Document généré le 15 juil. 2025 06:09

Santé mentale au Québec

Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client

Psychotherapy in borderline personality disorders: when the impasse is not on the client's side

Psicoterapia de los trastornos de la personalidad: cuando el callejón sin salida no está del lado del cliente

Psicoterapia dos transtornos de personalidade: quando o impasse não está do lado do paciente

Monique Bessette

Volume 35, numéro 2, automne 2010

Impasse thérapeutique

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1000555ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1000555ar

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

Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, *35*(2), 87–116. https://doi.org/10.7202/1000555ar

Résumé de l'article

Cet article explore la contribution du psychothérapeute aux impasses avec la clientèle avec un trouble de la personnalité, en se centrant sur le concept de triade dynamique de Masterson et sur les impasses résultant d'un échec de la régulation du contre-transfert. Plusieurs dynamiques du thérapeute, souvent lui-même issu d'une famille dysfonctionnelle, sont explorées dans les interactions possibles avec la dynamique pathologique du client. Ces dynamiques peuvent évoluer sur un continuum théorique qui va de la prédominance des défenses caractérielles à la complète résilience. Enfin, les exigences très élevées que comporte la psychothérapie des états-limite au plan de la régulation du contre-transfert, un facteur crucial pour l'efficacité et l'alliance thérapeutique, sont soulignées. L'auteure partage son expérience clinique appuyée par une recension des écrits sur la santé mentale et la vie personnelle des psychothérapeutes.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2010

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client

Monique Bessette*

Cet article explore la contribution du psychothérapeute aux impasses avec la clientèle avec un trouble de la personnalité, en se centrant sur le concept de triade dynamique de Masterson et sur les impasses résultant d'un échec de la régulation du contre-transfert. Plusieurs dynamiques du thérapeute, souvent lui-même issu d'une famille dysfonctionnelle, sont explorées dans les interactions possibles avec la dynamique pathologique du client. Ces dynamiques peuvent évoluer sur un continuum théorique qui va de la prédominance des défenses caractérielles à la complète résilience. Enfin, les exigences très élevées que comporte la psychothérapie des états-limite au plan de la régulation du contre-transfert, un facteur crucial pour l'efficacité et l'alliance thérapeutique, sont soulignées. L'auteure partage son expérience clinique appuyée par une recension des écrits sur la santé mentale et la vie personnelle des psychothérapeutes.

Ma réflexion sur les impasses thérapeutiques avec les personnes qui présentent un trouble de la personnalité et sur le vécu affectif des thérapeutes dans leur travail, a beaucoup évolué au cours de plus de quinze ans de pratique comme clinicienne et superviseure de psychothérapeutes et d'intervenants en santé mentale. Ma perception est passée graduellement du cliché « ces clients difficiles » à l'impression de plus en plus claire que le thérapeute est souvent celui qui scelle l'impasse. Ma compréhension se modifiait à mesure que j'apprenais moi-même à mieux faire face aux défis auxquels ce travail nous confronte et à profiter des occasions de croissance personnelle qu'ils recèlent [1]. Je me propose ici d'explorer plus à fond quelle est la part du thérapeute dans les impasses relationnelles avec les clients qui souffrent de troubles de la personnalité allant de sévères à modérés.

Les impasses thérapeutiques sont légion et prennent de multiples formes : abandon prématuré du processus par le client ou par le thérapeute ; fin hostile blessante pour les deux parties ; longues thérapies sans

* M. Ps, Directrice, Institut Victoria, Montréal, Membre enseignant, Masterson Institute for Psychoanalytic Psychotherapy, New York, Doctorante, Université du Québec à Trois-Rivières.

heurts mais sans progrès tangible ; terminaison en queue de poisson par deux partenaires en collusion, soulagés que cela finisse sans avoir eu à affronter le problème ; plafonnement des progrès bien en deçà du potentiel du client, etc. L'impasse peut être relationnelle et/ou découler d'un manque de formation adéquate, et elle implique habituellement la régulation du contre-transfert. Les impasses peuvent aller jusqu'à causer une retraumatisation iatrogène du client ou entraîner une souffrance telle chez le thérapeute que celui-ci décide de réorienter sa pratique clinique.

Cadre clinique

Le cadre clinique privilégié à l'Institut Victoria [2] est l'approche de Masterson. Il s'agit d'une psychothérapie psychodynamique adaptée aux troubles de la personnalité qui s'inscrit dans les courants de la psychologie du Soi et de la théorie des relations d'objet (Masterson, 2000). L'approche de Masterson s'appuie également sur les recherches sur l'attachement et le développement psychologique de l'enfant (Mahler et al., 1975 ; Stern, 1985) et ses principes convergent avec ceux des neurosciences affectives et sociales (Shore, 1994, 2003 ; Siegel, 1999 ; Masterson, 2006). Ce traitement a fait l'objet d'une étude longitudinale qui a démontré son efficacité (Masterson et Lu Costello, 1980).

Plusieurs approches de psychothérapie véritablement adaptées aux troubles de la personnalité ont été développées depuis les années soixante-dix. Celles qui ont fait l'objet d'études qui valident leur efficacité insistent toutes sur la régulation et l'utilisation thérapeutique du contre-transfert comme facteurs cruciaux d'efficacité thérapeutique (Masterson, 1980 ; Linehan, 1993 ; Zanarini ; 2004 ; Glesen-Bloo et al., 2006 ; Clarkin et al., 2007 ; Bateman et Fonagy, 2009).

Deux sources majeures d'impasse seront considérées. En premier lieu, la dynamique pathologique du client avec ses défenses primitives qui agissent à l'encontre de la thérapie et de l'alliance thérapeutique. La deuxième source d'impasse réside dans la manière dont le thérapeute réagit à ce phénomène.

La dynamique relationnelle du client comme source d'impasse

Le concept de *Triade dynamique du trouble du Soi* synthétise la théorie élaborée par Masterson. Il explique la fluctuation caractéristique des symptômes et des états mentaux ainsi que les mouvements de progrès, suivis de régressions, qui donnent si souvent aux intervenants, l'impression de « tourner en rond » et d'être « mis en échec » par un client qui « sabote ». C'est aussi autour de ce concept que s'articulent le diagnostic psychodynamique et le traitement [3].

Triade dynamique du trouble de soi

Activation autonome (Soi réel)	**Dépression** d'abandon	**Défenses primitives** (Faux soi)
Tolérance à la frustration Contrôle des impulsions Régulation de l'humeur Régulation de l'estime de soi	Dépression Rage/Haine Anxiété panique Honte/Culpabilité Impuissance Désespoir Vide	Comportements dysfonctionnels (passage à l'acte) Mécanismes de déni, clivage, projection, identification projective, évitement, fuite dans les fantaisies Système de projections privées et rigides = structure intrapsychique pathologique

La triade dynamique des troubles du Soi illustre comment les efforts d'activation autonome du Soi réel entraînent l'émergence d'affects de dépression d'abandon. À leur tour, ces affects mobilisent le Faux Soi et des défenses primitives antagonistes à la poursuite de buts adaptés (activation autonome).

Les passages à l'acte des clients avec un trouble de la personnalité initient souvent des impasses, car ils suscitent une détresse significative chez plusieurs thérapeutes. Quant à l'identification projective, une forme d'interaction très importante entre le client et le thérapeute, il s'agit du mécanisme qui se trouve à la base des contre-transferts typiques vécus avec cette clientèle (Masterson, 1983). L'identification projective pousse en effet le thérapeute, souvent inconsciemment, à adopter l'un ou l'autre des rôles du scénario pathologique du Faux Soi défensif du client, et ce phénomène se produit de manière relativement indépendante de la personnalité du thérapeute. Les importants travaux de Schore (2003) dans le domaine de la neuropsychanalyse explicitent les modalités d'action neurobiologique de l'identification projective entre les systèmes limbiques des membres des dyades parent nourricier-bébé et thérapeute-client. Un véritable « transfert d'affects » résulte de leur interaction, et la façon dont le thérapeute parvient à réguler le transfert d'affects primitifs en provenance du client peut aussi bien constituer le véhicule du changement thérapeutique, qu'être à la base d'impasses thérapeutiques et de la retraumatisation du client.

Le thérapeute est régulièrement habité par des parties de la structure intrapsychique de son client et peut finir par se retrouver temporairement dans le même état mental et affectif clivé que lui. Par exemple, une impasse peut survenir lorsque le thérapeute devient envahi par le sentiment d'être sans valeur, incapable d'aider, confus, stupide et dépassé par l'ampleur de la tâche tout comme son client se sent face à ses difficultés. Avec un autre client, il peut se sentir ignoré et insignifiant, forcé de servir d'auditoire et apeuré à l'idée de refléter autre chose que l'image idéalisée que son client a de lui-même et à laquelle le client semble totalement s'identifier. Parce que certains clients se sentent particulièrement désorientés et en danger dans les relations humaines, vécues comme contraignantes et déshumanisantes, ils mettent passablement le thérapeute à distance. Ce dernier risque de réagir en devenant lui-même incapable de maintenir le contact et en s'exilant dans ses propres fantaisies. Tout comme son client, il peut finir par sentir qu'il n'a aucun impact sur la relation et qu'il en est irrémédiablement banni en dépit de tous ses efforts. Le jeu des identifications projectives peut aussi pousser le thérapeute à s'identifier aux représentations clivées positives, par exemple en incarnant un objet maternant ou un objet grandiose. Si cela peut être temporairement agréable pour les deux parties, l'impasse sera tout de même au rendez-vous car la mise en acte des dyades idéalisées bloque tout autant les mouvements d'autonomie et d'individuation que ne le fait l'activation des dyades agressives.

