les manifestations d'amour du patient, dédain de la relation instaurée, impuissance et sentiment de paralysie, fantasme de rejet ou d'agression, excitation sexuelle en réaction à des allusions répétées, etc. Certains auteurs n'hésitent pas à parler de l'excitation sexuelle conscience et préconsciente que peut ressentir le thérapeute face à de telles situations (par exemple Gabbard et Wilkinson, 1994). Parfois, avouer l'inavouable représente une étape incontournable de l'analyse psychodynamique des impasses propres à ces situations. Peu importe la réaction, l'indifférence est impossible, intenable.

## QUELQUES DÉFINITIONS-CLÉS

Afin de mieux clarifier le contexte théorique de ce qui suit, certains termes doivent être définis. Nous proposons de clarifier la définition des termes suivants: TA, transfert érotique, transfert érotisé, espace analytique, perversion et perversité. Ces quelques clarifications nous serviront plus loin de pierre d'assise à l'analyse de l'histoire de cas présentée.

### Transfert amoureux

Le terme « transfert amoureux » est aujourd'hui rarement utilisé dans les écrits psychanalytiques contemporains. Cette appellation tire son origine des écrits de Freud (1915) et caractérise les patients qui manifestent ouvertement une affection ou un besoin d'amour pour leur thérapeute. Dans ce cas, il semble qu'il n'y ait généralement pas d'allusions à des fantasmes sexuels explicites. Freud décrit des patients qui se disent en amour avec leur thérapeute et qui réclament la réciprocité de ces sentiments. Les réactions contre-transférentielles de Freud l'incitaient à qualifier ce transfert d'« aveugle, irréaliste et infantile ».

Plus près de nous, des auteurs contemporains ont récupéré le concept de TA pour rendre compte de la différence entre un transfert empreint d'une réclamation de nourriture affective (« love ») et un transfert empreint d'une demande de gratifications sexuelles (« lust »). Gabbard (1994) insiste sur la distinction entre « love »

et « lust ». Il remarque que les psychothérapeutes n'ont pas les mêmes réactions contre-transférentielles face aux patients réclamant de l'affection, comparés aux patients infusant de l'érotisme dans la relation thérapeutique. D'autre part, des auteurs comme Koenigsberg et ses collègues (Koenigsberg *et al.*, 2000) soulignent l'aspect normal de l'apparition du TA : « L'amour est une réponse naturelle à la situation thérapeutique, et l'absence d'une telle réponse est le signe que quelque chose manque, soit dans la personnalité du patient, soit dans le traitement » (p.197). En effet, deux facteurs contribueraient à ce phénomène. Premièrement, les conditions de sécurité émotionnelle établies explicitement par le contrat de traitement et implicitement dans l'esprit du patient et du thérapeute sont propices au développement d'un attachement au thérapeute ; et deuxièmement, les gens tombent souvent amoureux d'une figure de pouvoir et d'autorité dans des contextes favorables à la régression (étudiante et enseignant, patient et infirmière, employée et patron, etc.). Cela dit, rappelons qu'avec les patients présentant une OL de la personnalité, l'apparition d'un attachement sécure, dénué d'avance sexuelle défensive entremêlée d'angoisse et d'agressivité, constitue un objectif distal, rarement atteint avant plusieurs années de psychothérapie dans des conditions optimales. Aussi, le TA, s'il ne renvoie aujourd'hui qu'à un amour plus pur et évolué, est un indicateur d'un niveau défensif moins primitif, plus propre à une organisation névrotique de la personnalité. C'est pourquoi nous renvoyons plutôt au continuum du transfert érotique tel que décrit par Blum (1973), le transfert érotisé étant d'après lui « une espèce spéciale » du transfert érotique.

### Transfert érotique et transfert érotisé

La distinction entre *transfert érotique* et *transfert érotisé* est précisément l'objet de ce texte. Blum (1973) et plusieurs auteurs après lui (par exemple Gabbard et Wilkinson, 1994) proposent l'existence d'un continuum d'intensité allant du transfert érotique au transfert érotisé. Le premier rappelle des aspects normaux du développement psychosexuel de l'enfant : le patient ressent une attraction pour son thérapeute, mais demeure capable de juger du caractère approprié ou inapproprié de ses sentiments, s'ils sont ou non partagés par le thérapeute. Les sentiments sont égodystones, l'épreuve de réalité est maintenue et la personne reconnaît le caractère incon-

venant de certains agirs. L'espace analytique (Ogden, 1986) est préservé, le patient et le thérapeute demeurent en mesure de réfléchir ensemble à ce qui se passe entre eux et perçoivent la limite entre le fantasme et la réalité, entre le littéral et le symbolique. Ce type de transfert se retrouve surtout chez les structures névrotiques et chez les OL (Kernberg, 1984) en phase avancée de psychothérapie.

Le transfert érotisé est plus fréquemment observé chez les personnes présentant une OL de la personnalité (Gabbard et Wilkinson, 1994), rarement chez les névrotiques. Le patient demande activement et avec insistance des gratifications affectives ou sexuelles, quitte à détruire la thérapie ou le thérapeute. C'est une demande « d'être aimé en l'absence d'une capacité d'aimer » (Gitelson, 1952). Une telle situation indique à coup sûr la présence de déficits ou de conflits graves au niveau du Moi : l'épreuve de la réalité devient chancelante, le contrôle des pulsions agressives et sexuelles est faible et les frontières du soi sont incertaines (« mes désirs sont nos désirs », « je suis ce que j'aime en toi », etc.). C'est dans ce cas que le transfert érotisé constitue une résistance au but de la psychothérapie.

Le transfert érotisé chez les OL est teinté d'urgence, de sentiments de coercition et de confusion. Les psychothérapeutes rapportent souvent l'impression d'entendre parler d'amour alors qu'il semble s'agir de tout autre chose. Pour Kernberg (1984, 1992), cette situation viendrait du fait que les mots et les gestes normalement empreints d'amour ou de désir sexuel sont détournés de leur fonction habituelle pour être utilisés au profit de pulsions agressives s'exprimant sous forme de menaces, d'humiliation, de tentatives de corruption et de domination. L'agressivité inhérente à l'insistance insensible de ces patients est évidemment le plus souvent niée. Le thérapeute qui oserait exprimer son impression d'être agressé par le versant sadique de son patient ou de sa patiente peut se voir accusé de manque d'empathie. Or, des manifestations d'amour (par exemple donner un cadeau au thérapeute...) infusées de pulsions agressives (par exemple pour culpabiliser le thérapeute de terminer à l'heure prévue) est une stratégie de loup déguisé en agneau. Il est préférable que le thérapeute perçoive l'existence de ce type de stratégie.

