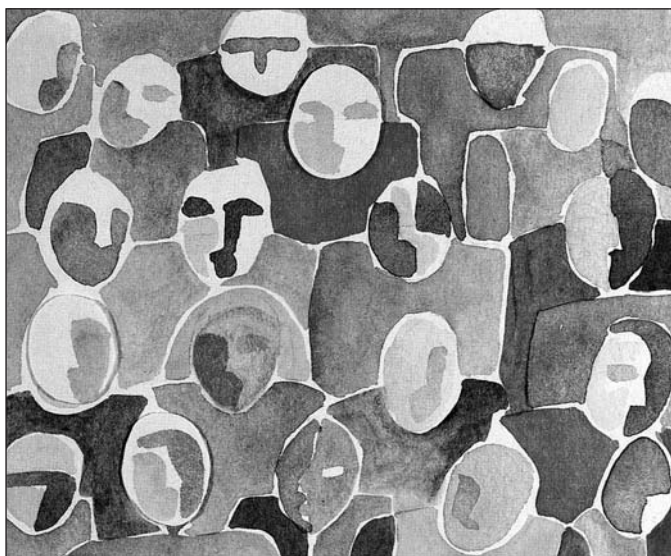


SEXOLOGIE *actuelle*



Présentation

Mot du président 3

DOSSIER :

Transsexualisme, conflits d'identité sexuelle et d'orientation sexuelle et changement : Une approche existentielle
par Jules Bureau, M.Ps. 4

Article

Transfert/contre-transfert et intelligence émotionnelle :
Les méandres de la relation thérapeutique 9

Chroniques

Bibliophile 19

Ce qui se passe à l'ASQ 18

En vrac 18

Mot du responsable de la revue 4

Nouveaux membres 18

DOSSIER

Favoriser l'articulation plus développée et différenciée de l'identité sexuelle : une démarche existentielle

POLITIQUE ÉDITORIALE

Présentation des textes pour la revue

L'usage du masculin sera de rigueur, cela sans aucune discrimination mais uniquement en vue d'alléger le texte.

Les textes doivent être dactylographiés à double interligne. Ils doivent être envoyés en trois exemplaires et compter un maximum de dix pages (incluant la page frontispice et la bibliographie). Lorsqu'un système informatique a été utilisé, il serait apprécié que l'auteur envoie également une disquette, en indiquant le genre d'ordinateur et le traitement de texte utilisés. La disquette sera rendue à l'auteur. Ce dernier doit s'identifier clairement en joignant à son envoi son nom, adresse et numéro de téléphone, de même que son statut professionnel, son titre d'emploi et le nom et l'adresse de son employeur. Les manuscrits qui ne sont pas conformes à l'une ou l'autre de ces exigences sont automatiquement retournés à leur auteur.

Critères d'évaluation

Les manuscrits fournis par les non-membres de l'ASQ seront acceptés selon les mêmes conditions que ceux des membres.

Tous les manuscrits sont soumis de façon anonyme à deux lecteurs qui en font une évaluation basée sur les critères suivants:

- qualité du français
- réflexion de l'auteur
- nouveauté des concepts amenés par l'article
- approfondissement de concepts déjà connus
- respect de la pensée des auteurs cités par l'auteur du texte

Acceptation du manuscrit

La décision d'accepter un manuscrit sera prise par la rédactrice en chef suite aux recommandations des lecteurs. Cette dernière se réserve le droit de faire des changements mineurs aux manuscrits en vue de rencontrer les normes de publication.

Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un manuscrit, veuillez vous adresser à:

Revue **SEXOLOGIE actuelle**
Association des sexologues du Québec
6915, rue Saint-Denis, bureau 301
Montréal (Québec), H2S 2S3
Téléphone : (514) 270-9289
Télécopieur : (514) 270-6351
Courriel : asq@qc.aira.com
Site Web : www.associationdessexologues.com