Les scénarios relationnels pathologiques des structures intrapsychiques clivées finissent souvent par précipiter les deux partenaires dans un malaise intolérable qui déstabilise, mine et peut éventuellement détruire la relation. Le thérapeute ne pourra pas arriver à maîtriser le processus thérapeutique en évitant ce conflit relationnel qui en constitue le cœur et le principal défi.

Les dynamiques et la résilience personnelles du psychothérapeute

Il est fascinant de constater que les caractéristiques des familles d'origine des psychothérapeutes mises à jour par la recherche correspondent très étroitement aux facteurs de risque familiaux impliqués dans l'étiologie des troubles de la personnalité (Miller, 1981 ; Guy, 1987 ; Masterson, 1989 ; Sussman, 1992 ; Elliot et Guy, 1993 ; O'Connor, 2001). Ces caractéristiques consistent en l'incapacité du milieu à répondre aux besoins émotionnels de l'enfant à cause d'un parentage inadéquat ; le développement d'un faux soi en réponse au narcissisme maternel ; des anomalies dans les frontières et la parentification de l'enfant ; l'abandon émotionnel du père qui s'en remet à la mère ; une

plus grande incidence de maladie mentale, de troubles de personnalité sévères et d'alcoolisme dans la famille que dans la population générale ; le décès ou la maladie d'un parent durant l'enfance ; la maladie physique de l'enfant ; l'interférence du milieu avec l'individuation, l'autonomie, la modulation des émotions et l'intimité. Plusieurs études concluent que la grande majorité des psychothérapeutes aurait grandi dans ce type de famille dysfonctionnelle (Sussman, 1992 ; O'Connor, 2001). Ces données de recherche ne signifient aucunement que les psychothérapeutes qui ont une histoire familiale semblable se retrouvent dans le même état psychologique que leurs clients. Un milieu familial pathogène est un facteur nécessaire mais non suffisant dans l'étiologie du trouble de la personnalité. À notre connaissance, il n'existe aucune étude qui estime spécifiquement la prévalence des troubles ou des problèmes de personnalité au sein de la profession. Incidemment, deux études suggèrent qu'il ne serait pas possible de distinguer les psychologues réellement sains psychologiquement de ceux qui nient leurs problèmes, car ces derniers tendraient à rapporter une santé mentale illusoire (Shedler et al., 1993 ; O'Connor, 2001). On peut, à tout le moins, reconnaître qu'il existe une certaine « parenté » entre le thérapeute et son client atteint d'un trouble de la personnalité, car souvent les deux ont dû affronter une adversité familiale similaire. Comment le thérapeute a-t-il composé avec ses origines d'enfant blessé ? De tels antécédents familiaux peuvent tout autant l'amener sur une trajectoire de résilience et d'excellence clinique que se prolonger dans une trajectoire de fragilité chronique et d'altération de la capacité à répondre aux besoins de la clientèle.

De manière générale, les psychothérapeutes auraient vécu, dans l'enfance, un rejet émotionnel ayant souvent mené à la construction d'une image de soi intolérablement douloureuse et à un sentiment d'aliénation et d'isolement. La profession de psychothérapeute leur permettrait de compenser leurs conflits interpersonnels, de continuer à adopter un rôle maternant, de tenter de maîtriser des environnements chaotiques et leur donnerait l'occasion de réparer ou de maîtriser de vieilles blessures (Miller, 1981 ; Sussman, 1992 ; Elliot et Guy, 1993 ; O'Connell Higgins, 1994 ; O'Connor, 2001). La présence d'un conflit émotionnel significatif chez les individus qui choisissent de devenir psychothérapeute n'est pas nécessairement problématique. Des auteurs qui se sont penchés sur la vie personnelle des psychothérapeutes (Miller, 1981 ; Guy, 1987 ; Sussman, 1992) et d'autres qui ont étudié la résilience (Cyrulnik, 1999 ; O'Connell Higgins, 1994) soutiennent que les expériences traumatiques dans l'enfance permettraient de développer son intuition et d'être plus empathique à la détresse d'autrui. Ils

observent aussi que le rôle de thérapeute peut réellement contribuer au processus de guérison personnelle du thérapeute, c'est-à-dire d'une manière saine et bénéfique aux deux parties.

La plupart des recherches sur la santé mentale des aspirants psychothérapeutes, dont les sujets sont des internes de psychologie ou des résidents de psychiatrie, convergent vers la conclusion que ceux-ci présenteraient, à ce moment de leur vie, un profil psychopathologique plus prononcé que celui de la population générale (Sussman, 1992). Ce groupe connaîtrait, notamment, davantage de difficultés liées à l'anxiété, à la dépression et au narcissisme. Bien que cela ne soit pas incompatible avec la pratique pour la grande majorité, Kaslow et Friedman (1984) concluent que les étudiants de psychologie clinique tendent à manifester des pathologies de la personnalité significatives, à avoir des « structures internes plus primitives » que celles de la population générale et à être moins intacts au plan psychologique que la plupart des psychothérapeutes professionnels vus en traitement. Ces chercheurs parlent de « suberb false self constructions » chez ces étudiants, des faux Soi sophistiqués dont la nature pathologique est masquée par leur développement cognitif supérieur. Parmi les problèmes jugés les plus sérieux au sein de la profession, le trouble de la personnalité et la dépression chez le psychologue se classent au deuxième rang, juste après l'abus d'alcool (Floyd et al., 1998). Pour sa part, O'Connor (2001) observe que les thérapeutes perturbés au point que leur compétence clinique en soit altérée manifestent fréquemment des problèmes de séparation-individuation et de rébellion.

La psychothérapie des troubles de la personnalité pose un très grand défi au plan de la régulation émotionnelle du thérapeute. Mais on ne peut pour autant prendre la robustesse du psychisme du psychothérapeute pour acquise. Plusieurs études de prévalence, effectuées auprès de psychologues psychothérapeutes, suggèrent qu'il existe une incidence importante de détresse psychique et de maladie mentale au sein de la profession. Cette incidence serait même plus grande que dans la population générale. Tout récemment, Barnett (2008) qualifiait d'alarmant le niveau de détresse et de perturbation psychologique vécu par les psychologues. L'ensemble des études empiriques disponibles suggère qu'un nombre important de psychologues, entre 15 % et 30 %, serait perturbé psychologiquement et que plusieurs travaillent quand même dans cet état (Wood et al., 1985 ; Floyd et al., 1998 ; Pope et al., 1987). Les psychothérapeutes auraient 60 % de probabilité de vivre un épisode dépressif substantiel au cours de leur carrière (Pope, 1994), et les psychologues masculins ont été signalés comme ayant le plus haut

taux de suicide parmi toutes les professions par l'Occupational and Safety Hazard Administration aux États-Unis (Ukens, 1995).

Les travaux de O'Connell Higgins (1994) sur la résilience aident à comprendre les motivations et certaines dynamiques psychologiques personnelles du psychothérapeute. Ils démontrent qu'une histoire familiale traumatisante peut même se transformer, chez certains, en une capacité exceptionnelle de créer et de maintenir une alliance thérapeutique profonde avec la clientèle. Les sujets de son échantillon devaient répondre à deux critères : présenter une histoire de traumatismes sévères dans l'enfance et se démarquer, à l'âge adulte, par un niveau de fonctionnement social et psychologique optimal, supérieur à la moyenne. Considérant que l'échantillon était constitué de manière aléatoire, la chercheure fût elle-même très surprise de constater qu'un peu plus de la moitié de ses quarante sujets étaient… des psychothérapeutes ! Au plan de la personnalité, O'Connell Higgins décrit ces adultes résilients qui vivent certains enjeux psychiques douloureux tout en ayant atteint un haut niveau d'intégration et de différentiation de leur Soi. Les thérapeutes résilients pratiqueraient un altruisme efficace, tant pour le client que pour eux-mêmes, ce qui les situe aux antipodes du trouble de la personnalité.

Alors que O'Connell Higgins s'est penchée sur le groupe particulier des enfants blessés devenus résilients qui peuvent devenir d'excellents psychothérapeutes, Sussman (1992) s'est intéressé aux psychothérapeutes en général. La méta-analyse de Sussman ainsi que sa propre étude suggèrent que l'exercice de la profession pourrait représenter un effort répété pour surmonter sa propre pathologie de personnalité, avec plus ou moins de succès selon les cas.

Sussman (1992) constate que le passé familial de plusieurs thérapeutes serait déterminant dans leur choix vocationnel. Un ensemble de motivations, dont le désir de résoudre ses propres problèmes émotionnels, contribuerait au désir d'être psychothérapeute. Ces dynamiques, plus ou moins conscientes selon les individus, peuvent autant servir à la guérison personnelle du thérapeute et à l'alliance thérapeutique qu'elles ont le potentiel de nuire à l'alliance, et de contribuer à la chronicisation des difficultés émotionnelles du thérapeute comme à celles du client. Il semble donc intéressant de considérer où en est rendu le psychothérapeute sur sa propre trajectoire de résilience au moment où il entame le travail avec un nouveau client.