Diverses fonctions défensives au transfert érotisé ont été proposées dans la littérature et plusieurs avenues d'interprétation sont offertes pour peu que l'agressivité dans le transfert érotisé soit reconnue : tentative de

réparer par la vengeance les abus passivement subis, évitement du sentiment de dépendance par peur d'être abandonné, désir d'embarrasser l'autre plutôt que d'admettre sa honte d'avoir été une victime consentante, sexualisation obsessionnelle de soi et de l'autre en défense contre le sentiment de vide intérieur et de solitude profonde, désir de prouver que le thérapeute ment lorsqu'il semble vouloir ne pas abuser du patient et respecter le tabou de l'inceste, etc. Peu importe le contenu de l'interprétation, l'analyse du transfert érotisé doit être formulée et déposée dans un espace analytique intact.

### Espace analytique

L'espace analytique est précisément ce qui risque de se perdre dans un transfert érotisé massif. Ogden (1986) insiste sur la tâche et la responsabilité du thérapeute aux moments où le patient menace cet espace analytique. C'est avant tout au thérapeute, soutenu par sa supervision et sa propre analyse, que revient le fardeau d'aider le patient à faire la différenciation entre les fantasmes provenant de son monde interne et l'incapacité du monde extérieur à s'adapter à ces mêmes fantasmes, entre ce qu'il doit verbaliser et ce qu'il est à risque d'agir sans discernement.

L'espace analytique, cette zone d'expérience, ce lieu de rencontre, est constamment à risque de s'évanouir chez les personnes aux structures psychiques primitives. La dimension « comme si » de la relation thérapeutique est pourtant primordiale à l'intégration des interprétations du psychothérapeute. Casement (1985) a décrit un cas où il a dû mettre un cadre permettant de tracer une limite entre un *holding* littéral et un *holding* symbolique (Winnicott, 1965). Un cas où il a dû littéralement clarifier : « Je vous contiens émotionnellement, mais je ne vous prendrai pas sur moi ». Ce genre d'intervention brève et claire restaure l'espace analytique en statuant explicitement ce qui est permis et attendu en thérapie. C'est seulement dans des phases avancées du processus thérapeutique des personnes présentant une OL que des interprétations plus élaborées risqueront de porter fruit et prendre un sens pour le patient : « Vous savez, votre insistance à critiquer ce que vous nommez ma froideur, votre souhait avoué de me voir être très chaleureux avec vous, voire de vous prendre dans mes bras et de vous caresser, me donne l'impression que ce que vous attendez de moi, vous l'avez déjà attendu en

vain de quelqu'un d'autre. Pire, que les "caresses affectueuses" que vous espériez ont été détruites et transformées en un autre type de caresse, des caresses qu'on ne devrait jamais donner à une enfant ». Avec le bon *timing*, un patient pourrait éventuellement intégrer une telle interprétation. Alors qu'un patient en début de psychothérapie pourrait s'enrager et n'avoir retenu que : « Je veux bien jouer le rôle de votre père, mais je refuse d'être bon envers vous ». Ce n'est qu'avec un espace analytique intact que ce genre de travail interprétatif peut être thérapeutique.

Dans l'intention de restaurer l'espace analytique menacé par les agirs de la patiente de l'histoire de cas, le thérapeute a tenté en vain d'interpréter la part réelle des sentiments (« Vous vivez de vrais sentiments reliés à la situation thérapeutique ») et la part fantasmatique projetée dans la situation thérapeutique (« Mais ces sentiments sont déplacés d'une ancienne relation et projetés sur une relation actuelle fort différente de l'ancienne »).

Avec le recul, ce genre d'interprétation était prématuré, compte tenu des capacités limitées de mentalisation de la patiente à ce stade précoce de sa psychothérapie (voir Bateman et Fonagy, 2004). Dans ce cas, il ne faut pas suggérer au patient qu'il y a identité entre les personnes de son passé factuel et les représentations, les personnages, de ce même passé. Au contraire de ce que la *Schema Therapy* de Jeffrey Young (2006) semble parfois suggérer, ces représentations d'objet sont des *altérités*. Soumises à l'effet des pulsions et des conflits inconscients inhérents au développement normal ou pathologique de l'enfant, les représentations d'objet actuelles sont le résultat du travail actif de transformations passées.

### Transfert pervers et perversité

Deux autres concepts méritent d'être clarifiés à cause de leur utilisation indifférenciée dans la littérature et lors de discussions entre collègues qui recourent souvent aux expressions *transfert pervers* et *perversion*. Pourtant, à voir les définitions « officielles », le phénomène qui nous intéresse ne semble pas aussi étroitement associé à la perversion qu'il y paraît. Le terme *perversion* définit « un ensemble de comportements psychosexuels allant de pair avec une atypie dans le moyen d'obtention du plaisir sexuel (exemple : bestialité, fétichisme, pédophilie) ». D'autre part, le terme *perversité* qualifierait plutôt « le

caractère et le comportement de certains sujets témoignant d'une cruauté ou d'une malignité particulières (exemple : sadisme, jouissance à susciter la peur, psychopathie) » (Laplanche et Pontalis, 1967). Sans être une perversion sexuelle, le transfert érotisé des OL a, il faut l'admettre, des parfums de perversité. Il importe de définir ces deux termes pour contrecarrer une perception contre-transférentielle considérant comme perversion sexuelle toute attirance sexuelle envers le thérapeute. La peur ou la honte préconscientes motivent le thérapeute à manifester publiquement un certain dédain de la séduction ouverte et à projeter parfois sur le patient le malin, le carencé, le sexuel et le tordu qu'il ne tolère pas de son propre monde interne. Il est possible que le terme *perversion* soit parfois défensivement utilisé pour faciliter la projection sur le patient de tout le mauvais de la situation et d'ainsi s'en purifier. Pour nous, le transfert érotisé n'est pourtant pas a priori une marque de perversion ni d'un *transfert pervers*, comme on l'entend habituellement (par exemple Carignan, 1999).