DATE DE TOMBÉE

Chroniques, textes, publicité

15 août 2003

PARUTION

octobre 2003

SEXOLOGIE *actuelle*



association
des sexologues
du québec

6915 rue Saint-Denis, bureau 301
Montréal (Québec) H2S 2S3
Téléphone : (514) 270-9289
Télécopieur : (514) 270-6351

volume XI, numéro 3

avril 2003

Couverture

Spectators

Diane Ong

Graphisme et mise en page : Josée Robitaille, *Griffe* PME

Entrée des textes : Carole Tremblay

Rédactrice en chef : Jacqueline Comte

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2002-2003

Président : François Blanchette

Vice-présidente : Louise Aubertin

Secrétaire-exécutif : Michel Goulet

Trésorière : Par intérim, Normande Couture

Conseillère : Par intérim, Chantal Turcotte

Conseillère : Johanne Lépine

Conseiller : Mario Larivée-Côté

Conseillère, représentante du public : Marie-Claude Raymond, MD

Directrice générale : Par intérim, Renée Pichette

Secrétaire de l'ASQ : Carole Tremblay

La revue **SEXOLOGIE actuelle** est un organe d'information générale sur les activités nationales et internationales aussi bien face à la sexologie qu'à la profession de sexologue. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit se conformer aux directives publiées dans chaque numéro, ou communiquer avec la direction générale de l'Association des sexologues du Québec.

Toute reproduction totale ou partielle d'un article publié dans la présente revue nécessite l'accord écrit de l'ASQ, et doit être suivi de sa référence complète. Les articles publiés dans **SEXOLOGIE actuelle** n'engagent que les auteurs et auteures. Ils n'expriment pas nécessairement le point de vue de l'Association des sexologues du Québec.

Tarifs publicitaires

1 page • 260\$ 1/2 page • 135\$ 1/3 page • 105\$
1/4 page • 70\$ 1/8 page (carte d'aff.) • 40\$

Réduction de 50% aux membres de l'ASQ

Autres tarifs : téléphoner au (514) 270-9289

ABONNEMENTS : Gratuit pour les membres de l'ASQ

Non-membres • 20\$/an

Institutions • 25\$/an

© Association des sexologues du Québec MMIII

DÉPÔTS LÉGAUX : Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1192-3814

TIRAGE : 300 exemplaires.

François Blanchette, M.A.

Le printemps est un temps de renouveau, de renaissance. Tout autour de nous revient à la vie après les longs mois d'hiver. Non pas que l'hiver tout soit arrêté, mais plutôt que la nature se prépare sans grand déploiement apparent à ce nouveau départ.

Il me semble qu'il en est de même pour notre Association. Durant l'hiver, plusieurs dossiers ont été travaillé avec intensité sans nécessairement qu'il y ait eu un déploiement visible de l'extérieur. Mais avec le printemps ...

Je pense ici à l'important dossier de l'incorporation des sexologues cliniciens au système professionnel québécois. Bien que nul ne puisse présumer de l'avenir, j'ai l'impression qu'au moment de lire ces lignes d'autres pas auront été franchis. Attention cependant, ce n'est pas au printemps que l'on récolte nécessai-

rement les fruits de la nature.

Je pense aussi à la célébration du 25^e anniversaire de fondation de l'ASQ. Le comité pour la préparation de l'Assemblée générale annuelle a redoublé d'efforts pour souligner notre 25^e anniversaire et, pour ceux qui sont soucieux d'économie, tout en respectant nos budgets.

À cela, j'ajouterai la traduction en anglais du site internet de l'ASQ, les changements dans la revue *Sexologie actuelle*, le travail sur la visibilité, les formations, etc.

Alors, je dis à tous à bientôt lors de l'Assemblée générale.

François Blanchette, M.A.
Président



Michel Goulet, M.A.

Le conseil d'administration de l'Association des sexologues du Québec est très soucieux d'améliorer le contenu et la présentation de la revue *Sexologie actuelle*. La démarche que nous avons entreprise visant à intégrer le système professionnel nous incite à revoir les objectifs de la revue afin qu'elle stimule davantage notre développement professionnel.

