

Attachement insécuré/désorganisé et trouble de personnalité limite : peut-on sortir de l'impasse thérapeutique ?

Insecure/disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: overcoming therapeutic impasse

Apego inseguro/desorganizado y trastorno de la personalidad límite: ¿se puede salir del callejón terapéutico sin salida?

Apego inseguro/desorganizado e transtorno de personalidade limite: é possível sair do impasse terapêutico

Jean-Sébastien Leblanc, Suzane Renaud, Amal Wahbi and Jacques Cloutier

Santé mentale au coeur de la ville I
Volume 36, Number 2, Fall 2011

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1008594ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1008594ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Leblanc, J.-S., Renaud, S., Wahbi, A. & Cloutier, J. (2011). Attachement insécuré/désorganisé et trouble de personnalité limite : peut-on sortir de l'impasse thérapeutique ? *Santé mentale au Québec*, 36 (2), 145–159.
<https://doi.org/10.7202/1008594ar>

Article abstract

In this article, the authors discuss the obstacles in the therapeutic relationship with patients with Borderline Personality Disorder because of problematic transference. They present the case of a patient and describe a therapeutic impasse triggered by an exacerbated insecure/disorganized attachment. They discuss strategies to resolve the therapeutic deadlock elaborated according to the attachment theory formulation and the understanding of transference issues.



Attachement insécuré/désorganisé et trouble de personnalité limite : peut-on sortir de l'impasse thérapeutique ?

Jean-Sébastien Leblanc*

Suzane Renaud**

Amal Wahbi***

Jacques Cloutier****

Dans cet article, les auteurs discutent du travail thérapeutique auprès des personnes qui ont un trouble de personnalité limite, une démarche qui présente des difficultés particulières dans la relation thérapeutique. Ils présentent le cas d'une patiente et décrivent une impasse thérapeutique engendrée par l'exacerbation d'un attachement insécuré/désorganisé. Les auteurs discutent des stratégies de résolution élaborées en lien avec la théorie de l'attachement et la compréhension des enjeux transférentiels et contre-transférentiels.

Le traitement des personnes qui souffrent d'un trouble de personnalité limite est un défi constant pour les thérapeutes. Les écueils sont nombreux particulièrement sur le plan contre-transférentiel. Cet article décrit une impasse thérapeutique qui est fréquente sous les angles de la théorie de l'attachement et de la mentalisation. Le cas présenté illustre les facteurs qui contribuent à l'impasse en plus de proposer certaines pistes de solutions.

La théorie de l'attachement et le concept de mentalisation

Lors des premières descriptions du trouble de personnalité limite (TPL), il y a plus de quarante ans, les psychanalystes rapportaient des transferts rapidement installés et intenses avec idéalisation du thérapeute,

* Ph.D., psychologue, Clinique des troubles de personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

** Ph.D., psychiatre, Clinique des troubles de personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

*** Ph.D., psychologue, Clinique des troubles de personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

**** Ph.D., psychologue, Clinique des troubles de personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

mais aussi des crises au moindre impair interpersonnel (Gunderson, 2009). L'adaptation subséquente des techniques psychothérapeutiques aux patients avec une structure limite a pris en considération ces réactions transférentielles importantes grâce à une meilleure compréhension de l'attachement et de ses vicissitudes. Il existe plusieurs hypothèses psychodynamiques pour expliquer la symptomatologie du TPL et la théorie de l'attachement est une des plus utiles lorsqu'il s'agit d'en comprendre la psychopathologie (Farina et Liotti, 2005).

Bowlby (1988) a décrit l'attachement comme un système de comportements activé lorsque l'enfant se sent en danger parce que son objet d'attachement s'éloigne. La réaction de l'enfant a pour but de faire revenir la figure d'attachement. Lorsque l'enfant redevient sécurisé, le système d'attachement cesse d'être activé et le travail d'exploration de son environnement est à nouveau possible. L'attachement d'un lien continu et fiable favorise l'autonomie de l'enfant en permettant l'exploration de son monde et de son propre psychisme. Si l'enfant est en détresse en l'absence d'une personne sécurisante, deux possibilités s'offrent à lui : soit de maintenir son système d'attachement activé au détriment d'autres systèmes (en particulier celui de l'exploration) d'où une hypervigilance émotionnelle, soit, au contraire, de le désactiver avec pour effet de provoquer un clivage et un « acting out » des émotions.