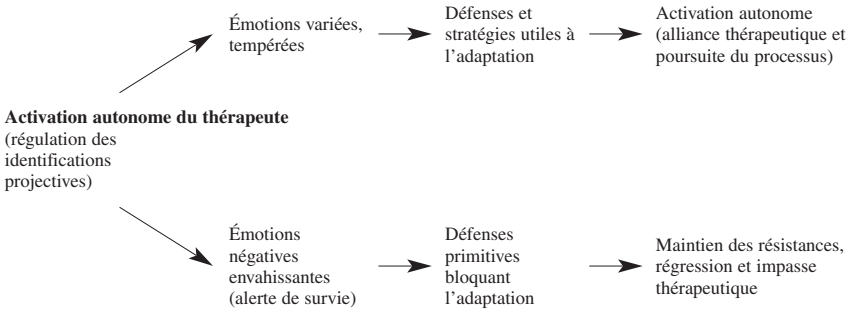
Autorégulation du thérapeute : la triade contre-transférentielle

On pourrait s'attendre à ce que le clinicien moyen soit capable d'« activer son Soi réel » et de s'acquitter de toutes les tâches thérapeutiques pertinentes. Mais ce serait compter sans la réalité de la transmission des affects intenses et dérégulés qui font de l'interaction avec le client souffrant d'un trouble de personnalité une situation anormalement stressante et perturbante pour le psychisme de tout thérapeute. Ce dernier peut présenter, par ailleurs, divers degrés de maturité et de perturbation circonstancielle. La spécialisation avec ce type de clientèle peut devenir une expérience dévastatrice pour un clinicien fragile car elle n'a pas son pareil pour « déboulonner » le psychisme du thérapeute. Mais il est normal que même le thérapeute le plus sain soit régulièrement acculé aux limites de ses capacités de contention et d'adaptation et perde parfois pied.

Les clients avec un trouble de la personnalité peuvent confronter leurs thérapeutes à des questions fondamentales qu'ils ont eues ou ont encore en commun. Suis-je digne d'être aimé tel que je suis ? Suis-je capable d'exprimer qui je suis ? Suis-je capable de contribuer à rendre les autres heureux ? Mon expérience de la réalité est-elle juste ou distordue ? Est-ce que j'appartiens au clan des normaux ou à celui des « tordus » ? Aurais-je un jour une vraie, une bonne vie ? Ces questions peuvent faire écho à celles que se posait le thérapeute dans sa jeunesse perturbée ou à celles qu'il se pose encore aujourd'hui dans le cadre de sa vie professionnelle : suis-je digne de porter le titre de psychothérapeute ? Suis-je une assez bonne « personne thérapeutique » avec ma façon d'être en relation ? Deviendrais-je un jour un vrai, un bon thérapeute ? Suis-je anormal de perdre mes repères et d'être confus dans mon rôle professionnel ? Le thérapeute dont un, ou les deux parents, avait un trouble de la personnalité peut aussi être confronté à des clients qui le traitent, à nouveau, de la manière blessante dont il a été traité enfant dans sa famille. Ces enjeux intensifient le contre-transfert, le rendant plus difficile à contenir et plus susceptible de donner lieu à des passages à l'acte contre-transférentiels.

Le concept de « triade contre-transférentielle du thérapeute », librement inspiré de Masterson, nous servira à explorer les défis et les impasses que le thérapeute rencontre dans la psychothérapie des troubles de la personnalité. Nous considérerons quelles sont les tâches d'activation autonome du thérapeute lui-même.

La triade contre-transférentielle du thérapeute
(adaptation libre du concept de triade des troubles du Soi de Masterson)



Les passages à l'acte contre-transférentiels, qui interfèrent avec l'alliance et le processus thérapeutiques, se produisent dans les moments où le thérapeute n'arrive plus à contenir son contre-transfert. Dépassé par l'intensité des affects, il aura recours, tout comme son client, à des stratégies de régulation efficaces pour dissocier l'affect, mais contre-productives pour le processus. Finissant par se sentir comme son client, il est, lui aussi, susceptible d'agir de manière aberrante, irrationnelle ou impulsive. Les passages à l'acte contre-transférentiels, qui sont inévitables et se produisent régulièrement, ne provoquent une impasse que si le thérapeute ne récupère pas sa position thérapeutique (activation autonome). Pour reprendre l'expression de Winnicott, le thérapeute n'a pas à être parfait mais doit s'acquitter « suffisamment bien » de la contention de son contre-transfert.

Tolérance à la frustration et persévérance malgré les obstacles

La lenteur et la nature erratique du processus thérapeutique, et la nécessité de faire preuve d'une grande patience pour se satisfaire de résultats partiels après beaucoup d'efforts, sont reconnus comme des facteurs de stress et de découragement inhérents à la pratique clinique (Wood et al., 1985 ; Guy, 1987 ; Sherman, 1996). Cela est d'autant plus vrai avec le client souffrant d'un trouble de la personnalité puisqu'il faut souvent de longs mois de travail systématique pour établir une alliance et voir les premiers progrès significatifs. Le thérapeute dont le besoin de réparation demeure inconscient ou immature (Sussman, 1992) risquera davantage que la frustration l'emporte et de déclarer forfait devant cette réalité.

La persévérance du thérapeute à contenir, malgré leur répétition, les attitudes défensives du client finit par le toucher profondément en lui « prouvant », en actes plutôt qu'en paroles, qu'on le croit vraiment capable et digne de progresser. La méfiance paranoïde du client s'atténue et sa motivation se remobilise. Dans les termes de Masterson, la persévérance à intervenir systématiquement sur les défenses est essentielle pour opérer la transition de la phase de testing à celle de perlaboration, soit de la prédominance des passages à l'acte transférentiels à la prédominance de l'alliance thérapeutique.

L'apprentissage des habiletés techniques et affectives nécessaires à la psychothérapie des troubles de la personnalité constitue lui-même un long processus parsemé de passages douloureux. Ce processus est analogue à celui du client qui, pour progresser, doit persévérer dans une activation autonome angoissante ; il fait revisiter au thérapeute en formation ses propres enjeux de séparation-individuation. Certains thérapeutes abandonnent l'apprentissage de l'approche Masterson parce qu'ils se sentent incapables de supporter ce processus, à tort ou à raison. Il existe une dissonance entre leur expérience du processus et leur attente que leur apprentissage de la thérapie des troubles de la personnalité devrait être nettement plus confortable et valorisant. D'autres le poursuivent, même à long terme, sans toutefois parvenir à y accéder en profondeur ni à changer substantiellement leur façon d'intervenir et d'être en relation avec leurs clients. Il faut malheureusement reconnaître que tous les thérapeutes ne possèdent pas à la fois la motivation, la disponibilité et la capacité psychique d'apprendre à conduire des psychothérapies qui vont vraiment au-delà de la phase de testing. Les thérapeutes qui ont des enjeux narcissiques pathologiques peuvent même connaître une réactivation de leur propre dépression d'abandon, parfois une décompensation narcissique franche, et vivre d'intenses conflits dans ce processus de formation qu'ils ont entamé dans l'enthousiasme de l'idéalisation. La cause principale semble se situer dans l'interférence massive que la réalité de la relation avec le client et de la relation de supervision introduit à l'encontre de leur grandiosité. La mise à jour éventuelle du fait qu'ils n'arrivent pas à modifier leur attitude distante, fusionnelle ou hostile envers le client finit par être trop menaçante.

La capacité d'intimité et de gérer une relation conflictuelle

Masterson (1989) définit l'intimité comme la capacité de se dévoiler et de négocier la relation sans que l'angoisse d'abandon ni que l'angoisse d'être englouti par l'autre jusqu'à y perdre son identité ne deviennent trop intenses. La capacité d'intimité du Soi réel suppose

également des relations objectales matures dans lesquelles l'autre est davantage perçu pour ce qu'il est qu'à travers des projections clivées. Le processus thérapeutique demande au thérapeute d'être vrai et authentique tout en restant dans les limites de son rôle et de la réponse aux besoins thérapeutiques changeants du client. La capacité d'intimité, d'affirmation et de gestion des conflits du thérapeute est donc fortement sollicitée, et ce d'autant plus que le client éprouve de sérieuses difficultés à négocier les relations et à tolérer l'anxiété et la frustration. Le processus thérapeutique qui vise des changements intrapsychiques ne peut faire l'économie d'amener à la conscience et de perlaborer les relations d'objet conflictuelles telles qu'elles se rejouent dans la relation thérapeutique. Toute tentative du thérapeute d'esquiver le conflit relationnel en essayant de maintenir une relation « harmonieuse » contribue à stopper le processus, que les partenaires continuent ou non à se rencontrer. Les thérapeutes ne sont pas nécessairement préparés à accepter d'avoir et de gérer plusieurs relations conflictuelles en même temps.

La dynamique relationnelle du trouble de la personnalité mène souvent à une impasse, le client finissant par provoquer ce qu'il craint le plus : le rejet. Son mode relationnel est involontairement blessant pour l'autre : le borderline avec son agrippement et sa culpabilisation de l'autre, le narcissique avec son autosuffisance supérieure et son mépris, le schizoïde avec son détachement et la dureté de sa paranoïa [4]. De plus, la dynamique du client risque d'induire, de réactiver, ou pire, de renforcer chez le thérapeute un douloureux sentiment de rejet et « d'indignité relationnelle » appartenant à son histoire personnelle.