Il n'est donc pas question ici des situations où le patient érotise la terreur ou le dégoût qu'il suscite chez son thérapeute. Au contraire, l'interprétation juste du transfert érotisé d'un patient mène souvent à un approfondissement de la relation thérapeutique. Le patient se montre le plus souvent touché d'avoir été ainsi compris et débusqué dans ses passages à l'acte défensif. Il admet d'emblée qu'en agissant ainsi, il lutte contre l'établissement d'une relation pourtant souhaitée. Il est cependant possible que certains patients puissent aussi consciemment prétendre avoir des sentiments envers leur thérapeute dans le seul but de le manipuler, de le contrôler et ultimement de le détruire. Ce type de transfert antisocial ou psychopathique existe et mérite d'être reconnu. Dans ces cas, le diagnostic devrait être révisé en faveur d'un diagnostic de trouble de personnalité narcissique malin ou de personnalité antisociale. Néanmoins, le thérapeute est à l'écoute autant des manifestations d'agressivité et de haine de ces patients que des manifestations d'amour et d'attachement à son endroit.

## FACTEURS DÉVELOPPEMENTAUX

Le traitement psychothérapeutique des OL requiert de la part du thérapeute une connaissance approfondie des racines développementales des difficultés de cette clientèle. L'archéologie des relations d'objet de

ces patients instruit grandement le thérapeute sur la nature du transfert actuel. En effet, le type de réactions transférentielles suscitées par les rencontres thérapeutiques est étroitement lié au traitement que l'appareil psychique de l'enfant (qu'a été notre patient) fait de ses pulsions, ses fantaisies et ses conflits internes. Si un transfert érotisé prend place, il y a fort à parier que ce phénomène soit en lien avec une répétition de deux principaux enjeux développementaux.

### Développement sexuel fixé à un stade précédant l'organisation génitale

Pour plusieurs auteurs (voir Kernberg, 1984), les OL sont marquées par la présence de conflits précœdipiens et un développement psychosexuel fixé aux stades précédant l'organisation génitale. En effet, le patient présentant une OL n'a pas eu accès à la pleine organisation génitale telle que Freud la définissait (Freud, 1905). Il semble que cet état de fait puisse être à l'origine de la présence fréquente de transfert érotisé chez les OL.

Le passage à la pleine organisation génitale suppose trois aspects : premièrement, que l'interdiction de l'inceste ait été adéquatement posée par l'entourage ; deuxièmement, que le complexe d'Œdipe ait été organisé et installé, et troisièmement, que le complexe de castration ait été assumé. Or, d'un point de vue psychanalytique, le patient présentant une OL n'a pas complètement effectué ce passage. L'absence d'une organisation pleinement génitale influence significativement la relation thérapeutique. Ces fixations pré-génitales limitent sérieusement plusieurs aspects du fonctionnement psychique normal et adapté : les frontières du moi sexué ne sont pas fermement établies, soit à cause d'abus sexuels réels ou imaginés (par exemple lorsqu'un parent a violé certains tabous), la capacité de tolérer la triangulation est atteinte (par exemple le patient dénie l'existence des relations du thérapeute avec d'autres personnes que lui) et les angoisses d'abandon sont les affects prédominants dans les relations d'objet (« Tu vas m'abandonner si... » au lieu de « Tu vas me punir si... »). Ajoutons à ce tableau un faible contrôle pulsionnel et tous les éléments sont réunis pour fomenter l'activation d'un transfert érotisé. A cet égard, la patiente déjà citée avait déclaré : « J'ai peur que vous vouliez coucher avec moi et en même temps j'ai parfois l'impression que c'est moi qui pourrais vous violer. Je suis folle. »

## Présence d'abus sexuel dans l'enfance

Entre 60 et 70% des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite auraient été victimes d'abus sexuels dans leur enfance (Zanarini, Williams, Lewis *et al.*, 1997). Ceci sans compter les cas où l'un des deux parents, ou les deux, ont pu transgresser le tabou de l'inceste d'une façon plus insidieuse, mais parfois tout aussi dommageable pour le développement psychosexuel de l'enfant. On pense au père qui a investi sexuellement sa jeune fille, sa « petite femme », de façon excessive, ou encore aux situations où les soins physiques (bains, caresses) donnés par la mère comportent une charge sexuelle et agressive excédant ce que l'appareil psychique de l'enfant pouvait métaboliser.

Le risque d'être victime d'abus sexuels à l'âge adulte est de beaucoup plus élevé chez les personnes qui ont été abusées comme enfants (Chu et Dill, 1990). De plus, les relations sexuelles entre patient et thérapeute sont plus fréquentes chez les patients ayant un passé d'abus sexuels (Kluft, 1989). Chu (1992) explique que ce passé amène parfois ces personnes à se placer dans des situations victimisantes répétant leur traumatisme dans le but de maîtriser activement un trauma subi passivement.

D'après Gabbard (1991, 1994a, 1994b), l'apparition fréquente d'un transfert érotisé chez les OL proviendrait du fait que ces personnes ont grandi en faisant l'expérience d'une confusion de la part de leurs parents psychologiques entre soins parentaux et séduction sexuelle, et ce dans un ensemble de situations. L'abus sexuel franc est parfois absent de l'histoire du patient, mais un traumatisme important peut prendre son origine dans une surstimulation de l'enfant, un excès de caresses près des zones érogènes. Les facteurs développementaux explicités ci-haut soulignent la difficulté de ces patients à différencier le symbolique du littéral à l'intérieur de la situation thérapeutique. Par exemple, accepter que les sentiments éprouvés en thérapie soient le reflet de sentiments éprouvés pour d'autres figures significatives du passé, ou savoir qu'une pulsion peut être contenue et qu'elle diffère grandement d'un passage à l'acte.

## FACTEURS ATTRIBUABLES AU THÉRAPEUTE

Il peut être difficile d'admettre que le thérapeute soit par moments en partie responsable de l'activation d'un transfert érotique ou érotisé (Schamess, 1999).

Blum (1973) note à cet effet que les patients arrivent parfois à deviner avec beaucoup d'acuité et d'objectivité la personnalité réelle de leur thérapeute, ses limites et ses fragilités, autant que ses talents et ses habiletés. Cette sensibilité peut favoriser l'établissement d'une relation basée sur les besoins du thérapeute. Il faut être vigilant et à l'affût de l'existence de tels phénomènes chez le thérapeute, la non-reconnaissance d'un transfert amoureux ou d'une collusion inconsciente avec celui-ci peut parfois avoir des conséquences désastreuses sur le processus thérapeutique et sur l'équilibre du patient. Voici quelques facteurs reliés au vécu du thérapeute jouant un rôle significatif dans l'activation du transfert érotisé.