Si vous avez des suggestions afin que la revue officielle de votre association se bonifie, vous pouvez me les faire parvenir par courriel ou courrier au bureau de l'Association. Si vous voulez partager une expérience clinique, une réflexion, vous pouvez soumettre vos manuscrits à l'ASQ. L'invitation s'adresse tout particulièrement à nos nouveaux membres qui ont récemment déposé leur rapport d'activités de maîtrise. Pendant plusieurs mois, vous avez approfondi une réflexion clinique. Il serait très intéressant de résumer vos travaux afin d'en faire bénéficier tous les membres de l'Association.

Nous portons à votre attention que la revue *Sexologie actuelle* fera relâche au mois de juillet. Le conseil d'administration aimerait bien recevoir le plus tôt possible vos suggestions afin de mettre en place certaines nouveautés pour la parution d'octobre.

Nous souhaitons que le présent numéro puisse enrichir vos réflexions et votre pratique clinique. Bonne lecture!

Michel Goulet, M.A.

SAVIEZ-VOUS QUE ...

Un guide sur la séduction a été publié à la suite d'une étude réalisée sur le sujet par le très sérieux Social Issue Research Center d'Oxford, en Angleterre. Selon l'étude en question, il semble que la difficulté principale des hommes serait d'en arriver à interpréter correctement le langage non verbal des femmes. Ce qui fait que certains d'entre eux vont s'entêter malgré de nombreux refus alors que d'autres sont incapables de remarquer qu'une femme leur montre de l'intérêt. En outre, beaucoup de gens ne sont pas conscients de l'importance du langage des yeux au niveau de la séduction : la façon de regarder une personne, le fait de choisir de soutenir son regard ou non sont des éléments très importants du processus de séduction.

L'étude existe en format PDF à www.sirc.org/publik/flirt.pdf

Source: La Presse, 6 juillet 2002.



**Sexual dysfunction is
easier to overcome when you
have a partner who cares.**

Transsexualisme, conflits d'identité sexuelle et d'orientation sexuelle et changement : Une approche existentielle

Jules Bureau, M.Ps.



Le traitement existentiel des conflits d'identité sexuelle et d'orientation sexuelle vise à amener la personne aux prises avec une misère à vivre sa véritable identité sexuelle et une orientation sexuelle appropriée¹ à cette identité à rejoindre et à puiser davantage de vitalité de sa condition sexuelle. Ainsi, la personne en conflit d'identité sexuelle doit être accompagnée et guidée dans ce qui pourrait être appelé le passage d'une masculinité ou d'une féminité indifférenciée à une articulation plus développée et différenciée de l'identité sexuelle (voir Bureau 1994²). Plutôt qu'une présumée «nature» bisexuée ou de l'autre sexe, c'est l'indifférenciation sexuée et sexuelle³ qui caractérise plusieurs personnes transsexuelles et plusieurs personnes aux prises avec ces conflits d'orientation sexuelle.

L'approche existentielle place le fait de la vie (de l'existence), de la vitalité de la personne-en-thérapie, au sommet

des préoccupations du thérapeute. Le conflit d'identité sexuelle et/ou d'orientation sexuelle est la plupart du temps interprété comme la conséquence d'une perte de présence à soi-même, à sa dimension sexuée, sexuelle et érotique. L'objectif du thérapeute devient donc d'aider la personne-en-thérapie à se redonner graduellement sa pleine vitalité en développant une présence authentique et subjective à elle-même comme être sexué et sexuel. Pareille à tout être humain, à travers sa sexualité, la personne transsexuelle ou en conflit d'identité et d'orientation sexuelle cherche fondamentalement à être plus vivante, ce qu'elle ne pourra pas être sans prendre charge de la conduite de sa vie sexuée et sexuelle.

Le thérapeute existentiel considère le conflit d'identité sexuelle, particulièrement le transsexualisme, comme une manière d'être-au-monde qui traduit le contrat particulier qu'une personne établit avec l'existence et la vie. La personne en conflit d'identité sexuelle vit retranchée du champ de toute l'expérience humaine, dans des horizons personnels rétrécis. Elle risque de devenir un être fragmentaire qui n'expérimente qu'une parcelle de sa réalité sexuée et sexuelle et de celle des autres de l'autre sexe.