La méfiance envers le thérapeute, le déni de son importance et de sa contribution, sa dévaluation ou sa mise à distance sont banales en début de processus. Ces dynamiques relationnelles n'en sont pas moins potentiellement blessantes pour le thérapeute, et elles peuvent prendre une signification particulière pour celui qui est encore en parcours de résilience et souhaite vivre de meilleures relations. L'impasse relationnelle associée à la phase de testing constitue un défi pour tous les thérapeutes, mais cette impasse peut devenir insurmontable pour le thérapeute qui a un besoin caractériel d'éviter le conflit (Sussman, 1992). Maintenir la relation dans la fusion empêche d'aller en profondeur, car on ne peut aider le client à changer significativement si l'on néglige de travailler le transfert négatif, et on ne peut le faire en déployant continuellement des efforts pour l'empêcher d'émerger, ou si le client sent que le thérapeute ne pourrait pas le supporter.

L'attitude contrôlante du client est bien souvent pénible pour le thérapeute. Le client projette qu'il est à sa merci comme il a senti qu'il l'était avec

les figures parentales et tente par cette attitude de se protéger du danger. Le thérapeute doit donc supporter cette interférence avec son propre besoin de contrôler la relation ou avec son besoin d'éviter d'être perçu comme quelqu'un de menaçant, par désir de recevoir amour et approbation. Il est normal que le thérapeute bascule dans une perception clivée dans laquelle il devient victime de la persécution du client qui tente de le contrôler, et qu'il se sente alors poussé à faire rapidement un passage à l'acte contre-transférentiel pour sortir de l'impuissance. Mais le thérapeute dont la motivation de contrôler l'autre serait trop prononcée ou trop inconsciente (Sussman, 1992) risque de ne pas arriver à surmonter cette impasse.

Les clients qui souffrent d'un trouble de la personnalité sont justement peu capables au départ de mentaliser leurs états affectifs et de s'exprimer spontanément de peur d'être rejeté ou attaqué. Le thérapeute se voit donc placé dans l'obligation de « faire les premiers pas ». Pour que le client s'active, le thérapeute doit se dévoiler le premier et risquer une intervention, exposant ainsi son propre style relationnel et la qualité de la compréhension qu'il a du client et du processus. En activant son Soi réel tout en étant la cible des identifications projectives de son client, il est normal qu'il se sente apeuré, voire paralysé à l'idée d'être rejeté, humilié ou ridiculisé par son client. La capacité du thérapeute à contenir sa peur et sa honte sera ici déterminante. Les thérapeutes qui ont un besoin trop prononcé de demeurer passif et caché (Sussman, 1992), ou une inhibition frappant les échanges spontanés et affectueux, qui se réfugient systématiquement dans la modalité de poser des questions de contenu, et qui exigent du client à l'organisation limite qu'il se conduise en thérapie comme seul un névrotique peut le faire, ces thérapeutes ont peu de chances de pouvoir surmonter cette impasse.

Une caractéristique particulière des thérapeutes résilients de O'Connell Higgins (1994) est le sentiment d'avoir reçu un don d'amour extraordinaire dans une relation non ambivalente avec un substitut. L'accueil et l'acceptation perçues ont notamment aidé le résilient à nourrir une vision individuée de lui-même et de ses talents, et à apprendre, de façon vicariante, les interactions normales d'une famille aimante. Un thème central de l'adulte résilient est de s'être senti littéralement sauvé et de vouloir rendre la pareille. Nous croyons que l'expérience positive avec un tel substitut tuteur de résilience peut raffermir la confiance du thérapeute qu'il peut faire une vraie différence dans la vie de son client, de même que soutenir sa persévérance à s'investir dans le processus malgré les difficultés.

Un grand nombre de thérapeutes, selon Sussman (1992), auraient de sérieuses difficultés au plan de l'intimité pouvant affecter l'alliance

thérapeutique. La profession attirerait les individus qui ont des besoins intenses d'intimité, mais aussi des conflits dans cette sphère, car le rôle de psychothérapeute fournit à la fois une distance et une proximité inégalées. Il conclut que le choix de carrière peut refléter la tentative de parvenir à des relations personnelles plus satisfaisantes. Il remarque que le confort qui découle de la neutralité, de la passivité, de l'inhibition de ses réactions personnelles et du fait que le dévoilement du client est à sens unique, est optimal pour la sécurité du thérapeute qui aurait une tendance pathologique au retrait. Les traits de timidité et de modestie peuvent être sains, mais peuvent aussi cacher, selon lui, une hostilité, une rage et une anxiété importantes qui motivent ces thérapeutes à rester distants pour ne pas exploser de colère ou de panique. La psychothérapie devient alors un refuge contre la frayeur que leur inspire le contact direct avec les gens. Pour sa part, Guy (1987) constate que les psychothérapeutes seraient souvent des personnes qui trouvent difficile de se rapprocher des autres et d'interagir sur une base qui dépasse un niveau superficiel et qui souffriraient plus que les autres d'un sentiment de solitude, du sentiment de ne pas être aimable et d'un sentiment de rejet. Nous avons pu constater que certains thérapeutes ne semblent pas capables de tolérer une profonde intimité à long terme avec les clients ni dans leur vie personnelle ; dans ce cas, sauf exception, le processus avorte ou plafonne rapidement. Les psychothérapeutes résilients de O'Connell Higgins (1994) démontrent, au contraire, une réelle capacité d'intimité. Ils n'évitent pas les relations intimes ni ne se cantonnent dans des relations distantes. L'amour occupe la première place dans leur vie et les relations humaines constituent presque leur religion. Leur vie personnelle intègre des relations conjugales normalisantes qui leur offrent un niveau plus profond de réparation. Cet aspect de la résilience semble être un atout pour le psychothérapeute car il importe, pour son efficacité comme pour sa satisfaction professionnelle, qu'il vive une intimité réelle dans sa vie personnelle (Guy, 1987 ; Sussman, 1992).

Régulation émotionnelle du contre-transfert

Nos clients qui présentent un trouble de la personnalité sont reconnus comme particulièrement stressants et épuisants pour le thérapeute quand ils ont un diagnostic de trouble limite, menacent d'avoir ou ont des conduites dangereuses pour eux-mêmes et pour les autres, perlaborent des enjeux d'abus sexuels, ou ont des comportements tels que les gestes suicidaires, les agressions et la mise à l'épreuve des limites (Skorupa et Agresti, 1993 ; Sherman, 1996). Travailler avec des clients suicidaires pourrait être la situation clinique la plus stressante rencontrée par les psychologues (Sommers-Flanagan et Sommers-Flanagan, 1995 ; Barnett, 2008).

La capacité de régulation émotionnelle du Soi réel implique l'intégration tempérée des affects positifs et négatifs, par opposition à la résurgence systématique des affects primitifs négatifs de la dépression d'abandon. Elle recoupe également la capacité de distinguer l'expérience interne de la réalité externe (Masterson, 1989). Lorsque le thérapeute est capable de réguler son contre-transfert, il peut distinguer sa propre expérience de celle du client et ainsi rester dans une position à la fois empathique et réaliste. Son contre-transfert devient un outil précieux pour appréhender, de l'intérieur, l'expérience subjective du client et pour identifier les relations d'objet pathologiques qui seront confrontées ou interprétées plutôt qu'alimentées. La capacité de tolérer l'expression répétitive d'émotions intenses sans être submergé fait aussi que le client ressent la sécurité intérieure du thérapeute et peut en arriver à porter des parties honteuses ou dissociées de son Soi (Herman, 1992 ; O'Connell Higgins, 1994 ; Schore, 2003).

Lorsque l'intensité affective atteint un certain seuil et désorganise les capacités de mentalisation du thérapeute, il n'est plus en mesure d'intervenir adéquatement. Par exemple, pour dénouer l'impasse avec le client qui manifeste son ambivalence à s'impliquer dans la thérapie, le thérapeute doit être suffisamment décentré de ses propres réactions, de son sentiment d'être attaqué ou rejeté personnellement, pour pouvoir absorber cette communication négative tout en se représentant simultanément le monde affectif qui se cache derrière. Quand son propre psychisme est en détresse, le thérapeute ne peut pas en même temps être empathique à la peur du client d'être encore plus fragmenté, bouleversé ou honteux s'il s'engageait davantage dans l'alliance, et il ne peut l'interpréter. Le thérapeute marche sur un fil, car il a autant besoin de ressentir le contre-transfert d'incompétence et de peur d'être rejeté s'il veut entrer en résonance empathique avec son client, qu'il a besoin de réguler ce contre-transfert de sorte qu'il ne devienne pas envahissant et ne bloque justement son empathie.