Ainsworth (Bretherton, 1992) a observé trois types de comportement de l'enfant avec sa mère lors d'épisodes de séparation et de rapprochement subséquent : l'enfant qui retrouve sa mère avec plaisir après une séparation puis reprend ses explorations ; l'enfant qui, en apparence peu affecté, évite cependant la proximité avec sa mère, et enfin l'enfant qui exprime sa détresse à la fois en recherchant et en rejetant sa mère. Le comportement de l'enfant traduit donc la qualité d'une relation particulière entre mère et enfant qui résulte davantage de son histoire interactive que d'une caractéristique de l'enfant lui-même. Ainsworth définit ainsi la notion de sécurité comme un sentiment et un comportement qui proviennent d'un lien stable, fiable, prévisible, bref, sécurisant avec un adulte capable de comprendre les besoins de l'enfant et d'apaiser ses inquiétudes. On a observé depuis que la qualité du système d'attachement peut persister au cours de l'âge adulte et s'exprimer dans un contexte de détresse ou de danger (Rutter et al., 2009).

Les chercheurs ont appliqué l'évaluation du système d'attachement de l'enfant chez les adultes en analysant leur discours sur les figures d'attachement de l'enfance à l'aide du Adult Attachment Interview (AAI). Ces travaux ont permis de classer les relations d'attachement en quatre types : sûr/autonome (F), insécure/détaché (Ds), insé-

cure/préoccupé (E) et désorganisé (U) (George et al., 1985). Les adultes avec un attachement sûr/autonome décrivent leurs expériences relationnelles de l'enfance positives ou négatives de manière cohérente et les considèrent comme partie intégrante de leur personnalité. Les adultes insécures/préoccupés (E) amplifient l'impact de leurs expériences d'enfants et demeurent très affectés par celles-ci. Ils sont incapables de les décrire avec cohérence et de manière réfléchie. La colère et la passivité caractérisent leur style de discours. La classification désorganisée (U) est utilisée lorsque les entretiens des sujets démontrent des situations d'expériences traumatiques qui impliquent la perte de figures d'attachement souvent dans des contextes de traumatismes ou d'abus. La forme narrative de ces histoires traumatisantes est décousue, sans cohérence, avec clivage des objets présents. Il y a utilisation de mécanismes de défense primitifs, une amnésie des souvenirs d'enfance ou l'expression de la colère qui suggère une désorganisation cognitive et comportementale.

De cette classification, on peut inférer que le discours en psychothérapie et la qualité du transfert sont des dérivés du type d'attachement du patient envers ses parents et le thérapeute (Fonagy et al., 2004). L'attachement désorganisé chez les jeunes enfants représente un dilemme de rapprochement et d'évitement de la figure parentale qui, stressée ou traumatisante, est à la fois une source de sécurité et de menace. Les relations interpersonnelles chez les sujets limites, y compris avec les thérapeutes, sont de la même façon perçues comme une position ambivalente de rapprochement et d'évitement qui s'exprime par des interactions transférentielles et contre-transférentielles perturbées. Les schèmes interpersonnels rigides, les mésinterprétations des intentions et des comportements d'autrui, les représentations d'autrui multiples, contradictoires et fragmentées, enfin les réponses émotives explosives et désorganisées en sont des exemples concrets.

Une méta-analyse clinique appuyée sur 10 000 entretiens structurés selon l'AAI (Bakermans-Kranenburg et van Ijzendoorn, 2009) a montré que les individus avec des problèmes psychologiques ont surtout des représentations d'expériences relationnelles qui relèvent de l'attachement insécure. Dans cette étude, les sujets avec diagnostic de TPL se sont montrés très préoccupés par leurs expériences relationnelles antérieures ; ils expriment leurs conflits avec des agirs impulsifs et ont tendance à exagérer leurs besoins d'attachement. Cette étude démontre ainsi la prévalence de l'attachement insécure chez les personnes atteintes de TPL et l'impact sur leur fonctionnement psychologique. Fonagy (2003) propose une explication des relations interpersonnelles des sujets TPL basée sur la compréhension des stades du développement

du soi (self) chez l'enfant. Il différencie cinq niveaux de complexité dans l'agencement du soi : physique, social, téléologique, intentionnel et représentationnel. Nous retenons les trois derniers stades, dont le niveau téléologique qui s'acquiert autour de l'âge de huit à neuf mois, au moment où l'enfant commence à faire la différence entre ses actions et les conséquences de ces actions. Il se perçoit alors comme un agent téléologique qui peut observer les conséquences de ses actions sur les objets de son environnement, mais sans la capacité d'inférer la pensée, les sentiments ou les intentions d'autrui. Il doit s'appuyer sur des preuves concrètes pour inférer des intentions. Il n'a pas acquis la capacité de mentaliser. À la fin de sa première année de vie, l'enfant s'attend à ce que les acteurs dans son environnement réagissent de manière raisonnable et rationnelle en tenant compte des contraintes physiques et visibles dans l'environnement. Au cours de la deuxième année, il atteint un certain degré de mentalisation en commençant à comprendre que ses actions sont également la conséquence de son état mental, de son désir par exemple. Il saisit la différence entre son propre désir et celui de l'autre. Il s'agit du stade intentionnel. Vers l'âge de trois ou quatre ans, cette compréhension de ses états mentaux permet de développer une autre modalité dite représentationnelle. Le déficit de la mentalisation et la réémergence de modalités intrapsychiques primitives, tel le mode de fonctionnement téléologique ou intentionnel, apparaissent plus facilement chez les individus avec un vécu d'abus et de négligence durant l'enfance. Ces individus sont vulnérables dans un contexte de lien d'attachement et incapables d'interpréter adéquatement l'interaction avec autrui sur un mode mentalisant. Ils ont alors besoin de preuves tangibles pour démontrer l'attachement du thérapeute et s'en sentir rassurés.