Par exemple, pour protéger sa manière de prendre son existence, un homme peut enfermer la vitalité de sa masculinité dans le souci de la protection par l'autre que lui apporte un rôle féminin rigide; ou encore, une femme peut réduire sa pleine féminité pour se scléroser dans une agressivité «masculine» intrusive. Lorsque la vitalité de la personne-en-thérapie s'érode tranquillement afin d'accommoder une torsion de son

dasein, la fuite dans la transsexualité, dans le conflit d'identité sexuelle apparaît. Ainsi, un homme cherchera à expliquer ses goûts pour le souple le délicat, le tendre, comme étant des indices de sa «nature féminine» (voir Schwöbel, 1982). Il intégrera par la suite «cette féminité» dans sa manière-d'être-au-monde et finalement, il réduira de plus en plus sa masculinité. La démarche thérapeutique visera à rétablir le mouvement de la vitalité en permettant qu'une position existentielle de rigidité fixée sur le paraître de l'autre sexe se transforme et passe à une autre d'ouverture-sur-le-monde, le monde propre de toute sa personne et celui de la personne de l'autre sexe. Pour que sa vitalité sexuelle continue, la personne transsexuelle doit élargir et densifier sa conscience (dans le sens de vigilance et d'appréhension) d'être un homme ou d'être une femme; elle doit échapper à la thématization rigide de son existence (qui la fige dans un rôle sexuel) pour se mettre en mouvement, en vitalité; elle doit aussi défaire par une plus grande densité de sa conscience tous les subterfuges qu'elle a installés et tous les masques pour se camoufler; elle doit redresser les torsions de son dasein. En bref, une plus grande densité de la conscience implique que la personne-en-thérapie rencontre et confronte ses données existentielles fondamentales: sa finitude, sa solitude, sa liberté, sa capacité d'agir et sa corporéité. Une conscience plus dense s'acquiert par une plus grande subjectivité et une plus grande authenticité, dans les deux sens, c'est-à-dire congruence entre son être et son paraître et congruence entre sa condition humaine et ses manières-d'être-au-monde. En devenant plus subjective et plus authentique, la personne transsexuelle ou en conflit d'identité et/ou d'orientation sexuelle

devient plus consciente, plus vivante, et surtout elle ressent plus de vitalité de sa condition sexuelle authentique. À travers le passage d'un vécu rigidement thématique selon un thème unique, « être de l'autre sexe », à une existence plus large et plus souple, la personne transsexuelle en vient à découvrir et à comprendre que son désir de paraître de l'autre sexe était en fait une altération de sa structure existentielle fondamentale, son être sexué.

En somme, l'approche existentielle est avant tout une rencontre inter-subjective, un processus relationnel structuré à l'intérieur duquel le thérapeute joue plus un rôle de facilitateur que d'expert. Par sa qualité d'écoute et de présence, il cherche à travailler sur les résistances de la personne-en-thérapie face à sa subjectivité et à son authenticité et ainsi il tente de faciliter le déblocage de toutes les autres formes similaires de défenses qui viennent voiler l'être authentique et subjectif et détourner la conscience de sa vitalité. Le thérapeute favorise cette démarche en permettant à la personne-en-thérapie de contacter et de mobiliser toutes ses ressources intrapersonnelles afin d'augmenter la force et l'enracinement de son identité sexuelle et de défaire et d'éloigner chacune des entraves à son authenticité. L'approche existentielle se résume à favoriser la rencontre de la personne-en-thérapie avec elle-même pour qu'elle retrouve son identité sexuelle authentique⁴ et qu'elle l'enracine, pour qu'elle dé-sclérose et élargisse son désir sexuel et atteigne un comportement érotique authentique. Devenir ce qu'elle est.

S'intéresser au phénomène de la transsexualité et des autres phénomènes analogues, c'est d'abord être frappé par la multitude de difficultés de l'identité sexuelle que l'on retrouve derrière le problème présenté. Il n'y a pas une transsexualité, il y a des transsexualités presque aussi nombreuses qu'il y a des transsexuels. Dans une étude typologique sur les différentes motivations et les diverses formes des identités sexuelles sous la demande de « changer de sexe » (Bureau 1981), nous avons identifié pas moins de quatorze types de motivations différentes et six formes de conflits d'identité

sexuelle derrière les demandes de près de trois cents personnes qui voulaient « changer de sexe » et toutes se disaient « transsexuelles ». Parmi ces candidats à la correction sexuelle, un seul type de demande était motivé par un désir d'ajuster le corps sexué à l'identité sexuelle (féminité ou masculinité) et correspondait ainsi à la « vraie » transsexualité. Les autres motivations allaient d'une recherche d'identité sexuelle à la fuite de l'homosexualité.