Schore (2003) décrit avec brio le processus de régulation émotionnelle avec les clients borderlines. Il comprend la gestion du contre-transfert comme la capacité du thérapeute à observer et à utiliser ses propres réactions viscérales que le client suscite. Il croit que le thérapeute doit être disposé à contenir les projections aussi longtemps que nécessaire, et consentir à être envahi de manière à ressentir, penser et partager les émotions contenues dans ces projections comme si elles faisaient partie de son propre Soi, peu importe leur nature : haine meurtrière, peur de la mort, terreur catastrophique… Ainsi, les affects inconscients peuvent éventuellement franchir le seuil de la conscience et

générer des images mentales chez le thérapeute. Sa capacité à reconnaître et à réguler les affects aversifs en lui est un facteur essentiel mais très difficile du traitement, car le thérapeute ressent une intense pression interne à s'en dissocier. L'interruption de sa connexion empathique, à sa propre souffrance et à celle du client, résulte alors fréquemment en un passage à l'acte contre-transférentiel qui peut être inconscient au clinicien, mais perçu par l'hémisphère droit du client. Schore explique que si le thérapeute n'arrive pas à se réaccorder au client, il lui reprojette l'état négatif dérégulé, ce qui stresse davantage l'alliance thérapeutique. Le client qui reçoit à nouveau une communication stressante non modulée vit alors une répétition de son histoire précoce. Une représentation interne pathologique d'un « Soi-dérégulé-en-interaction-avec-un-Objet-désaccordé » et les défenses primitives qui « anesthésient » l'affect sont ainsi réactivées ou amplifiées.

Quand il n'arrive pas à contenir ses affects, le thérapeute peut chercher, exactement comme son client, à faire assumer le problème par quelqu'un d'autre et avoir recours à des attitudes et à des comportements irrationnels et destructeurs pour l'alliance thérapeutique. Par exemple, il peut devenir envahi par ses affects de désespoir et d'impuissance, au point que sa perception du client épouse étroitement la perception clivée négative de soi que le client nourrit à son propre sujet, c'est-à-dire quelqu'un de méprisable, sans potentiel et complètement responsable de ses problèmes. Des pratiques irrationnelles, ou aberrantes en regard des données probantes ou de l'expérience clinique, peuvent être adoptées. Par exemple, appeler les secours pour un vague discours suicidaire, faire miroiter la médication comme solution garantie pour une symptomatologie subclinique, faire signer un contrat de non suicide pour se rassurer soi-même, sans égard à la signification et à l'impact que cette intervention peut avoir pour le client, ou se débarrasser du client « pour son bien » en l'adressant ailleurs sans prendre le temps d'évaluer la pertinence et la véritable portée des services vers lesquels on le dirige. Ces passages à l'acte contre-transférentiels, qui sont à distinguer du véritable travail d'équipe interdisciplinaire et de la directivité indiquée dans certains contextes comme celui d'un risque suicidaire élevé et imminent, minent l'alliance thérapeutique. Ils alimentent le désespoir du client, son sentiment que personne, pas plus que lui-même, n'arrive à l'aider, que sa détresse est vraiment intolérable et repoussante. Les passages à l'acte peuvent se manifester plus subtilement. Par exemple, lorsque le thérapeute argumente dans un effort de (se) rassurer et de (se) convaincre, ou contre-attaque par une attitude accusatrice, indifférente ou passive-agressive. Lorsque le thérapeute en arrive à se voir comme la victime du « client difficile », le discours

institutionnel fait souvent écho à cette victimisation et renforce l'impasse. Le thérapeute peut intervenir de manière incohérente en oscillant entre deux positions clivées. Il peut dénier que le processus est stoppé et stagne depuis des mois, voire des années. Plusieurs passages à l'acte prennent la forme d'un évitement, ce qui renforce l'évitement du client et peut créer l'impasse en décourageant l'adaptation et l'apprentissage de la maîtrise des situations difficiles. À l'inverse, les efforts du thérapeute pour ne pas tomber lui-même dans l'évitement, en affrontant les sentiments douloureux difficiles à contenir, peuvent résulter en un énorme bénéfice pour la thérapie.

En supervision de groupe, certains thérapeutes sont heurtés par l'expression parfois crue ou intense des réactions contre-transférentielles vécues, partagées et explorées par les collègues et le superviseur. L'expression des sentiments négatifs éprouvés par le thérapeute à l'égard du client passe encore parfois pour un mépris inacceptable et incompatible avec le professionnalisme. Les sentiments contre-transférentiels gagnent au contraire à être reconnus, ventilés et explorés pour que le thérapeute puisse justement mieux retrouver une position empathique et se rapprocher de son client. Le fait d'être à l'aise avec ses propres sentiments et l'expression émotionnelle des autres, et d'avoir une tolérance pour l'entière palette des émotions, est d'ailleurs une des qualités importantes pour l'efficacité thérapeutique (Guy, 1987). Le client limite induit inévitablement des sentiments d'exaspération, de rage, de rivalité, ou de mépris. Les thérapeutes « vertueux » et « respectueux » qui inhibent ces sentiments normaux et qui s'indignent ou se bouleversent quand leurs collègues les ventilent, sont souvent les mêmes qui restent polis mais distants avec le client, rompent facilement leur engagement, laissent les processus avorter sans rien tenter, sont prompts à conclure que le client n'est pas motivé ou pas capable, bref, qui « abandonnent » ces clients qu'ils affirment tant respecter. À ce sujet, Sussman (1992) relève que le sadisme inconscient du thérapeute peut se cacher derrière un discours compatissant ou se manifester indirectement par une neutralité thérapeutique contre-transférentielle.

La synthèse de Sussman (1992) aborde plusieurs passages à l'acte contre-transférentiels pouvant tirer leur origine de la personnalité du thérapeute. Par exemple, le thérapeute dont l'agressivité est trop désavouée favorise les impasses en étant incapable de confronter les clients, d'établir des limites et des frontières fermes, d'exiger un paiement, de faire une interprétation douloureuse ou d'agir de manière décisive lorsque cela est nécessaire. Une tendance masochiste trop prononcée ou inconsciente peut faire entrer le thérapeute dans une collusion défensive

involontaire, et il préfère alors se laisser dévaluer et victimiser plutôt que d'interpréter, frustrer, ou poser des limites nécessaires. Les psychothérapeutes qui ont des besoins de dépendance non assumés peuvent compter sur leurs clients pour leur fournir soutien et approbation, et se cantonner dans un rôle maternant qui entrave la maturation du client. Le fantasme du sauveur et le besoin de réparation, pratiquement universels chez les psychothérapeutes, s'ils ne sont pas hautement sublimés, rendent le thérapeute incapable de suspendre les interventions jusqu'au moment approprié, et de résister à l'impulsion de se lancer immédiatement à la rescousse. Ils peuvent aussi le rendre trop dépendant des progrès de ses clients.

L'importance de la vie personnelle du thérapeute pour sa capacité de régulation émotionnelle au travail ne saurait être sous-estimée. Plusieurs rapportent vivre des émotions et des pensées rattachées à leur travail avec la clientèle, et en être envahis à des degrés divers. Lorsque la frontière entre le travail et la vie personnelle se brouille, l'expérience devient encore plus angoissante pour le thérapeute qui n'a pas une vie personnelle riche et stable au plan affectif, ou le sentiment solide d'en avoir une pour vrai. Il va sans dire qu'il y a un problème quand le contre-transfert interfère régulièrement avec les activités de la vie personnelle ou le rôle parental du thérapeute, mais nous croyons que pour apprendre à bien travailler avec cette clientèle il est parfois nécessaire d'accepter de souffrir et d'être relativement envahi dans sa vie personnelle. Ceci pour de courtes périodes et de façon ponctuelle, et particulièrement quand le thérapeute est en apprentissage ou lors d'une crise suicidaire sérieuse. L'idée d'un tel don de soi peut sembler choquante en regard des valeurs sociales actuelles, mais il semble que le thérapeute, s'il est généralement heureux dans sa vie, soit capable de cette générosité occasionnelle. De plus, il doit bien s'attendre à quelques sacrifices s'il vise à entraîner son psychisme à une tâche aussi complexe et exigeante que la psychothérapie des troubles de la personnalité. Le thérapeute risquera moins de s'identifier aux attaques du client s'il reçoit dans sa vie personnelle du réconfort, de l'amour, de l'affection, des sentiments de réussite et de fierté, et si sa propre vie n'est pas trop frustrante et comporte des loisirs qui tranchent avec l'introspection et le don de soi. Par contre, lorsque notre vie personnelle comporte trop de frustration, la souffrance endurée dans la relation avec les clients et les images négatives qu'ils nous renvoient constamment, leur déception, leur colère et leur apparente indifférence créent un déséquilibre trop grand.

Les psychothérapeutes résilients pourraient être avantagés pour la régulation du contre-transfert. Selon O'Connell Higgins (1994), ils

possèdent une large gamme émotionnelle et une grande sensibilité et se démarquent dans leur capacité de manifester simultanément une distanciation psychologique, adaptative et une ouverture à leurs propres expériences affectives et à celles des autres. Cette chercheure ne postule pas une trajectoire de résilience sans heurts, car ces personnes se sont débattues avec une anxiété, une dépression et une rage considérables secondaires aux traumatismes, durant leur adolescence et jusqu'à l'âge adulte. L'expérience personnelle des thérapeutes résilients d'avoir su trouver des moyens d'intégrer et de canaliser leur souffrance, d'avoir lutté si férocement avec succès pour leur santé mentale, leur intégrité et leur autonomie, et le fait que même enfants ils ne se soient jamais sentis complètement impuissant ni désespéré (O'Connell Higgins, 1994), nous semble de nature à soutenir la motivation et l'optimisme du thérapeute et son investissement dans la résilience du client. De plus, le fait que les thérapeutes résilients aient eux-mêmes surmonté leurs traumatismes est probablement ressenti de façon puissante par leurs clients (Herman, 1992).