## Présence de problèmes relationnels

Le transfert érotique ou érotisé est parfois sollicité aux moments précis où le thérapeute vit des problèmes relationnels, dans sa vie professionnelle ou sa vie privée (séparation, divorce, deuil, célibat forcé, privation sexuelle, etc.). En effet, en période de difficultés émotionnelles, le thérapeute peut projeter sur le patient une partie de son propre soi libidinal et dépendant. On aurait affaire ici à une confusion entre les besoins du thérapeute et les besoins du patient. Ceci risque de mener à une utilisation indue de la situation psychothérapeutique.

## Croyance omnipotente aux vertus d'une « vraie relation »

Les thérapeutes qui croient aux vertus thérapeutiques d'une relation amoureuse réelle sont, à divers niveaux, à risque de passages à l'acte. Ces croyances s'abreuvent souvent d'un fantasme du sauveur où l'on rationalise son *acting in* contre-transférentiel par l'argument que si on avait refusé de gratifier le patient comme il le demandait, son état se serait détérioré ou, pire, il se serait suicidé (Eyman et Gabbard, 1991). A leur défense, les thérapeutes qui ont des rapports sexuels avec leurs patients évoquent, tout comme certains pédophiles d'ailleurs, la notion d'expérience émotionnelle correctrice pour justifier leurs actes et soulignent la valeur supposée pédagogique de leur « démarche ». Le patient ne vient pas chercher en thérapie les réponses qu'il a cherchées ailleurs à ses besoins, réponses toujours insatis-

faisantes et insuffisantes à long terme. Il vient pour mieux se comprendre et apporter les changements qui s'imposent dans sa façon de faire et d'être. Chercher compulsivement à satisfaire des fantasmes amoureux et sexuels est une de ses façons d'être et de faire qui est justement à changer chez lui. C'est en partie pourquoi il est en thérapie.

### Tolérance prolongée d'un transfert idéalisant

La tolérance prolongée d'un transfert idéalisant peut se produire pour deux raisons : lorsque les fragilités narcissiques du thérapeute sont compensées par l'idéalisation provenant du patient et lorsque l'idéalisation est encouragée par le thérapeute pour prévenir l'explosion de rage haineuse (Gabbard et Wilkinson, 1994 ; Coen, 1996). Ces deux stratégies, le plus souvent inconscientes, ont l'inconvénient majeur d'entretenir l'activation d'une seule partie du clivage. Cet aménagement de la relation thérapeutique basée sur le maintien de l'activation d'une seule relation d'objet partielle est évidemment antithérapeutique (bien qu'elle vise à première vue à « soigner » la relation thérapeutique). L'amour réciproque ou l'échange sexuel offerts par les patients présentant une OL sont invariablement mêlés à une agressivité qui doit être reconnue, explorée, confrontée et interprétée. Une relation psychothérapeutique dans laquelle un supervisé ne rapporte que de bons sentiments de la part de son patient depuis plusieurs mois peut être le signe d'une tolérance trop prolongée d'un transfert idéalisant. A un moment donné, il devient primordial d'explorer et d'interpréter la part d'ombre d'une relation thérapeutique trop confortable.

Dans tous les cas, la présence observatrice d'un superviseur clinique demeure importante, voire essentielle. Peu importe le type de vulnérabilités psychiques présentes chez le psychothérapeute, qu'elles soient durables ou passagères, il n'en demeure pas moins que de résister au processus de transformation de l'identification projective des OL est une tâche colossale. Masterson (1976) notait à cet effet que l'habileté la plus difficile à acquérir dans le traitement des patients limites est l'habileté à reconnaître et à contrôler sa propre identification aux projections du patient. Cet exercice d'exploration des sources de notre contre-transfert est central dans le travail de ces situations thérapeutiques complexes.

### LES SIGNIFICATIONS POSSIBLES

Une fois le phénomène identifié et défini, une fois que le thérapeute s'est auto-analysé pour comprendre sa contribution au phénomène à l'étude, il devient ensuite nécessaire d'explorer les significations du transfert érotisé pour le patient et d'en interpréter le contenu. Plusieurs interprétations ont été proposées pour expliquer la présence de transfert érotisé. Voici quelques pistes d'interprétation souvent citées.

Freud percevait le TA comme la manifestation de désirs œdipiens réactualisés (Freud, 1915 ; Searles, 1957). L'exemple classique est le patient qui désire secrètement sa thérapeute et craint d'être puni (voire castré) si découvert par un rival (par exemple le patron de sa thérapeute). Cette ligne de pensée est aujourd'hui cantonnée à l'analyse des organisations névrotiques de la personnalité et reflète bien la nature du transfert érotique. Par la suite, on a exploré d'autres fonctions défensives du TA. Fenichel (1945) a suggéré que le TA était parfois une défense contre des pulsions homosexuelles refoulées. Il remarque que certains patients se sentent obligés de présenter au thérapeute de sexe opposé un répertoire de comportements de séduction étrangement stéréotypés. Eidelberg (1968) suggère que le transfert érotisé sert de défense contre des pulsions agressives à l'endroit du thérapeute. On parle ici d'une forme de formation réactionnelle renversant en son contraire la pulsion dirigée vers l'objet investi. Selon certains, cette défense est particulièrement fréquente chez les patients présentant un narcissisme hypervigilant (par exemple Masterson, 1993).

Dans une perspective de psychologie du soi, Kotze et Meares (1996) proposent l'idée que le transfert érotisé peut être une défense contre une menace de perte du soi, d'une désintégration du soi fragile. La relation est sexualisée pour ne pas contacter des angoisses d'abandon et un envahissant sentiment de vide. Sous cet angle, l'érotisation deviendrait une façon de garder un contact continu avec l'objet investi et d'éviter ainsi l'activation d'angoisses d'abandon. En effet, les préoccupations sexuelles des OL peuvent avoir un effet intégratif pour le soi. Les OL sont fragilisés par la survenue d'intenses sentiments de vide et la présence chez eux d'une conception immature des frontières de leur soi : « Sans toi je suis abandonné de tous. Quand tu es trop près je me perds en toi ». Les préoccupations sexuelles constitueraient donc une défense contre de profonds sentiments

d'annihilation; le soi est menacé d'éclatement et de dissolution si la personne est laissée à elle-même sans cet érotisme liant. L'intérêt de l'analyse de Kotze et Meares est de montrer comment les OL peuvent instaurer un transfert érotisé pour se défendre contre des angoisses de morcellement et d'abandon.