Le modèle de Fonagy et Bateman (2006) propose que l'activation du système d'attachement, particulièrement l'attachement insécure chez les sujets limites, entraîne des réactions émotives anxieuses importantes. Ainsi, quand le réseau neurologique qui module l'attachement est activé dans le cadre d'une relation intime ou d'un processus psychothérapeutique, il inhibe ou désorganise temporairement la capacité de mentaliser, celle-ci étant justement reliée au sentiment d'être compris par un objet d'attachement (Bartels et Zeki, 2004). Les sujets TPL semblent avoir un système d'attachement très réactif en raison d'une prédisposition biologique ou d'un passé traumatisant. Le traitement doit donc développer les capacités de mentalisation du patient en prenant soin de ne pas trop stimuler le système d'attachement insécurisé, ce qui, dans le cas contraire, provoquerait un effet iatrogénique négatif. C'est cette attention à la stimulation du système d'attachement qui a montré la voie vers une approche beaucoup plus prudente du cadre thérapeutique et de

la relation transférentielle dans plusieurs approches psychothérapeutiques du TPL.

On doit cependant noter que l'attachement insécure n'est ni un diagnostic psychiatrique ni un état pathologique. Il est compris comme une dimension du développement psychique qui met à risque les sujets ayant un attachement non sécurisé de développer des difficultés d'adaptation ou des symptômes psychopathologiques. Il faut donc utiliser le concept d'attachement insécure avec précaution sans l'instituer en un diagnostic clinique. Il est toutefois fort utile pour comprendre les complications relationnelles et transférentielles qu'il favorise.

Présentation du cas

Le cas rapporté illustre un attachement insécure exacerbé par le contexte psychothérapeutique. Sa résolution fut particulièrement problématique à cause d'un défaut de mentalisation. La mentalisation s'exprime par un déficit de la conceptualisation de soi et une difficulté d'appréciation et de réorganisation des contenus mentaux situés à un niveau téléologique. La pensée téléologique est exprimée par l'exigence de preuves concrètes pour démontrer la présence sécurisante de la figure d'attachement. Ce cas présente également un intérêt particulier étant donné la modification du cadre suite au changement d'institution de la psychiatre et les tentatives de restructurer le plan de traitement. L'expression d'un attachement insécure par la patiente est assez typique vu sa façon de solliciter une réponse empathique du thérapeute, d'exiger une réassurance qui active un attachement anxieux et de provoquer finalement une modulation affective peu efficace et une crainte significative de l'abandon. Il faut également souligner la réaction contre-transférentielle des thérapeutes qui se sont sentis coincés et impuissants devant l'angoisse de la patiente et son insistance jamais satisfaite à obtenir plus de la relation.

Lors de l'évaluation en clinique externe de psychiatrie dans un hôpital général sept ans plus tôt, la patiente, en fin de trentaine, reçoit de l'aide sociale et vit en appartement avec son fils préadolescent. Elle est alors référée par son omnipraticien qui envisage un départ à la retraite et cherche une ressource pour prendre la relève. Un diagnostic de trouble de personnalité limite et évitant est établi, compliqué par un trouble bipolaire de type II, un trouble d'anxiété généralisée avec phobie sociale. À l'époque, des symptômes de dysthymie chronique dominent le tableau symptomatique. La patiente est déprimée, ralentie avec une pensée pauvrement élaborée. La dépression est progressivement résolue grâce à une pharmacothérapie à laquelle elle n'est pas toujours fidèle. Puis l'anxiété prédomine le tableau clinique.

Les antécédents personnels décrivent un milieu familial relativement uni, mais fillette, la patiente a perçu la figure paternelle comme très critique à son égard, qui la comparait de façon dévalorisante avec d'autres enfants de son entourage. La mère est investie positivement. Cependant à l'âge de quatre ans, la patiente a connu un abandon lors de l'hospitalisation de sa mère. Elle se souvient de son anxiété devant son absence inexplicquée. De plus, elle a subi vers l'âge de 6 ans un abus sexuel au cours duquel elle a eu très peur de mourir et n'a pu en avertir sa mère par crainte d'être grondée pour désobéissance.