Régulation narcissique

Masterson (1989) définit la régulation narcissique saine comme la capacité de rêver, de se fixer des objectifs réalistes, de reconnaître ses réussites et d'accepter ses limites de manière relativement autonome et de reconnaître la contribution de l'environnement. Le maintien d'un sentiment interne stable d'être suffisamment bon et important s'appuie principalement sur des accomplissements réels, et nettement moins sur des fantaisies grandioses. À cause de l'intensité de la dévaluation et de l'idéalisation continuelles dont il est la cible, des réactions de déséquilibre narcissique sont normales chez le thérapeute et il peut être troublant pour lui de se retrouver parfois dans le même état et de réagir comme son client.

Un thérapeute au narcissisme plus fragile risque davantage d'alimenter une impasse en restant pris dans le clivage, car il a au départ, dans son monde interne, une partie dévaluée de soi plus importante. Cette fragilité a plus de chances d'être réactivée et de devenir envahissante lorsqu'elle entre en résonance avec la dévaluation du client. De même, le thérapeute novice possède moins d'expériences antérieures de succès pour mitiger l'impact de la dévaluation.

D'autres impasses peuvent se produire quand le thérapeute devient trop blessé narcissiquement dans la relation avec le client. Il n'a alors plus accès à l'humilité nécessaire pour reconnaître qu'il pourrait avoir besoin de supervision, de formation ou de thérapie personnelle

supplémentaire. Les réactions de honte et la peur du jugement sont loin d'être rares, comme si les thérapeutes entretenaient collectivement la croyance qu'ils devraient, parvenus à un certain niveau de compétence et d'expérience, se débrouiller seuls. Notre propre expérience et nos pratiques nous portent plutôt à croire qu'il est sain et souhaitable que le thérapeute, même expérimenté et ayant du succès dans le traitement des troubles de la personnalité, conserve une forme quelconque de soutien continu lui permettant d'explorer son vécu avec ses clients (supervision, supervision entre pairs en groupe ou en dyade, thérapie personnelle…).

Les motivations narcissiques du thérapeute font partie du processus thérapeutique mais ne sont pas nécessairement pathologiques ni source d'impasses, car l'investissement émotionnel dans son travail peut être l'expression d'un narcissisme sain et de relations objectales matures (Guy, 1987 ; Sussman, 1992 ; O'Connell Higgins, 1994). Toutefois, le désir conscient d'aider peut masquer, chez certains thérapeutes, le besoin d'utiliser leurs clients pour compenser leur faible estime de soi et une posture d'exploitation égocentrique (Guy, 1987 ; Sussman, 1992).

Les résultats de O'Connell Higgins (1994) suggèrent aussi que l'altruisme peut être un important facteur de résilience pour le thérapeute. Les psychothérapeutes résilients tirent une fierté légitime et une gratification authentique de leur investissement altruiste intense. Ils se sentent bien et « bons » de faire le bien en étant capables d'aimer les autres profondément et en aidant ceux qui ont eu des enfances semblables. Leur travail, qui leur procure un intense plaisir, devient ultimement une œuvre d'amour. En donnant ce qu'ils n'ont pas reçu, ils recréent une version plus idéale d'un amour essentiel qu'ils n'ont pas suffisamment reçu en tant qu'enfant, et l'expérimentent de façon vicariante. Ils corrigent également l'expérience d'épuisement et d'impuissance vécue dans leur famille d'origine. La chercheure souligne cependant l'importante distinction entre le narcissisme pathologique et l'altruisme du résilient : les résilients donnent aux autres ce dont les autres ont besoin, indépendamment que cela transforme ou non leurs expériences d'enfance sur un plan symbolique, et ils sont capables de faire la différence entre leur situation et celle des clients. Bien qu'ils aient été blessés narcissiquement et qu'ils se débattent avec un sentiment intérieur d'être eux-mêmes « mauvais », les résilients font preuve d'une régulation narcissique saine. Ils maintiennent simultanément à ce sentiment négatif de soi une estime de soi élevée, ancrée dans leurs accomplissements réels et leur compétence exécutive et interpersonnelle.

Par contre, lorsque la structuration du Soi du thérapeute est déficiente, ses propres besoins narcissiques sont si intenses qu'ils

contaminent le processus thérapeutique et ont constamment préséance sur les besoins affectifs du client. Toujours d'après la synthèse de Sussman (1992), les gratifications narcissiques exceptionnelles que procure le rôle de psychothérapeute expliqueraient en partie pourquoi un si grand nombre d'individus avec un déséquilibre narcissique sont attirés par cette profession. Les sentiments inconscients de supériorité qui contribuent à l'intérêt pour la psychiatrie et la psychologie ne se manifestent pas par une vanité apparente, mais bien comme une modestie excessive, de l'abnégation, une réserve, et une tendance à s'entourer de mystère, ce que Sussman souligne comme étant entièrement compatible avec le rôle de thérapeute.

Les thérapeutes qui ont un besoin immature de leurs clients, manifesteraient, selon Sussman (1992), des aspirations grandioses inconscientes d'omniscience, d'omnipotence et de bienveillance inconditionnelle. Ces dynamiques rendent le thérapeute plus fragile au contre-transfert induit par identification projective à cause de sa difficulté personnelle préexistante à contenir les sentiments de vulnérabilité, d'impuissance, de peur, d'humiliation et d'insécurité.

Le besoin d'omniscience comporte le risque que le thérapeute devienne incapable de tolérer l'anxiété et l'incertitude inhérentes à une exploration thérapeutique authentique. Il peut alors chercher à se réfugier dans des explications préconçues et dogmatiques, surévaluer l'insight intellectuel et entraver le processus de renonciation à l'idéalisation du thérapeute (Sussman, 1992). Le « complexe du sauveur » pousserait ces thérapeutes à se présenter à leurs clients comme ayant toujours raison, à maintenir un idéal de pouvoir guérir tous ceux qui se présentent pour de l'aide, et à attribuer les échecs aux clients. Annie Reich (1951) qualifie de « syndrome du toucher de Midas » la conviction irrationnelle que toute personne suivie par le psychothérapeute manifestera des changements spectaculaires. Ces thérapeutes essaient alors d'accentuer le transfert positif en étant soutenants, rassurants, et en complimentant le client outre mesure dans un effort d'obtenir son affection et son admiration, ce qui est généralement iatrogène (Sussman, 1992).

Certains thérapeutes nourriraient leur sentiment de supériorité personnelle en essayant de projeter une image de bienveillance absolue. Ces thérapeutes s'identifient à l'image d'une personne tendre, douce, affectueuse, émotive, sensible, intime, pacifique, altruiste et non matérialiste, mais ne ressentent pas réellement ces sentiments, ni n'incarnent concrètement ces valeurs (Sussman, 1992). Ceci n'est pas sans nous rappeler le décalage qui existe entre le discours du client narcissique et

la réalité concrète de ses comportements et de ses accomplissements. Toujours selon Sussman, sa tolérance grandiose donne au thérapeute une posture de supériorité morale et de grande magnanimité envers la personne inférieure tolérée avec un regard positif inconditionnel. Une telle attitude empêche l'émergence de l'hostilité et sa perlaboration, alors qu'il est normal que la haine et la destructivité des clients évoquent les mêmes sentiments chez le thérapeute. Les thérapeutes plus fragiles n'acceptent pas ces sentiments car ils contredisent leurs idéalisations narcissiquement investies d'eux-mêmes. Sussman estime que cette dynamique est contreproductive car d'essayer d'être une personne aimante et sans ambivalence restreint la relation thérapeutique et la rend moins authentique. Guy (1987) observe aussi que certains psychothérapeutes peuvent être motivés par la croyance erronée, qui cache une grandiosité sous-jacente, que leur amour, leur tendresse, leur acceptation et leur accueil ont des pouvoirs magiques et sont curatifs en soi.

L'attrait du pouvoir et du contrôle et le besoin d'établir une position de supériorité joue parfois un rôle central dans le désir de pratiquer la psychothérapie chez ceux qui se sentent effrayés et impuissants dans leur propre vie (Guy, 1987 ; Sussman, 1992). Grâce à l'inégalité inhérente à la relation client-thérapeute, le thérapeute a la possibilité de projeter que c'est lui qui est fort, sain, et en contrôle de la situation. Les thérapeutes qui ont un besoin de contrôle et de pouvoir prononcé peuvent trouver difficile de se soumettre à de la supervision ou à une thérapie personnelle, et ils doivent se défendre contre une incapacité à faire confiance aux autres et à avoir des relations profondes. La conséquence néfaste sur le travail du thérapeute est d'entraver la compréhension empathique et de rendre plus difficile l'acceptation des résistances des clients et des échecs thérapeutiques (Sussman, 1992).

Le client qui souffre d'un trouble de la personnalité est honteux, a des attentes irréalistes et sent qu'il ne peut pas faire confiance au thérapeute ni lui révéler ouvertement ses besoins. L'éthique d'autosuffisance qu'il manifeste peut interférer avec le besoin du thérapeute de se sentir important, utile et bienveillant dans la vie de l'autre. S'il est pris dans ce contre-transfert, il lui devient difficile de comprendre et d'interpréter l'attitude autosuffisante du client à la lumière de ses expériences passées. Il peut le vivre comme une insulte personnelle ou une preuve de son incompétence, et croire implicitement que le client ne devrait pas résister et/ou que lui-même devrait être capable d'obtenir rapidement que le client lui fasse confiance. En supervision, il peut s'impatienter et insister pour que le superviseur lui indique sur le champ

quoi faire ou quoi dire pour créer l'alliance instantanément et une bonne fois pour toutes.