Cela dit, précisons qu'une angoisse de morcellement importante est un indice d'OL de bas niveau plus propre aux personnalités schizotypiques ou schizoïdes, par exemple. Ces types d'OL se retrouvent coincés entre deux perspectives de mort psychologique: le détachement total du monde humain, et l'abandon ou l'éclatement de leur soi fragile dans le rapprochement. Lorsque le transfert érotisé est exclusivement marqué par des désirs de fusion et de non-différenciation, lorsque l'indifférenciation des représentations de soi et de l'objet investi dénote une perte grave du contact avec la réalité, il faut réviser ses impressions diagnostiques en faveur d'un diagnostic d'organisation psychotique de la personnalité.

S'inspirant fortement des théories des relations d'objet, des auteurs contemporains ont ajouté de nouvelles nuances aux interprétations plus classiques du TA. Plusieurs auteurs (Kernberg, 1984; Gabbard et Wilkinson, 1994; Koenigsberg *et al.*, 2000; Yeomans, Clarkin et Kernberg, 2002), soulignent qu'une relation transférentielle a toujours deux versants, un libidinal et l'autre agressif. Chez les organisations névrotiques, cela supporte la capacité de relation ambivalente avec l'objet investi. Chez les OL, cela se manifeste par le clivage. L'idéalisation marquée du thérapeute est souvent associée avec le transfert érotisé, le thérapeute devient un objet omnipotent dans lequel est investie la possibilité de toute-puissance et de bien-être. L'érotisation sert d'affect liant aux représentations de soi et de l'autre. Blum (1973) affirme avec justesse que ces patients « génitalisent l'angoisse pour mieux l'atténuer ». Or, la représentation de soi comme objet sexuel tout-puissant est toujours moins douloureuse que la représentation de soi comme être esseulé, abandonné et carencé d'amour. La manifestation d'un besoin sexuel soulève moins d'angoisse que d'exprimer un besoin d'amour réciproque, ce dernier étant éprouvé comme plus dangereux, honteux ou infantin.

Gabbard et Wilkinson (1994) expliquent que le transfert érotique ou érotisé est aussi une répétition d'aspects significatifs de l'histoire développementale du patient et que l'idée d'une relation teintée d'amour non transférentiel est envisageable entre patient et thérapeute,

dans certains cas précis. Ailleurs, Gabbard (1994) suggère aussi que le transfert érotisé puisse être une défense contre la peur d'exprimer une réelle demande d'amour et un intense besoin de dépendance (« love » au lieu de « lust »). D'autres auteurs soutiennent cette thèse de l'existence d'« amour réel » dans le cabinet des psychothérapeutes (par exemple Coen, 1996; English, 1987; Kaplan, 1971; Schafer, 1977). Ces auteurs avancent l'idée que l'affection qu'éprouvent les patients envers leur thérapeute est parfois non transférentielle et relève de la création d'une nouvelle relation bien actuelle et non d'une réactivation d'unités de relations d'objet partiel relevant strictement du passé du patient. Evidemment, cette position suscite certaines controverses quant à savoir où se termine l'analyse du transfert et où commence le support de la « vraie relation ». Cette éventualité paraît probable à l'intérieur d'un travail psychothérapeutique auprès d'une clientèle présentant des relations d'objet relativement intégrées, capable d'ambivalence et de mécanismes de défense de haut niveau, ceci n'étant évidemment pas le propre des personnes présentant une OL de la personnalité.

## LIGNES DIRECTRICES D'ANALYSE DU TRANSFERT ÉROTISÉ

À la lumière des éléments théoriques explorés précédemment, voici quelques grandes lignes susceptibles de guider l'intervention des psychothérapeutes.

### Explorer et répertorier les représentations d'objet activées

La tâche du psychothérapeute est de reconnaître et répertorier les diverses représentations, localiser les représentations de soi et de l'autre et, après un long travail d'exploration et de confrontation, viser à intégrer ces diverses représentations clivées par le travail de l'interprétation et de la mise à l'épreuve du cadre thérapeutique. Qui a vraiment envie que le patient et son thérapeute échangent des marques d'affection, la représentation de soi ou la représentation de l'autre? Et cette situation se place en défense contre quel autre type de relation encore plus menaçante que celle d'un thérapeute qui tombe en amour avec son patient ou sa patiente? En quoi consiste la projection et pourquoi y a-t-il de l'identification projective chez le thérapeute? Toutes ces questions doivent être explorées avec atten-

tion et être nourries par l'auto-analyse du psychothérapeute. Le moment exact, le ton et la formulation d'une interprétation juste nécessitent souvent plusieurs entrevues.

### Utiliser sa supervision

La nécessité d'une supervision clinique continue est au plus fort lors des pressions de l'aménagement du transfert érotisé dans la relation thérapeutique. En effet, le rôle de moi auxiliaire du superviseur peut aider le thérapeute à retrouver l'espace analytique que son patient ou lui-même ont pu rétrécir ou faire disparaître. Dans certaines impasses particulières, c'est parfois au superviseur d'encourager le supervisé à explorer certains thèmes dans le cadre de sa propre psychothérapie.

### Se contenir et intervenir tôt

D'abord, il semble qu'il faille intervenir le plus rapidement possible : la retenue ne doit pas être perçue comme une hésitation, ce qui peut laisser croire que les sentiments et fantasmes érotiques pourraient être partagés. A « qui ne dit mot consent », le psychothérapeute doit répondre par l'auto-analyse, l'exploration empathique de la signification du transfert en place et l'aménagement d'un espace analytique. Intervenir ne signifie pas ici dénoncer, ni accuser ; il s'agit plutôt d'une *réponse* réfléchie du thérapeute, d'une interprétation empathique de la situation en cause plutôt que d'un agir de sa part. Le fruit de ce travail permet alors une interprétation du transfert érotisé. Cette interprétation, lorsqu'elle est juste et entendue du patient, permet de paver la voie à l'ajout de certains paramètres du cadre thérapeutique.

### Poser et maintenir des limites claires

L'établissement d'un cadre et de limites claires (*limit setting*; Green *et al.*, 1988) est une des pierres d'assise de l'intervention auprès des OL. Il faut poser un cadre favorisant la poursuite du travail thérapeutique. Poser les limites peut signifier intervenir de façon très concrète. Par exemple, spécifier que la relation thérapeute-patient exclut les contacts physiques autres que de se serrer la main. Le thérapeute discute le moment venu de l'import-

tance de la protection de sa vie privée et de l'aspect dommageable de l'agir des fantasmes amoureux ou sexuels du patient. L'expérience avec cette clientèle enseigne que ces patients sont souvent surpris, puis soulagés d'entendre le thérapeute les informer des règles du cadre professionnel. Tout en demeurant sensible à la signification de ce type de transfert, simplement maintenir la distance professionnelle et la neutralité technique peut parfois suffire à calmer une angoisse difficile à contenir pour le patient.