En suivi, la patiente verbalise fréquemment des velléités suicidaires et décrit son fantasme de se faire frapper par une auto en se rendant à son rendez-vous de psychothérapie hebdomadaire. Ces verbalisations avec parfois des passages à l'acte inquiètent la psychiatre et visent à provoquer une confirmation de son attachement à la patiente, de son souci pour son bien-être. D'autres tests d'attachement sont également mis en scène lorsque la patiente confie à la psychiatre des couteaux utilisés pour l'automutilation et des flacons d'Ativan achetés sur le marché noir. Elle les réclame par la suite en espérant se voir confirmer un souci pour elle, mais aussi paradoxalement en réclamant la responsabilité de ses comportements. Si la psychiatre comprend bien les enjeux dynamiques, elle est mise en échec d'une façon ou d'une autre malgré une interprétation adéquate de la situation. La patiente exprime rapidement une crainte d'abandon suite au transfert de l'omnipraticien et ce, même quand la prise en charge est bien établie. Elle exige d'être assurée que la psychiatre ne l'abandonnera pas. Elle appelle fréquemment pour savoir si elle est présente à la clinique ce jour-là, demandant un retour d'appel. Elle désire lui parler au téléphone, car le fait d'entendre sa voix la calme rapidement. Elle peut alors se ressaisir de son angoisse. Une limite aux relances téléphoniques est rapidement établie, avec la consigne de laisser un message sans retour d'appel prévu. Un rendez-vous par semaine est proposé avec la clarification de limites quant à la disponibilité de la psychiatre. La patiente réagit fortement lorsque les rendez-vous hebdomadaires sont annulés à cause d'empêchements professionnels ou de vacances. Devant son anxiété importante, la psychiatre offre d'enregistrer sa voix sur une cassette que la patiente installe sur son répondeur téléphonique selon la suggestion de Gunderson (1996) d'offrir un objet de transition. Le message invite la patiente à se calmer lors des crises d'anxiété et a pour but de développer une cognition qui entraîne l'auto-rassurance. La patiente écoute souvent le message pour entendre la voix de la psychiatre, mais ne semble pas internaliser la consigne. Elle est également très angoissée, lors des vacances prolongées de la psychiatre qu'elle imagine en contrée lointaine, d'être oubliée ou que celle-ci ne

revienne pas. Au retour, elle demande si la psychiatre a pensé à elle. Par identification, celle-ci finit par lui donner effectivement le statut spécial de penser à elle durant ses absences sans toutefois le dire ouvertement à la patiente.

Durant cinq ans de suivi, un travail psychothérapeutique a tenté de favoriser la verbalisation très restreinte et la mentalisation inexistante de la patiente ; aussi, il a tenté de corriger les distorsions cognitives concernant son estime personnelle avec l'objectif de développer la mentalisation et une plus grande autonomie psychique. La patiente verbalise cependant constamment ses inquiétudes d'abandon, de dévalorisation et de désespoir. Si une meilleure verbalisation de ses états d'âme est quelque peu développée, la mentalisation demeure déficitaire malgré des efforts répétés pour la stimuler. La patiente conserve une faible capacité à se représenter ses états mentaux et ceux des autres. Une identification projective s'installe peu à peu chez la psychiatre avec internalisation de l'angoisse de séparation de la patiente, mais également un état d'alerte provoqué par la moindre remarque de la patiente qui épie chaque mouvement ou phrase de la psychiatre pour y déceler une lassitude ou un rejet.

Difficultés du traitement

Après cinq ans, la question d'un changement de lieu de pratique interpelle la psychiatre qui sait qu'un abandon serait dévastateur. Le compromis est de déplacer la patiente vers l'autre institution où le cadre thérapeutique est cependant différent et la relève psychothérapeutique sera assumée par les psychologues de la nouvelle équipe. Il s'agit donc d'un transfert de thérapeute, mais la psychiatre demeure le médecin traitant lors des suivis afin d'atténuer le sentiment d'abandon. Une fois le changement d'établissement effectué, le lien fusionnel entre la psychiatre et la patiente demeure un enjeu central. Les rendez-vous hebdomadaires établis entraînent plusieurs questionnements sur l'établissement du cadre et du plan de traitement. Un espacement graduel des rendez-vous avec la psychiatre est préconisé par l'équipe de traitement de la clinique. On offre à la patiente les modalités de traitement usuelles à la clinique des troubles de la personnalité, c'est-à-dire une psychothérapie de groupe avec des rendez-vous individuels et la possibilité de se présenter à une clinique sans rendez-vous au besoin. L'approche de groupe est mise de l'avant et la patiente est rencontrée par différents thérapeutes dans le but de diluer le transfert.