Activation autonome

L'activation autonome proprement dite comprend la capacité d'identifier ses intérêts authentiques, de se fixer des buts personnels, de persévérer malgré les obstacles, de défendre ses buts lorsqu'ils sont attaqués en mobilisant une agressivité constructive, et de maintenir le sentiment de pouvoir maîtriser les situations et de pouvoir compter sur l'aide de l'environnement (Masterson, 1989). La psychothérapie des troubles de la personnalité exige du thérapeute qu'il fasse preuve de courage et d'initiative et qu'il s'affirme en risquant de décevoir son client, d'être méprisé par lui, ou même « abandonné » si le client menace de mettre fin à la thérapie. Puisqu'il doit être le gardien de la réalité pour faire contrepoids aux fantaisies pathologiques du client (Masterson, 1989), le thérapeute doit être capable d'assumer le leadership de la thérapie et son rôle d'expert lorsque cela est indiqué. Les thérapeutes qui sont trop passifs et inhibés connaissent beaucoup plus d'impasses, de même que ceux qui se réfugient derrière un style de thérapie trop neutre.

Les difficultés du thérapeute à assumer un leadership peuvent se manifester de plusieurs manières. Elles peuvent tout autant refléter des difficultés personnelles qui lui appartiennent que la dérégulation affective ponctuelle induite par l'exposition aux affects du client. Par exemple, il est très courant que le thérapeute devienne inhibé en réaction à l'atmosphère d'anxiété et de tension dont la relation est empreinte, ou qu'il abdique devant la toxicomanie parce qu'il est contaminé par l'impuissance et le désespoir que le client ressent à la perspective de l'abstinence.

Dire tout simplement et franchement la vérité est parfois l'intervention de choix à laquelle on ne pense pas pour dénouer une impasse. Le client peut être perçu comme trop fragile pour entendre la vérité quand, en réalité, c'est le thérapeute qui se protège, n'arrive pas à contenir les projections du client et rationalise qu'il serait sadique ou prématuré de nommer certains enjeux. D'autres thérapeutes, débordés mais davantage capables de se contenir, peuvent choisir de vivre leurs tiraillements contre-transférentiels en cherchant une manière douce et empathique, mais ferme et courageuse, d'ouvrir le dialogue sur des choses difficiles.

L'inhibition à intervenir sur les demandes irréalistes est une source fréquente d'impasses. Le thérapeute doit prendre la direction du service offert, comme le client celle de sa vie, en s'appuyant sur un sens solide

de son identité professionnelle et de son rôle auprès du client et en fixant des objectifs réalistes compte tenu du degré de sévérité, des contraintes institutionnelles et des ressources du client. Il peut ainsi soutenir les efforts du client pour maîtriser la situation de façon réaliste au lieu d'alimenter le recours aux stratégies inadaptées et à la pensée magique. Les thérapeutes qui insistent pour travailler d'une manière qui accueille inconditionnellement la subjectivité du client sans jamais se positionner eux-mêmes créent involontairement des impasses. En effet cette posture valide et renforce les états subjectifs pathologiques du Faux Soi défensif et les passages à l'acte, au lieu de prendre parti pour soutenir l'émergence de la partie saine et authentique du Soi.

Les difficultés personnelles d'activation autonome du thérapeute peuvent également se manifester par l'incapacité à faire autre chose que de simples reflets et reformulations mécaniques, malgré une aide soutenue en supervision. Dans de rares cas, on peut même observer un refus catégorique d'expérimenter de nouvelles interventions et une revendication agressive d'avoir le droit de s'en tenir à « mon approche » et « mes valeurs », tout cela en dépit du manque évident de progression ou même de la détérioration du tableau clinique. Cette attitude d'agrippement à une « approche » ou à une « technique », dénaturée et rendue simpliste, peut permettre au thérapeute de demeurer à distance de la détresse du client ou d'éviter de s'exposer lui-même et de ressentir la dépression d'abandon qui accompagnerait sa propre activation autonome.

Encore une fois, les thérapeutes résilients semblent avantagés quant aux défis d'activation autonome. O'Connell Higgins (1994) rapporte qu'ils tirent une fierté à agir avec un fort sentiment de direction et d'efficacité et s'attendent à ce que la compétence et la persévérance fonctionnent. Ils se tiennent aussi, et tiennent les autres, étroitement responsables de leurs motivations et des conséquences de leurs actions. Adolescents, ils se sont tenus eux-mêmes responsables de leur guérison et ont reçu une aide substantielle en psychothérapie.

Modulation des frontières identitaires

Selon Schore (2003), l'utilisation thérapeutique de l'identification projective implique que le thérapeute doive augmenter la perméabilité de ses frontières pour atteindre un meilleur accordage à l'état du client.

S'il importe de pouvoir accueillir l'inévitable étrangeté et multiplicité de notre monde intérieur, et de reconnaître l'aide précieuse que nos clients souffrant d'un trouble de la personnalité nous apportent pour en découvrir les facettes, il semble que la perméabilité des

frontières identitaires soit une expérience plus angoissante pour certains thérapeutes que pour d'autres. Ceux dont l'identité personnelle ou professionnelle est plus fragile risquent de se sentir rapidement envahis ou remis en question de manière insupportable dans leur compétence ou leur intégrité. Les perturbations psychiques qui résultent des interactions avec la clientèle peuvent aussi être ressenties comme une menace à une facette importante de l'identité du thérapeute, son Soi résilient ou en voie de résilience. Le fait d'être ramené, même si ce n'est que temporairement et exclusivement dans le contexte de la thérapie, à des dynamiques et des états affectifs régressés, peut réactiver la partie du thérapeute qui se sent « mauvais » ou « malade » comme les membres de sa famille d'origine, et remettre douloureusement en question son sentiment de s'être suffisamment guéri de son passé.

Représentations riches et nuancées de la réalité

Masterson (1989) a décrit comment les situations d'activation autonome sont associées, chez l'individu atteint d'un trouble de personnalité, à l'incapacité de maintenir des représentations de soi, de l'autre et des situations qui soient nuancées et intègrent les aspects positifs et négatifs, frustrants et gratifiants. Cependant, les capacités de mentalisation se détériorent rapidement chez toute personne dont l'état émotionnel, positif ou négatif, atteint une certaine intensité. Ce phénomène se produit indépendamment du fait que la triade dynamique de Masterson représente ou non son mode de fonctionnement habituel. La capacité de maintenir une représentation riche et nuancée de la réalité, par opposition au clivage et aux distorsions, est donc temporairement perdue dans les moments émotionnellement très intenses avec le client. Il est inévitable que le thérapeute connaisse régulièrement de troublantes altérations de sa propre expérience de la réalité et que son jugement clinique et son intervention deviennent biaisés.

Les représentations cognitives et affectives que le thérapeute se fait du client et de lui-même, dans la situation clinique, subissent l'impact du transfert d'affects, font partie du contre-transfert et influencent directement l'intervention. Le concept de triade dynamique de Masterson aide à nourrir l'empathie du thérapeute. Ce concept lui permet de réaliser que c'est la peur d'être détruit par la dépression d'abandon qui retient le client de parler ou d'agir ouvertement et stratégiquement pour combler ses besoins légitimes et qui le pousse aux agirs destructeurs. Les défenses peuvent alors cesser d'être perçues comme une offense faite au thérapeute et être considérées comme un compromis, mauvais mais sécurisant, permettant au client de réessayer encore et encore,

douloureusement, maladroitement et courageusement, de se rapprocher de nous dans l'espoir toujours renouvelé, même s'il a été souvent déçu, de recevoir enfin de l'aide. La perception qu'a le thérapeute de ce que le client devrait être en train de faire ou de ne pas faire en thérapie affecte le contre-transfert et peut créer des impasses, comme elle peut aider à en résoudre. Des perceptions erronées peuvent être renforcées par le manque de formation, et se perpétuer à travers les clichés et les mythes qui circulent dans la culture professionnelle et qui n'aident pas à accueillir le client tel qu'il se présente, c'est-à-dire du mieux qu'il peut étant donné ses blessures et son niveau de maturité. Les thérapeutes peuvent avoir de la difficulté à gérer ce qu'ils perçoivent être des attentes démesurées auxquelles il sera impossible de répondre. Certains peuvent être dérangés par la demande affective ou la façon dont le client tente d'entrer en relation, car elles tranchent avec leur besoin personnel de distance ou avec la conception de la neutralité qu'ils ont apprise de leurs mentors.

Conclusion

La psychothérapie individuelle à long terme des troubles de la personnalité sévères et modérés présente continuellement au thérapeute de très grands défis de régulation affective qui constituent autant de risques d'impasse. Le thérapeute ne peut évidemment pas triompher de tous les obstacles et plusieurs facteurs restent hors de son contrôle. Tout en reconnaissant les exigences et la complexité de la tâche, il demeure que la capacité personnelle du thérapeute à contenir son contre-transfert peut diminuer de beaucoup les impasses. La capacité à moduler les affects primitifs communiqués par identification projective et à regagner une position empathique s'améliore avec la robustesse et la maturité du psychisme du thérapeute, avec une formation pertinente et intensive spécifiquement adaptée à l'intervention auprès de cette clientèle, et avec un support émotionnel régulier pour le thérapeute incluant la psychothérapie personnelle. Il serait souhaitable que les intervenants soient mieux informés et mieux préparés à affronter les risques encourus dans ce type de travail, autant pour eux-mêmes que pour la clientèle. En effet, le choc entre la dynamique du client et celle du thérapeute peut être dévastateur pour le clinicien fragile. Ce travail comporte également des risques non négligeables de retraumatisation iatrogène pour le client, même quand il est effectué par les thérapeutes en bonne santé mentale, qui semblent constituer la majorité.