Comment définir la « vraie » transsexualité ? Est-ce dans l'insistance de « changer de sexe » ? Quelle importance accorder à l'auto-diagnostic de ces personnes ? L'identité sexuelle (conviction profonde d'être et d'appartenir à un sexe) semble le critère le plus approprié pour le diagnostic différentiel entre les « vrais » transsexuels et les différents conflits d'identité sexuelle que l'on retrouve chez ceux qui se disent « transsexuels ». Chez les vrais transsexuels, l'identité sexuelle n'est pas conflictuelle ; le conflit se situe plutôt entre l'identité et le paraître ; ils cherchent une adéquation entre leur corps sexué et leur identité sexuelle ; une adéquation qui ne peut pas être complète sans la correction sexuelle. Chez les autres personnes qui veulent « changer de sexe » et qui se disent « transsexuelles », le conflit se situe plutôt à l'intérieur de l'identité sexuelle ; en conséquence, elles ont davantage besoin d'un élargissement de leur conscience par une sexothérapie ou une psychothérapie que d'un changement de leur corps tel que sexué. C'est de ces « autres » personnes que traite particulièrement cet article⁵.

Depuis Benjamin (1966) et Green et Money (1969), on considère que les personnes-transsexuelles ne peuvent pas profiter d'une psychothérapie. Toutes les approches psychothérapeutiques seraient inappropriées puisqu'aucune ne réussirait à mettre fin à leur demande de transformation sexuelle. Comment départager dans ces affirmations l'idéologie de la clinique ? D'une part, toute personne a le droit à ses goûts et les débats en médecine somatique et en psychologie sont ouverts, et d'autre part, le constat d'une absence de modèle thérapeutique efficace capable de permettre

à ces personnes de devenir ce qu'elles sont : des hommes dans leur corps mâle désirants des autres de l'autre sexe, ou des femmes dans leur corps femelle désirantes des hommes. Pourtant certaines expériences thérapeutiques (voir par exemple Schwöbel, 1960, et Roth, 1974) ont bien démontré la possibilité d'amener une personne transsexuelle à abandonner sa demande de correction sexuelle pour plutôt travailler à devenir vraiment l'homme ou la femme qu'elle est et qu'elle tentait de camoufler en se disant de l'autre sexe.

En clinique, dans une perspective existentielle, la personne qui se dit transsexuelle peut être l'agent de son propre changement à condition qu'elle développe une présence pleine et entière à ce qu'elle pense, ressent et imagine (Bugental 1983, 1987). Cet élargissement de la présence dans son travail thérapeutique peut graduellement l'amener à saisir de l'intérieur les torsions qu'elle fait subir à sa vitalité ainsi que le sens qu'elle doit donner à son dasein. Ainsi, elle pourra parvenir à changer sa posture existentielle et sa manière-d'être-au-monde, c'est-à-dire s'enraciner davantage dans son identité sexuelle, déployer son désir sexuel pour l'autre sexe et délaissier sa demande de changement de sexe. Les sexologues, psychologues et autres professionnels des sciences humaines renoncent trop vite à susciter et favoriser le changement chez les personnes en conflit d'identité ou d'orientation sexuelle. Ces personnes ne sont ni déterminées ni esclaves de leur passé conflictuel et une rencontre thérapeutique authentique permet souvent de détecter la volonté de changement chez ces personnes, à savoir leur désir profond de devenir vraiment ce qu'ils ou elles sont, des hommes ou des femmes en pleine possession de leur identité et de leur désir. La sexologie et la sexothérapie (quelle que soit l'approche) doivent ouvrir de nouvelles voies pour appeler ces personnes à leur pleine humanité en facilitant leur pleine masculinité ou leur pleine féminité.