La patiente réactive dès lors sa crainte d'abandon, d'autant plus que lors d'une confrontation pour une mobilisation du travail de menta-

lisation, on lui rappelle que la relation avec la psychiatre ne durera pas éternellement et qu'elle sera éventuellement transférée vers un omnipraticien selon le plan de traitement habituel à la clinique. La patiente devient très anxieuse et reprend des comportements autodestructeurs qui n'avaient pas été exprimés depuis longtemps. La psychothérapie de groupe s'avère problématique. Elle refuse de s'ouvrir sur les enjeux concernant la psychiatre parce que d'autres membres du groupe sont également traités par elle. La rivalité qu'elle vit à leur égard l'amène à adopter une attitude renfrognée ou ouvertement hostile. Les invitations à mentaliser sont contrecarrées par la position anti-réflexive avec laquelle elle se défend. Il est donc décidé de la retirer du groupe.

Entretemps, la psychiatre réalise qu'elle s'identifie à la patiente. Elle devient anxieuse à la mention des projets de distanciation thérapeutique entre les deux. Elle se sent quasiment prise en otage par les angoisses de la patiente qui exige une compréhension de ses émotions sans même avoir à les exprimer. La patiente lui demande de promettre un engagement sans fin pour éviter l'insécurité d'un abandon. L'attachement de la patiente envers la psychiatre s'avère toxique, et pervers ; toute réassurance ne fait qu'attiser l'angoisse de la patiente et sa méfiance face à un rejet prochain. La relation est vidée de son caractère aidant. La psychiatre et l'équipe sont acculées dans une impasse thérapeutique.

Discussion

L'interaction thérapeutique, transfert et contre-transfert

Les patients avec trouble de personnalité limite provoquent habituellement des contre-transferts intenses et négatifs chez les thérapeutes. Même lorsque le cadre thérapeutique est bien établi, ils contestent certaines règles ou encore forcent le thérapeute à des choix impossibles. La patiente a incité la psychiatre à s'impliquer plus personnellement pour la sécuriser à la suite de quoi la patiente l'a récompensée en allant mieux. À plusieurs reprises, la patiente demandait : « Avez-vous pensé à moi durant vos vacances ? » Lorsque la patiente manifestait de la détresse à l'annonce d'une absence de la psychiatre, cette dernière lui a offert un enregistrement de sa voix que la patiente pouvait écouter à loisir pour se rassurer. Malgré ces tentatives concrètes, celle-ci réclamait constamment un engagement permanent, « sans fin et pour toute la vie ».

Toujours dans un contexte d'enseignement (il ne s'agit pas ici de critiquer mais plutôt de comprendre les stratégies d'intervention), on peut se questionner sur les attitudes à préconiser dans les situations extrêmes où les patients avec trouble limite peuvent nous entraîner. Il

peut être difficile de faire accepter au patient l'encadrement dans lequel le thérapeute désire fonctionner, par exemple, les rendez-vous hebdomadaires d'une durée limitée. Les patients avec structure limite peuvent devenir harcelants, insistants, en constante revendication et poser des problèmes de gestion à cause des fortes réactions qu'ils provoquent chez le thérapeute ou les intervenants. Plusieurs ont tendance à gratifier et à louer leur thérapeute puis à le dénigrer voire même l'agresser au moindre manquement de leurs attentes. Il s'agit de revirements de transfert où le thérapeute novice doit souvent faire les frais de cet apprentissage. Constamment, le thérapeute est confronté à ses propres limites et un thérapeute expérimenté sait (ou devrait savoir...) que les principaux pièges narcissiques sont le désir de tout guérir, l'illusion de tout savoir et d'aimer tous les patients (Maltsberg et Buie, 1974).

Le patient qui a un attachement insécure présente d'importantes lacunes dans sa capacité à entrer en contact avec ses proches. C'est la raison pour laquelle il a tendance à s'accrocher désespérément à la personne qui offre de l'aider. Une relation d'aide est parfois l'unique raison qui existe pour le garder en vie, le lien de la dernière chance. La relation devient d'une importance capitale pour le patient qui supporte difficilement même les plus petites modifications de ce lien privilégié.

Pour le thérapeute, le fait de maintenir une relation privilégiée avec un individu en détresse peut contribuer à nourrir son narcissisme, lui conférer un sentiment de puissance. Si tel était le cas, le traitement du trouble limite pourrait se résumer à un ensemble de techniques visant à supporter l'individu. Or, c'est justement là que réside la complexité de ce type de traitement : le patient avec trouble limite nourrit de très grandes attentes, des attentes qui sont irréalistes vis-à-vis du thérapeute. Le piège est évidemment de tenter de répondre à ces demandes pour le soulager temporairement. Au début du traitement, lorsque le patient est rempli d'espoir et entretient d'immenses attentes, le thérapeute sera alors idéalisé. Si le thérapeute est biaisé par son omnipotence, il pensera qu'il a l'obligation et le pouvoir de répondre à ces attentes. Au moindre manquement, les reproches du patient provoquent d'intenses sentiments chez le thérapeute. Souvent, la relation thérapeutique est brisée et le patient devient encore plus suicidaire.