Koenigsberg (Koenigsberg *et al.*, 2000) met en garde contre l'effet pervers d'évoquer la présence d'une autorité externe (le cadre, la loi, etc.) au contexte thérapeutique (par exemple : « Les règles de la clinique m'interdisent d'accepter un cadeau d'une patiente »). Il peut être tentant d'agir ainsi afin d'esquiver abruptement ce thème et ainsi éviter les réactions agressives du patient. Cependant, la teinte implicitement séductrice de ce type de réponse ne peut que donner un essor au désir du patient voulant que son thérapeute puisse céder et consentir à ses avances une fois que la clinique ne sera plus entre eux, après la fin du traitement. Pour la patiente de l'histoire de cas, ce désir peut s'appuyer sur une fantaisie destructrice voulant qu'elle puisse triompher de la thérapie en poussant le thérapeute à abandonner son cadre de traitement et abandonner sa carrière pour elle. Cette issue grandiose étant considérée comme l'ultime preuve d'amour.

### Maintenir la neutralité technique

Le maintien d'une position de neutralité bienveillante est évidemment l'idéal. La relation doit éviter les pôles extrêmes : l'agir du transfert érotisé (par exemple : accepter les demandes de contacts sexuels) ou un retrait affectif massif et incontrôlé (par exemple : précipiter une fin de traitement). Un autre pôle pourrait être d'éviter, de banaliser ce thème ou encore de se centrer exclusivement sur les éléments agressifs de cet aménagement de la relation thérapeutique. Cela sans donner une égale reconnaissance aux thèmes délicats de dépendance, d'embarras à avoir besoin de l'autre, de l'excitation sexuelle normale et de la honte associée à la prise de conscience de tous ces sentiments.

Dans le même ordre d'idées, le concept de neutralité technique ne doit pas être interprété comme une ordonnance de non-ressentir. Au contraire, il est de

première importance que le psychothérapeute se permette de répertorier librement la panoplie de ses sentiments contre-transférentiels. Au début de son histoire, la psychanalyse a peut-être donné l'impression que le contre-transfert était à éviter, comme si cela était possible. Cette position intenable est encore aujourd'hui à l'origine d'une source de honte minant les capacités de mentalisation chez les psychothérapeutes. Heureusement, les travaux précurseurs de Racker (1968) et le développement de la notion d'identification projective (Ogden, 1979; Allison, 1982; Grotstein, 1999; Grotstein, 2002) comme un des mécanismes de défense privilégiés des OL permettent aujourd'hui d'ouvrir de nouvelles avenues d'interprétation centrée sur le transfert (Clarkin *et al.*, 1999).

### En dernier recours, cesser le suivi

Imposer une fin abrupte à une relation thérapeutique avec une OL peut avoir des conséquences désastreuses; on rapporte souvent la survenue de chutes dépressives, l'apparition de dépressions anaclitiques, voire de tentatives de suicide. Les mêmes symptômes sont rapportés par les patients ayant eu des rapports sexuels volontaires avec leur psychothérapeute (Pope, Sonne et Holroyd, 1993). Dans le meilleur des cas, le thérapeute choisit d'attendre le retour de l'espace analytique pour explorer *a posteriori* la signification du transfert érotisé. C'est cet espace analytique qui est favorisé par la partie observatrice du soi du patient. Cependant, en dernier recours, si le transfert érotisé persiste et devient un transfert psychotique ou antisocial et rend impossible tout travail thérapeutique, il peut être opportun de cesser la thérapie. Evidemment, si le thérapeute a déjà accepté quelque faveur (sexuelle ou non) de la part de son patient ou si celui-ci s'est immiscé dans la vie privée du thérapeute (harcèlement, voyeurisme, etc.), il est presque toujours préférable de terminer le suivi.

Cesser une psychothérapie sans le consentement du patient comporte des risques importants tant pour le patient que le thérapeute; la clinique où nous pratiquons a déjà connu une prise en otage d'une intervenante et, dans un autre cas, des menaces de mort dans des contextes semblables, deux exemples d'un désir agressif d'appropriation totale de l'autre sans égards à l'autre. Aussi, dans certains cas à risque hétéroagressif, il est suggéré que l'annonce au patient soit faite avec

empathie et en présence d'une tierce personne, parfois une figure d'autorité du milieu (directeur médical, chef du département). Le message doit être que la décision a été prise en équipe et dans le souci d'un meilleur fonctionnement de la psychothérapie du patient. Le suivi psychothérapeutique prend fin et le patient est référé à un autre intervenant pour poursuivre sa démarche thérapeutique. Les raisons de cette démarche lui sont clairement expliquées.

Le temps nécessaire avant de prendre cette grave décision dépend des capacités de chacun de contenir le transfert érotisé du patient tout en sentant la relation thérapeutique en sécurité (c'est-à-dire non menacée autant par le patient que par le thérapeute). Cette décision doit bien sûr être prise suite à une mûre réflexion faite sous l'œil attentionné d'un superviseur clinique. Nous suggérons à tout psychothérapeute qui reprend le suivi de tels patients de documenter si possible les aléas du contre-transfert de l'intervenant l'ayant précédé.

### UN PEU DE LUMIÈRE SUR M<sup>ME</sup> L.

Le suivi thérapeutique avec M<sup>me</sup> L. remonte à plusieurs années. Sept ans plus tard, bien qu'elle ait tenté à plusieurs reprises de reprendre un suivi avec divers psychothérapeutes, M<sup>me</sup> L. n'a jamais franchi le cap d'une quinzaine de séances sans abandonner avec fracas son suivi ou être suspendue pour divers passages à l'acte impulsifs rendant impossible la thérapie.

On peut comprendre maintenant que le monde interne de M<sup>me</sup> L. était constitué de plusieurs unités distinctes faisant fluctuer rapidement ses états de conscience. Elle était désemparée et son discours mettait en évidence des représentations clivées d'objet partiel. Son histoire personnelle rapporte un père-roi, fort et puissant, en relation avec une enfant-princesse adulte. Après l'accident, le père était perçu comme un roi déchu, une personne dépressive ayant désinvesti son rôle de père, et sa fille désemparée, abandonnée et privée de la personne qui aurait pu cadrer son développement. La mère apparaît comme celle qui était psychiquement absente. Durant le suivi psychothérapeutique, les représentations que Madame se faisait de son thérapeute étaient multiples et fluctuaient dans l'heure: tantôt une figure d'autorité froide et inébranlable contre laquelle les besoins de réconfort de la patiente se heurtent avec fracas et impuissance, tantôt un enfant atten-

drissant et inoffensif que l'on veut reconforter, tantôt une figure hypersexuée et omnipotente à risque de perdre le contrôle de ses pulsions sexuelles. La crainte de M<sup>me</sup> L. d'être séduite et utilisée sexuellement par le thérapeute était une projection de son manque de frontière sexuée ; la petite princesse en elle craignait autant la puissance de son propre désir que de celui du roi de son enfance qui l'avait tant aimée.