Notes

1. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers James F. Masterson, md, Ralph Klein, md et Richard E. Fischer, Ph. D, qui m'ont appris mon métier de 1993 à 1998, ainsi qu'à Louise Gaston, Ph.D. pour sa très précieuse contribution lors de nos supervisions entre pairs de 2001 à 2004.

2. L'Institut Victoria est une clinique et un centre de formation privé spécialisés dans le traitement des troubles de la personnalité. Depuis sa fondation en 1995, l'Institut Victoria a dispensé de la formation et de la supervision d'équipe dans environ cent cinquante institutions du réseau public de santé et organismes communautaires à travers le Québec. Il participe à la formation d'étudiants du doctorat de psychologie par le biais d'un programme d'internat inauguré en 2008.

3. Le lecteur peut consulter les livres de Masterson cités en référence pour une description complète de l'approche de traitement, ou Bessette (2007) pour une synthèse vulgarisée en français.

4. Nous faisons ici référence aux structures intrapsychiques borderline, narcissique et schizoïde de Masterson et non aux troubles du même nom dans la classification du DSM-IV.

Références

BARNETT, J. E., 2008, Impaired professionals : Distress, professional impairment, self-care and psychological wellness, in Hersen, M., Gross, A. M., eds., *Handbook of Clinical Psychology, Vol I : Adults*, John, Wiley and Sons Inc., New Jersey, 857-884.

BATEMAN, A., FONAGY, P., 2009, Randomized controlled trial of outpatient mentalization treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 166, 12, 1355-1364.

BESSETTE, M., 2006, *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*, Institut Victoria, Montréal, document de formation inédit.

BESSETTE, M., 2007, L'Approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité, in Labrosse, R., Leclerc, C., éds., *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs*, Tome 1, Éditions Ressources, Québec.

BOXLEY, R., DREW, C. R., RANGEL, D. M., 1986, Clinical trainee impairment in APA approved internships programs, *Clinical Psychologist*, 39, 49-52.

CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O., 2007, Evaluating three treatments for borderline personality disorder ; a multiwave study, *The American Journal of Psychiatry*, 164, 6, 922-928.

CYRULNIK, B., 1999, *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris.

ELLIOT, D. M., GUY, J. D., 1993, Mental health professionals versus non-mental health professionals : Childhood trauma and adult functioning, *Professional Psychology : Research and Practice*, 24, 83-90.

FLOYD, M., MYSZKA, M. T., ORR, P., 1998, Licensed psychologists'knowledge and utilization of a state association colleague assistance committee, *Professional Psychology : Research and Practice*, 29, 6, 594-598.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M., 2002, *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, Other Press, New York.

GIESEN-BLOO, J., 2006, Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

GUY, J. D., 1987, *The Personal Life of the Psychotherapist*, Wiley, New York.

HIGGINS O'CONNELL, G., 1994, *Resilient Adults : Overcoming a Cruel Past*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

HERMAN, J. L., 1992, *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.

KASLOW, N. J., FRIEDMAN, D., 1984, The interface of personal treatment and clinical training for psychotherapist trainees, in Kaslow, F. W., ed., *Psychotherapy with Psychotherapists*, Haworth, New York, 33-57.

LINEHAN, M., 1993, *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, New York.

MASTERSON, J. F., 1983, Countertransference and Psychotherapeutic Technique : Teaching Seminars on Psychotherapy of the Borderline Adult, Brunner/Mazel, New York.

MASTERSON, J. F., KLEIN, R., 1989, *Psychotherapy of the Disorders of the Self : The Masterson Approach*, Brunner/Mazel, New York.

MASTERSON, J. F., LU COSTELLO, J., 1983, *From Borderline Adolescent to Functioning Adult : the Test of Time*, Brunner/Mazel, New York.

MASTERSON, J. F., KLEIN, R., 1995, *Disorders of the self : New Therapeutic Horizons*, Brunner/Mazel, New York.

MASTERSON, J. F., 2000, *The Personality Disorders : A New Look at the Developmental Self and Object Relations Approach*, Zeig, Tucker and Co., Phoenix.

MASTERSON, J. F., 2006, *The Personality Disorders through the Lens of Attachment Theory and the Neurobiologic Development of the Self*, Zeig, Tucker and Theisen, Phoenix.

MILLER, A., 1981, *Prisoners of Childhood : The Drama of the Gifted Childhood*, Basic Books, New York.

O'CONNOR, M. F., 2001, On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists, *Professional Psychology : Research and Practice*, 3, 4, 345-350.

POPE, K. S., 1994, What therapists don't talk about and why, *Address at the 102nd Annual Convention of the American Psychological Association*, Los Angeles, CA.

REICH, A., 1951, On countertransference, *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25-31.

SCHORE, A.N., 2003, *Affect Regulation and the Repair of the Self*, W.W. Norton, New York.

SHEDLER, J., MAYMAN, M., MANIS, M., 1993, The illusion of mental health, *American Psychologist*, 48, 11, 1117-1131.

SHERMAN, M. D., 1996, Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists, *Clinical Psychology Review*, 16, 4, 299-315.

SHERMAN, M. D., THELEN, M. H., 1998, Distress and professional impairment among psychologists in private practice, *Professional Psychology : Research and Practice*, 24, 3, 281-285.

SKORUPA, J., AGRESTI, A. A., 1993, Ethical beliefs about burnout and continued professional practice, *Professional Psychology : Research and Practice*, 24, 3, 281-285.

SOMMERS-FLANAGAN, J., SOMMERS-FLANAGAN, R., 1995, Intake interviewing with suicidal patients : A systematic approach, *Professional Psychology : Research and Practice*, 26, 1, 41-47.

SUSSMAN, M. B., 1992, *A Curious Calling : Unconscious Motivations for Practicing Psychotherapy*, Jason Aronson, Northvale.

WOOD, B. J., KLEIN, S., CROSS, H. J., LAMMERS, C. J., ELIOTT, J. K., 1985, Impaired practitioners : Psychologists' opinions about prevalence, and proposals for intervention, *Professional Psychology : Research and Practice*, 16, 843-850.

YEOMANS, F. E., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O., 2002, *A Primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson, Northvale.

ABSTRACT

Psychotherapy in borderline personality disorders: when the impasse is not on the client's side

This article explores the contribution of the psychotherapist to therapeutic impasses occurring with clients suffering from borderline personality disorder, centering on Masterson's concepts of dynamic triad and on impasses resulting from a failure of regulation of counter-transference. The therapist's numerous dynamics—often raised himself in a dysfunctional family—are explored in the possible interactions with the client's pathological dynamic. These dynamics can evolve on a theoretical continuum that goes from predominance of character defences to complete resilience. In conclusion, the very high demands of psychotherapy of borderline personality disorders on the level of regulation of counter-transference, a crucial factor in efficiency and therapeutic alliance are underlined. The author shares her clinical experience supported by a literature review on the mental health and personal life of psychotherapists.

RESUMEN

Psicoterapia de los trastornos de la personalidad: cuando el callejón sin salida no está del lado del cliente

Este artículo explora la contribución del psicoterapeuta a los callejones sin salida con la clientela que sufre de un trastorno de la personalidad. Se centra en el concepto de triada dinámica de Masterson y en los callejones resultado de un fracaso de la regulación de la contratransferencia. Se exploran varias dinámicas del terapeuta, con frecuencia él mismo resultado de una familia disfuncional, en las interacciones posibles con la dinámica patológica del cliente. Estas dinámicas pueden evolucionar en un continuum teórico que va desde la predominancia de las defensas de carácter a la completa resiliencia. Por último, se recalcan las exigencias tan elevadas que incluye la psicoterapia de los estados límite en relación al plan de la regulación de la contratransferencia, un factor crucial para la eficacia y la alianza terapéutica. La autora comparte su experiencia clínica apoyada por una recensión de textos sobre la salud mental y la vida personal de los psicoterapeutas.

RESUMO

Psicoterapia dos transtornos de personalidade: quando o impasse não está do lado do paciente

Este artigo explora a contribuição do psicoterapeuta aos impasses com os pacientes que sofrem de transtorno de personalidade, concentrando-se no conceito de tríade dinâmica de Masterson e nos impasses que resultam de uma derrota da regulação da contratransferência. Várias dinâmicas do terapeuta, frequentemente ele mesmo vindo de uma família disfuncional, são exploradas nas interações possíveis com a dinâmica patológica do paciente. Essas dinâmicas podem evoluir em um *continuum* teórico que vai da predominância das defesas de personalidade à completa resiliência. Finalmente, são ressaltadas as exigências muito elevadas que a psicoterapia comporta dos estados limite no plano da regulação da contratransferência, um fator crucial para a eficácia e a aliança terapêutica. A autora compartilha sua experiência clínica apoiada por uma recensão da literatura sobre a saúde mental e a vida pessoal dos psicoterapeutas.