Tenter de répondre à ces attentes constitue un des pièges de la thérapie. Glickauf-Hugues et Chance (1995) proposent différentes stratégies pour répondre aux questions parfois sournoises des patients, surtout les demandes qui tendent à modifier le cadre thérapeutique. Quelquefois, les demandes sont banales mais ont souvent une signification particulière pour le patient ; il importe donc d'en clarifier le sens. Lorsqu'il

s'agit d'interrogations avec le but de modifier le cadre, il est préférable de répondre au besoin plutôt qu'au contenu de la question. « Vous aimeriez savoir ou vérifier si je suis capable de vous aimer » serait préférable plutôt que de répondre directement : « Oui je pense à vous lorsque je suis en vacances ». Le fait de répondre au contenu de la question pourrait rassurer le patient temporairement, mais provoquerait de nouvelles demandes de sa part pour favoriser un rapprochement plus grand.

Des sentiments de haine peuvent s'installer chez le patient qui, une fois de plus, sera déçu d'une nouvelle tentative de s'accrocher à un être humain. Que fera le thérapeute devant une telle situation ? Il essaiera d'aider encore plus le patient afin de satisfaire son besoin d'aide ou bien cherchera à le dévaloriser d'une façon ou d'une autre, se sentira déprimé et incompetent ou encore se débarrassera de ce client gênant, insatisfait et peu gratifiant (Betan et al., 2005 ; Gabbard, 1999).

Dans la situation décrite plus haut, une partie importante de l'impasse se retrouve dans la relation entre la patiente et la psychiatre. Il s'y est maintenu au fil des ans un lien de dépendance qui stimule le système d'attachement insécure de la patiente. Cette stimulation inhibe sa capacité à mentaliser et rend encore plus difficile le développement de ressources internes d'apaisement et de sécurisation.

Essentiellement, c'est la réponse que suscite et reçoit la patiente à son angoisse d'abandon qui pose problème. Dans un contexte de séparation, comme ce fut le cas lors des premières années de suivi, le fonctionnement psychologique de la patiente est au niveau de l'équivalence psychique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence entre sa réalité interne et la réalité externe. Lorsque la psychiatre est absente ou lorsqu'elle ne répond pas activement à ses demandes de réassurance, la patiente ne se sent pas abandonnée ; elle est littéralement abandonnée. L'idée d'être indésirable, mauvaise et sans importance n'est plus vécue comme lui appartenant subjectivement, mais appartient à la réalité externe. Lorsqu'elle souffre et n'arrive pas à mentaliser, seules les interventions qui ont une portée physique concrète semblent l'apaiser. Elle est alors en position téléologique ; elle exige des preuves tangibles en réponse à son besoin, capables de démentir ses craintes et de démontrer concrètement les intentions de l'autre. Nous pouvons comprendre la promesse de rendez-vous hebdomadaires, les appels téléphoniques et l'enregistrement de la voix de la psychiatre sur cassette comme autant de preuves qu'elle est une personne importante, spéciale et désirable. Or, tant que la figure d'attachement répond de façon prédominante et prolongée à l'angoisse d'abandon du sujet en mode téléologique par une réassurance active, le développement de mécanismes de modulation internes des

émotions, la capacité à se représenter ses états mentaux et ceux des autres se trouve compromise.

Jeammet (2008) apporte un éclairage intéressant sur l'aménagement de la dépendance du Moi chez les sujets en insécurité interne. L'auteur explique qu'ils deviennent dépendants de leur perception de la réalité externe environnante, ce qui génère en retour le besoin de contrôler l'environnement. Selon Jeammet, le mode relationnel défensif s'aménage alors autour d'une relation d'emprise face à l'objet d'attachement caractérisée par l'insatisfaction, l'opposition et l'auto-sabotage. Par ses conduites de mise en échec, le sujet en insécurité interne oblige l'environnement à s'occuper de lui tout en refusant de prendre ce qu'on lui offre, ce qui lui permet d'éviter à la fois l'angoisse d'abandon et l'angoisse de fusion. Par contre, il se retrouve en même temps dans ce que Jeammet (2008, 119) considère le paradoxe central du développement : « Plus on est en insécurité interne, plus on dépend d'autrui pour se rassurer, moins on peut recevoir. » C'est ce scénario qui semble s'être développé dans la relation patiente-psychiatre.