Une demande de changement de sexe

Paul a 34 ans lorsqu'il me consulte pour la première fois pour une

demande de « changement de sexe ». Il m'a été référé par son psychiatre qui tout en ne croyant pas en sa transsexualité veut que Paul en ait le cœur net en rencontrant un thérapeute spécialisé dans les problèmes d'identité sexuelle. Après une dizaine d'entrevues, j'en arrive à la conclusion suivante : l'identité sexuelle est masculine et il n'est pas pertinent de recommander une correction du corps sexué. Je propose à Paul une thérapie d'approche existentielle pour qu'il travaille à se réconcilier avec sa masculinité et devienne l'homme qu'il est profondément. Paul est déçu de cette décision mais accepte néanmoins ma proposition en espérant cependant finir par me convaincre de sa féminité et ainsi obtenir une recommandation pour la thérapie hormonale et chirurgicale de correction sexuelle.

Dès le début de la thérapie, j'ai cherché à établir une complicité avec la masculinité de Paul en soulignant, nommant et encourageant toutes les situations à l'intérieur desquelles elle se manifestait. Pour Paul, être une femme semblait être devenu la seule manière de se sentir quelqu'un : seule la féminité pouvait lui donner un visage. Sa masculinité semblait s'être lentement éteinte comme source d'identité et l'homme qu'il était se vivait comme un étranger parmi le monde des autres. L'alliance thérapeutique s'est établie de telle sorte que le désir de changement de sexe et la féminité de Paul sont devenus graduellement comme un troisième personnage entre nous. Cette alliance s'est étonnamment solidifiée autour du goût de Paul pour la musique. Paul a senti l'intérêt qu'il suscitait chez moi par les cours qu'il suivait sur l'histoire de la musique et aussi par le développement de son art de flûtiste. Et c'était comme si Paul s'était tout à coup senti quelqu'un à mes yeux : devant son thérapeute, il était quelqu'un puisqu'il était musicien. Il s'agissait d'élargir ce sentiment d'identité à la facette la plus problématique de son identité sexuelle : pouvait-il aussi croire qu'il était aussi quelqu'un, un homme, devant son thérapeute ? Une position fragile que Paul exprimait au départ plus frileusement et que je m'efforçais de renforcer directement ou indirecte-

ment à chaque fois qu'une petite manifestation de sa masculinité se pointait. C'est d'ailleurs à ce moment-là que j'ai pris l'habitude de parler de sa « belle masculinité ». Mon insistance à souligner sa masculinité étonna d'abord Paul, qui par la suite prit la chose avec humour et qui finalement la mit sur le compte d'une complicité avec son thérapeute. Même si sa masculinité n'était pas comme celle de ses frères, qu'il avait aussi ses limites, il pouvait de plus en plus la reconnaître et la valider.

Paul traînait depuis longtemps un sentiment d'échec face à sa masculinité, ce qui le décourageait de tout effort de mobilisation, d'expression et d'accomplissement comme homme. Il était stoppé dans une posture d'inertie, il se sentait lourd et incapable de bouger, d'avancer ou d'entreprendre quoi que ce soit. Devenir une femme était alors une solution pour échapper à l'obligation d'agir et ainsi maintenir l'état d'inertie. Mais les limites d'une telle situation se sont vite fait sentir : Paul devint de plus en plus conscient de la fatuité d'un tel effort compte tenu de l'impossibilité de rejoindre l'idéal de beauté féminine, de douceur et de délicatesse qu'il s'était fixé.

Un jour en parlant des moments heureux de sa vie, il se souvint particulièrement de ces matins où sa petite nièce qu'il aimait beaucoup venait le réveiller pour qu'il commence sa journée avec elle. Le menton appuyé sur ses deux petites mains, elle attendait tout près de lui jusqu'à ce qu'il s'éveille et se lève. Aucune fatigue ne résistait à cet appel de cette petite fille. En lui c'était comme une incitation à la vitalité, une invitation à vivre plus lancée par une petite fille. Il pouvait ressentir une véritable énergie suite à cet appel. En relatant ces épisodes, il commençait alors à réaliser qu'il ne lui était pas nécessaire de se loger dans la passivité d'être regardé pour éprouver de la vitalité. La mobilisation vers la vie était aussi source de vitalité.