M<sup>me</sup> L. a défensivement abandonné la relation thérapeutique. Ainsi, elle mettait en scène sa psychopathologie en se présentant comme une figure hypersexuée, omnipotente et insensible aux demandes de respect du cadre thérapeutique. Cette position lui permettait de se défendre contre son besoin de dépendance et contre la possibilité de prendre conscience de sa responsabilité dans ses séries d'échecs amoureux (et thérapeutiques). Malgré toute la bienveillance qu'elle disait éprouver pour son thérapeute, il y avait néanmoins chez elle un penchant omnipotent et agressif qui s'exprimait ; le thérapeute la percevait comme une diva « castratrice » vouant son énergie à forcer ses proches à agir en accord avec ses désirs et son besoin de contrôle omnipotent.

Il lui était impossible de parler de sa peur de rapprochement, de sa rage à l'égard de ses carences, de son désir de posséder exclusivement une figure paternelle idéalisée. A un moment, une part d'elle veut séduire et posséder un homme tout-puissant, à un autre moment une autre part d'elle souhaite détruire précisément ce qu'elle a désiré. En effet, par envie pour le pouvoir de l'autre, pour se libérer de puissants sentiments d'humiliation, elle se doit d'agir cette toute-puissance qui autrement menace de l'anéantir. En somme, le drame de M<sup>me</sup> L. est peut-être qu'elle ne peut croire en l'amour si ce n'est quelque chose qu'elle ne peut posséder et contrôler totalement.

Une autre dyade relationnelle objectale représentait le thérapeute comme un enfant désemparée, fragile et sans défense. Cette représentation faisait probablement écho à des aspects clivés de sa propre identité : une enfant contrôlée et dominée par un père ayant peut-être projeté son besoin d'une compagne de vie sur sa trop jeune fille. Dans un contre-transfert concordant, le thérapeute se sentait impuissant et fragile. Il portait en lui la confusion : à qui appartient cette représentation d'enfant désemparé ? A la patiente, au thérapeute, aux deux ? L'identification du thérapeute aux projections de la patiente ravivait chez lui une angoisse de n'être qu'un débutant dans un monde de grands,

l'angoisse de se sentir comme l'enfant qui se retrouve précocement avec des responsabilités d'adulte. Des sentiments de confusion et d'impuissance avaient envahi le thérapeute et limitaient d'autant le travail interprétatif qui aurait pu être fait avec calme et acceptation. Une partie du processus thérapeutique était déjà tronquée par le contre-transfert du thérapeute et les passages à l'acte de la patiente. L'objet de cet article n'est pas de clarifier ce qui aurait dû être fait ou dit, c'est au lecteur d'en juger. Dans le métier de psychothérapeute comme dans le rôle de parent, il faut « faire des erreurs, en réparer le plus possible, se pardonner celles qui restent... et recommencer à faire des erreurs »<sup>3</sup>. L'analyse rétrospective de cette thérapie, réalisée quelques années d'expérience plus tard, constitue l'origine du présent article. C'est une façon d'apprendre de ses erreurs et de ses patients.

## DISCUSSION

Cet article rend compte des particularités relatives à l'activation d'un certain type de transfert chez les OL et explore la distinction entre transfert érotique et transfert érotisé. Ce phénomène a été noté dès les débuts de la psychanalyse. Le TA est un phénomène fréquent qui se manifeste de façon particulière chez les OL. Le TA, surtout le transfert érotisé, suscite un malaise et des réactions intenses chez le thérapeute. Les diverses définitions des concepts de transfert amoureux, érotique et érotisé ont été explorées.

Les notions d'espace analytique et d'épreuve de la réalité ont été intimement associées au continuum situant à chaque extrémité le transfert érotique et le transfert érotisé. Les divers facteurs développementaux liés au transfert érotisé chez les OL ont été identifiés et la possibilité que l'émergence d'un transfert érotique ou érotisé puisse aussi être en partie attribuable à des caractéristiques du thérapeute a été examinée. Enfin, diverses interprétations ont été proposées quant à la signification du TA. La présentation de quelques pistes d'intervention pouvant transformer le transfert érotisé en opportunité pour la relation thérapeutique concluait cette revue de littérature.

<sup>3</sup> Nous tenons cette sympathique maxime du Dr Gilles Delisle, Ph.D., psychologue et directeur du Centre d'Intervention Gestaltiste de Montréal.

Cette dissertation aura peut-être permis au lecteur de mieux comprendre ce phénomène parfois déconcertant. Cependant, au-delà de la compréhension intellectuelle, il est souhaitable que cet exposé permette aux psychothérapeutes de se sentir plus confortables avec le transfert érotisé des OL et augmente leur confiance en leur capacité de protéger l'intégrité du processus thérapeutique. En dernière instance, l'apparition de ce phénomène fréquent peut devenir une menace autant qu'une opportunité extraordinaire pour le patient. Il relève du devoir du thérapeute de tenter de protéger l'alliance thérapeutique contre les conséquences néfastes de la réactualisation des traumatismes subis par ces patients et de mettre au jour le sens de cette répétition inconsciente. Certes, cette réactivation doit d'une part revoir le jour, mais, surtout, avoir lieu autrement. L'amour et l'érotisme transférentiels tout autant que la haine doivent être ressentis par le psychothérapeute, métabolisés psychiquement par lui et retournés à son patient sous une forme lui signifiant que « tout peut être dit ici, tout peut être utilisé au service de la thérapie » (Bergmann, 1999).

Le mot de la fin est laissé à Glen O. Gabbard (1994) qui nous met en garde contre l'aspect défensif de tout interpréter comme de l'attirance sexuelle, de l'agressivité voilée ou autre chose que de l'amour. Pour lui et nombre d'auteurs, l'expression d'amour à l'égard du thérapeute n'est peut-être pas toujours une erreur sur la personne. Gabbard souligne avec empathie pour les psychothérapeutes : « L'intimité et la charge affective inhérentes à l'amour transférentiel menacent de détruire la distance professionnelle que l'on a soigneusement construite. Le terme "transfert érotisé" a des connotations rassurantes. Par contraste, entendre un patient dire : "Je t'aime" sonne trop personnel, trop près pour être confortable. Notre dissection obsessionnelle des différences entre amour transférentiel et amour véritable, en fait, reflète le souhait d'être rassuré que ces sentiments ne sont pas réels, ne sont pas vraiment à notre intention ». Il est parfois difficile d'être à la fois une personne et un psychothérapeute en fonction. Souhaitons que cet article ait pu contribuer à donner un sens à cet effort.