En effet, la patiente en vient à revendiquer par ses menaces suicidaires et ses comportements autodestructeurs, un soulagement de sa détresse émotionnelle qui ne peut provenir que de la présence physique de la psychiatre et de l'assurance concrète d'être vue régulièrement sans espacer les rendez-vous. Cette angoisse de vie ou de mort devant toutes variations de la distance relationnelle a fini par induire une telle insécurité chez la psychiatre que seule une réassurance active de sa part envers la patiente permet de les apaiser toutes deux. L'apaisement finalement concédé ne peut toutefois être que temporaire, car non seulement est-il relié à sa présence physique, mais il entrave aussi les possibilités de représentation et d'intériorisation de la patiente en renforçant le système d'attachement insécure. Ainsi, la réassurance interne de la patiente continue d'être dépendante de la psychiatre, ce qui ne lui laisse qu'un choix toxique pour ne pas la perdre et garder le contrôle sur la relation : continuer de lui manifester son insécurité, refuser l'autonomie et la réassurance offertes.

Elle est comme un enfant qui hurle sa faim affective, qui demande à être nourrie puis qui refuse de manger. L'attachement insécure ravivé dans ce contexte entraîne encore plus le besoin d'être rassurée et augmente la détresse. La détresse contrevient à la capacité d'introspection, de mentalisation et de modulation des émotions. Elle se dit non pas incapable de mentaliser, mais refuse l'autonomie à cet effet. Accepter ce cadeau thérapeutique la conduirait éventuellement à un abandon que représente la « guérison », ce qui entraîne une anxiété excessive.

Les enjeux du changement d'institution

Le changement du cadre institutionnel constitue aussi un autre enjeu. Lorsque la psychiatre a changé de centre hospitalier et a décidé d'amener la patiente dans ce nouveau milieu de travail, s'agissait-il là d'une façon de signifier à la patiente qu'elle avait effectivement un statut particulier? Puisqu'il était impossible de la diriger vers un autre intervenant, ce transfert d'institution a quand même permis de réaménager l'approche thérapeutique en fonction de nouveaux paradigmes vu l'impasse déjà pressentie. La patiente a fini par accepter les nouveaux thérapeutes qui se sont ajoutés, ce qui a permis à la psychiatre de modifier et de restreindre son rôle. Il est intéressant ici d'observer que le cadre diffère puisqu'il y a passage d'un suivi en individuel pour une période de cinq ans à une approche de groupe où le transfert est volontairement dilué entre plusieurs thérapeutes avec un encadrement qui limite les dérapages.

Résolution de l'impasse

Pour sortir de l'impasse et venir en aide à la patiente, il importe de reconnaître que la relation d'attachement à la psychiatre maintient un état de régression et un mode de pensée non mentalisant. Il faut également reconnaître l'anxiété de la patiente face à la séparation. Il s'agit d'un préalable nécessaire pour que le travail en équipe devienne un lieu de support qui peut contenir et dégager les enjeux contre-transférentiels.

L'équipe traitante a choisi de continuer d'espacer graduellement les rencontres avec la psychiatre vers la terminaison. Elle a aussi opté pour la dilution du transfert sur plusieurs objets d'attachement en instaurant un suivi individuel en alternance avec deux thérapeutes différents, comme l'ont suggéré Farina et Liotti (2005). La cible principale de l'intervention psychothérapeutique est la mentalisation et la perlaboration de l'angoisse d'abandon envers la psychiatre. Un cadre clair avec des objectifs précis est établi avec la patiente. Le suivi est délimité dans le temps et des limites aux agirs sont spécifiées. Des rencontres de concertation avec le centre de crise local sont organisées pour éviter des visites impromptues à l'urgence. Le but est d'informer l'équipe du centre de crise des enjeux dynamiques afin d'aider efficacement la patiente.

L'équipe a également planifié des rencontres à trois entre la patiente, la psychiatre et le psychologue afin de distinguer concrètement les rôles de chacun : la thérapie allait avoir lieu avec les thérapeutes exclusivement et la psychiatre assurerait uniquement son rôle de médecin. Au fil du temps, une alliance thérapeutique s'est établie entre la patiente et les thérapeutes, ce qui a permis d'élaborer une meilleure représentation

de sa souffrance dans son lien avec le psychiatre. La patiente a su se rapprocher de ses émotions et exprimer adéquatement le deuil de sa psychiatre-thérapeute. Elle a également reconnu qu'elle manifestait sa colère d'être séparée de sa psychiatre en ne se présentant pas aux rendez-vous avec ses nouveaux thérapeutes. Elle a été plus assidue à ses rendez-vous par la suite.