De mon côté, j'insistais souvent sur le fait qu'il ne pouvait pas changer de sexe pour fuir sa masculinité, comme on ne peut pas changer de race pour fuir son pays ; j'expliquais que

l'appartenance à un seul sexe prenait son départ dans ses chromosomes et s'accrochait à ses instinctoïdes⁶ ; je répétais qu'on ne pouvait pas mentir ou tordre cette appartenance pour rejoindre un rêve. Au début quand j'amenais ainsi Paul à réaliser les limites de son existence sexuée et sexuelle, de sa finitude, il plongeait dans un état de grande tristesse. Mais plus il acceptait les limites que lui imposait sa condition d'existence, plus il explorait une manière masculine d'être-au-monde. Le féminin devenait de moins en moins un paraître qu'il collait sur sa masculinité afin de se donner de la vitalité pour finir par exister comme une réalité autre, en dehors de lui-même. C'est alors que j'ai assisté à l'éclosion graduelle de son désir pour la femme.

Évidemment, Paul prit du temps pour passer de son désir d'être une femme à un désir pour la femme. Parvenir à une telle transposition impliquait qu'il devait être en amitié avec sa propre masculinité, arrêter d'en douter et de la cacher derrière son désir d'être une femme en prétextant ainsi plus de vitalité et de facilité à vivre ; qu'il devait cesser d'attendre que la femme vienne vers lui ; qu'il devait se mobiliser pour la rejoindre et lui parler, malgré la peur et la honte d'être ridicule parce que pas à la hauteur de la masculinité.

Paul a commencé par regarder les femmes non pas comme des modèles ou des indices à son travestissement mais comme des personnes à l'extérieur de lui, intéressantes en elles-mêmes et pour elles-mêmes. Il se mit à développer une certaine fascination pour la beauté de leur visage féminin, la douceur de leurs courbes et leur démarche ronde, et à éprouver une grande satisfaction à savourer la féminité qui se déployait à l'extérieur de lui, comme un spectacle qui nous remplit d'expérience esthétique. Cette mise à distance de la femme, c'est-à-dire ne plus vouloir être une femme (transsexualité) ou être comme la femme (travestisme) mais se percevoir comme un être différent d'elle, était absolument nécessaire pour que Paul puisse éprouver le rafraîchissement de la féminité et la désirer.

Mais il lui fallait aussi sortir du blocage que représentait pour lui le regard des

autres, celui qui l'empêchait d'exprimer ouvertement, dans le comportement, sa nouvelle attitude de réconciliation avec sa masculinité. Dans sa famille, il avait souvent parlé de son désir de « changer de sexe » et il se voyait difficilement arriver devant eux pour leur dire qu'il avait changé d'idée : il ne voulait plus être une femme parce qu'il était un homme. Sa crainte de « perdre la face » le faisait reculer. Puis il parvint lentement à accepter sa spécificité : il était ce qu'il était et surtout, il était tellement plus que sa « face », qu'une constance dans l'expression extérieure de son identité : il était amateur de musique, artiste en design, flûtiste, amoureux de la féminité, un homme, et son humanité se manifestait aussi sur tellement d'autres facettes... Courageusement, il allait se battre pour ne plus être réduit à son ancienne demande de changement de sexe.

Dans la même période, Paul a rencontré une jolie jeune femme. Elle habitait le même immeuble que lui et elle était plutôt déprimée. Il lui proposa de l'aider dans ses études. Elle accepta. Il se sentit utile puisqu'en relation avec une femme qui appréciait son aide. En thérapie, il revenait souvent sur ses doutes quant à l'adéquation de sa masculinité qu'il installait pourtant de plus en plus dans sa conscience, ce qui eut pour résultat la disparition du travestissement féminin : il n'avait plus besoin du port des vêtements de l'autre sexe pour se consoler. En fait, il était de plus en plus habité par les allées et les venues de la jeune femme, même s'il disait qu'il ne s'occupait que de ses études et qu'il n'avait aucun projet de courtiser. Elle lui permettait cependant de développer son goût pour la beauté de la femme, de devenir sensible aux manières féminines de s'exprimer et conséquemment, d'augmenter la masculinité de son expression de même que son contentement d'être l'homme qu'il était. Son désir sexuel s'éveillait en même temps que son intérêt pour la féminité de cette femme augmentait. Il se représentait à distance les douceurs de son corps, il imaginait ses étreintes et il anticipait le moment adéquat de pousser plus loin leurs intimités. Les heures de thérapie qui suivirent furent de véritables moments de grâce : la naissance de son