## Bibliographie

- ALLISON G.H. (1982) : Splitting and projective identification. *Psychoanal. Quar.*, 51 : 652-656.
- BATEMAN A.W., FONAGY P. (2004) : Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *J. Per. Dis.*, 18/1 : 36-52.
- BERGMANN M.S. (1999) : Moses and civilizations : The meaning behind Freud's myth. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 47 : 1411-1414.
- BLUM H.P. (1973) : The concept of erotized transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 21 : 61-76.
- CARIGNAN L. (1999) : The secret : study of a perverse transference. *Int. J. Psychoanal.*, 80 : 909-928.
- CASEMENT P. (1985) : *On Learning from the Patient*. London, Tavistock.
- CHU J.A. (1992) : The revictimisation of adult women with histories of childhood abuse. *J. Psychother. Pract. and Res.*, 15/1 : 259-269.
- CHU, J.A., DILL D.L. (1990) : Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *J. Psychother. Pract. and Res.*, 149 : 887-892.
- CLARKIN J., YEOMANS F.E., KERNBERG O. (1999) : *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York, John Wiley and Sons.
- COEN S.J. (1996) : Love between therapist and patient : A review. *Amer. J. Psychother.*, 50/1 : 15-27.
- EIDELBERG L. (1968) : *Encyclopaedia of Psychoanalysis*. New York, Collier-MacMillan.
- ENGLISH O.S. (1987) : Love and the therapeutic process. *J. Contemp. Psychother.*, 17/3 : 153-173.
- EYMAN J.R., GABBARD G.O. (1991) : Will therapist-patient sex prevent suicide? *Psychiat. Annals*, 21/11 : 669-674.
- FENICHEL O. (1945) : *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, W.W. Norton and Co.
- FREUD S. (1905) : *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Gallimard, 1968, 1987.
- FREUD S. (1915) : Observations sur l'amour de transfert, in : *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1970, pp. 116-130.
- GREEN S., GOLDBERG R.L., GOLDSTEIN D.M., LEIBENLIFT E. (1988) : *Limit Setting in Clinical Practice*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- GABBARD G.O. (1991) : Psychodynamics of sexual boundary violations. *Psychiat. Annals*, 21 : 651-655.
- GABBARD G.O. (1994) : On love and lust in erotic transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 42 : 385-403.
- GABBARD G.O., WILKINSON S.M. (1994) : *Management of Countertransference with Borderline Patients*. Northvale, N.J., Aronson.
- GITELSON M. (1952) : The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 33/1 : 1-10.
- GRAETREX T. (2002) : Projective identification : on does it work? *Neuro-Psychoanal.*, 4/2 : 187-197.
- GROSTSTEIN J.A. (1999) : Projective identification reassessed. *Psychoanal. Dialogue*, 9 : 187-203.
- JONES E. (1953) : *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud, vol. 1 : La jeunesse, 1856-1900*. Paris, PUF, 1958.
- KAPLAN D.M. (1971) : On transference-love and generativity. *Psychoanal. Rev.*, 58/4 : 573-579.
- KERNBERG O. (1984) : *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris, PUF, 1989.
- KERNBERG O. (1992) : *Aggression in personality and perversions*. London, Yale University Press.

- KERNBERG O. (1999): in: CLARKIN J., YEOMANS F.E., KERNBERG O. (1999): *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York, John Wiley and Sons.
- KLUFT R.P. (1989): Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. *Psychiat. Clin. North Amer.*, 12: 483-500.
- KOENIGSBERG H., KERNBERG O.F., STONE M.H., et al. (2000): Erotic transferences and countertransferences, in: *Borderline patients extending the limits of treatability*. pp. 193-204. New York, Basic Books.
- KOTZE B., MAERES R. (1996): Erotic transference and a threatened sense of self. *Brit. J. Med. Psychol.*, 69: 21-31.
- OGDEN T.H. (1979): On projective identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 60: 357-373.
- OGDEN T.H. (1986): *The Matrix of the Mind*. Northvale, N.J., Aronson.
- LAPIERRE H., VALIQUETTE M. (1989): *J'ai fait l'amour avec mon thérapeute: témoignages sur l'intimité sexuelle en thérapie*. Montréal, Les Editions Saint-Martin.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967): *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- MASTERTON J.F. (1976): *Psychotherapy for Borderline Adult: A Developmental Approach*. New York, Brunner/Mazel.
- MASTERTON J.F. (1993): *The Emerging Self: a Developmental, Self, and Object Relations Approach to the Treatment of the Closet Narcissistic Disorder of the Self*. New York, Brunner/Mazel.
- POPE K.S., SONNE J., HOLROYD J. (1993): *Sexual Feelings in Psychotherapy: Explorations for the Therapists and Therapist-in-Training*. Washington, DC, American Psychological Association.
- RACKER H. (1968): *Transference and Countertransference*. London, Hogarth Press.
- SCHAFFER R. (1977): The interpretation of transference and the conditions for loving. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 25/2: 335-362.
- SCHAMASS G. (1999): Therapeutic love and its permutations. *Clin. Soc. Work J.*, 27/1: 9-26.
- SEARLES H. (1957): Œdipal love in the countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 40: 180-190.
- WINNICOTT D.W. (1965): *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. p. 170-192, New York, International Universities Press.
- YEOMANS F.E., CLARKIN F.J., KERNBERG O.T. (2002): *A Primer of Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, N.J., Jason Aronson.
- YOUNG J., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E. (2003): *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles, De Boeck, 2005.
- ZANARINI M.C., WILLIAMS A.A., LEWIS R.E. et al. (1997): Reported pathological childhood experience associated with the development of borderline personality disorder. *Amer. J. Psychiat.*, 154: 1101-1106.

## Adresse de l'auteur :

Sébastien Bouchard, M.Ps., psychologue  
 Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean  
 Centre hospitalier Robert-Giffard, Québec (Canada)  
 175, rue Saint-Jean  
 Québec  
 G 1R 1N4  
 Courriel: sebastien\_bouchard@ssss.gouv.qc.ca