Conclusion

Nous avons examiné comment la présentation d'un attachement insécure et la difficulté à mentaliser l'anxiété de séparation à l'intérieur de la relation thérapeutique peuvent conduire à une impasse dans le traitement du TPL, un contexte où la psychothérapie apparaît sans issue, sans terminaison possible. Peut-on sortir d'une telle impasse ? L'une des solutions proposées est la prise en considération de la stimulation du système d'attachement insécure chez le patient et l'adoption d'une approche prudente du cadre thérapeutique et de la relation transférentielle. Une autre condition, tout aussi essentielle, renvoie à la nécessité de repérer et de se dégager des enjeux contre-transférentiels. Dans le cas présenté, les approches psychothérapeutiques ont tenté de recadrer l'intervention afin de diminuer les paroles ou les gestes qui pouvaient entretenir l'insécurité. Il s'agit d'un travail de longue haleine qui est toujours en cours. L'apaisement des angoisses mutuelles grâce à une meilleure mentalisation favorisera l'exploration de l'identité de la patiente et le développement de son autonomie psychique tout en contribuant à mieux élaborer son expérience et son imaginaire de l'expérience de l'autre.

Références

- BAKERMAN-KRANENBURG, M. J., VAN IJZENDOOM, M. H., 2009, The first 10,000 Adult Attachment Interviews : distribution of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups, *Attachment and Human Development*, 11, 3, 223-263.
- BARTELS, A., ZEKI, S., 2004, The neural correlates of maternal love and romantic love, *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- BETAN, E., HEIM, A. K., CONKLIN, C. Z., WESTEN, D., 2005, Counter-transference phenomena and personality pathology in clinical practice : an empirical investigation, *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.
- BOWLBY, J., 1988, *A Secure Base : Clinical Applications of Attachment Theory*, Routledge, London.
- BRETHERTON, I., 1992, The origins of attachment theory, John Bowlby and Mary Ainsworth, *Developmental Psychology*, 28, 759-775.

- FARINA, B., LIOTTI, G., 2005, Two therapists for one patient: the attachment theory as a framework for co-therapies in borderline patients treatments, *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 5, 260-269.
- FONAGY, P., 2003, The development of psychopathology from infancy to adulthood, *Infant Mental Health Journal*, 24, 212-239.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E., TARGET, M., 2004, *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, Other Press, New York.
- FONAGY, P., BATEMAN A., 2006, Progress in the treatment of borderline personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 188, 1, 1-3.
- JEAMMET, P., 2008, *Du bébé à l'adolescent: les chemins de la destructivité, Bébés-ados: crises et chuchotements*, Éditions Érès, Paris.
- GABBARD, G. O., 1999, Counter-transference issues in psychiatric treatment, *American Psychiatric Press: Review of Psychiatry*, 18, APPI, Washington.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M., 1985, *Adult Attachment Interview*, unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- GLICKHAUF-HUGUES, C., CHANCE, C., 1995, Answering clients' questions, *Psychotherapy*, 32, 3, 375-380.
- GUNDERSON, J. G., 1996, The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability, *American Journal of Psychiatry*, 153, 6, 752-758.
- GUNDERSON, J. G., 2009, Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a diagnosis, *American Journal of Psychiatry*, 166, 5, 530-539.
- MALTSBERGER, J. T., BUIE, D. H., 1974, Counter-transference hate in the treatment of suicidal patients, *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- RUTTER, M., KREPPNER, J., SONUGA-BARKE, E., 2009, Emanuel Miller lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 5, 529-543.
- STERN, A., 1948, Transference in borderline neurosis, *Psychoanalytical Quarterly*, 17, 48, 527-528.

ABSTRACT

Insecure/disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: overcoming therapeutic impasse

In this article, the authors discuss the obstacles in the therapeutic relationship with patients with Borderline Personality Disorder because

of problematic transference. They present the case of a patient and describe a therapeutic impasse triggered by an exacerbated insecure/disorganized attachment. They discuss strategies to resolve the therapeutic deadlock elaborated according to the attachment theory formulation and the understanding of transference issues.

RESUMEN

Apego inseguro/desorganizado y trastorno de la personalidad límite: ¿se puede salir del callejón terapéutico sin salida?

En este artículo los autores discuten el trabajo terapéutico con personas que sufren de un trastorno de la personalidad límite, misión que presenta dificultades particulares en la relación terapéutica. Presentan el caso de una paciente y describen un callejón terapéutico sin salida engendrado por la exacerbación de un apego inseguro/desorganizado. Los autores discuten las estrategias de resolución elaboradas en relación con la teoría del apego y la comprensión de las problemáticas transferenceales y contratransferenciales.

RESUMO

Apego inseguro/desorganizado e transtorno de personalidade limite: é possível sair do impasse terapêutico

Neste artigo, os autores discutem sobre o trabalho terapêutico junto a pessoas que sofrem de um transtorno de personalidade limite: uma abordagem que apresenta dificuldades singulares na relação terapêutica. Eles apresentam o caso de uma cliente e descrevem um impasse terapêutico gerado pela intensificação de um apego inseguro/desorganizado. Os autores discutem sobre estratégias de resolução elaboradas em relação à teoria do apego e à compreensão das preocupações transferenceais e contra-transferenceais.