hétérosexualité, le développement de son désir sexuel et le contentement qu'il éprouvait du soin et du respect pour la femme. Il craignait de ne pas être à la hauteur mais il travaillait à assumer la responsabilité de son désir et de le porter jusqu'au bout. Il acceptait davantage sa solitude fondamentale qu'il vivait de plus en plus comme sa propre source de vitalité. « Devenir une femme » n'était plus nécessaire pour le secourir de son anxiété frileuse d'être approprié puisque son identité masculine était maintenant plus solide. Son désir sexuel pour la différence devint plus présent : la femme se mit à naître et à se déployer dans sa conscience en synergie avec la plus grande satisfaction d'être l'homme qu'il était.

Paul travaillait en même temps sa peur d'être authentique : dire ce qu'il pense, oser s'exprimer devant les femmes (surtout celles en autorité : sa logeuse, son psychiatre) était pour lui un vrai champ de bataille. Des batailles qu'il gagnait et d'autres qu'il perdait mais il réussit néanmoins à s'approcher intimement de sa voisine. Un gain véritable pour Paul : c'était la première fois de sa vie qu'il s'approchait et s'occupait d'une femme. D'ordinaire, Paul attendait que la femme vienne vers lui. Il avait tellement été protégé par les femmes que les désirer lui faisait risquer de perdre cette protection qu'il croyait tellement plus essentielle. Être plus authentique signifiait aussi pour Paul de parvenir à libérer son agressivité qu'il gardait enfermée dans sa cage intérieure. Il devait risquer l'expression saine de son agressivité, la mettre à son service en identifiant par exemple mieux ses besoins et en y répondant, même si cela impliquait la possibilité de perdre l'autre.

Paul travaillait très bien mais, comme souvent, la réalité vint douloureusement le confronter dans ses efforts de changement : la jolie voisine était amoureuse d'un autre homme. Paul eut énormément de peine (la souffrance de perdre l'être aimé), si difficile à prendre qu'il remit temporairement en question sa thérapie : il aurait mieux fait de rester comme avant, avec la féminité collée sur lui parce que la femme à distance, c'était

trop souffrant. Une gifle à sa masculinité qui le fit régresser un peu dans le sentiment de contentement d'être l'homme qu'il était. Paul reprit finalement courage et il se redressa somme toute assez rapidement. Il resta ami avec sa voisine et il déplaça son intérêt sur d'autres femmes.

À la fin de sa thérapie, Paul ne désirait plus changer de sexe et tous ses autres symptômes (travestissement, corps sexué sur-investi, etc.) étaient disparus. Il se sentait bien dans son identité d'homme et son désir sexuel pour les femmes était solidement installé. Il se savait encore vulnérable quant à la satisfaction qu'il éprouvait d'être l'homme qu'il était, mais il savait aussi que des interactions ultérieures avec les femmes allaient l'enraciner davantage dans sa masculinité.

Conclusion

La démarche thérapeutique de Paul ressemble en plusieurs points à celle de toute personne qui dit vouloir « changer de sexe » mais qui au fond cherche à sortir de la souffrance d'être ce qu'elle est. J'ai travaillé pendant trois ans avec Paul et durant ces années, j'ai toujours été guidé par le même principe : Paul était un homme qui prétendait être une femme pour échapper à la souffrance d'une masculinité qu'il vivait comme inappropriée. Il me fallait cependant être patient et rester le plus près possible du monde tel qu'exprimé (le phénomène) par Paul en me retenant de lui imposer mes hypothèses ou mon cadre théorique.

Chez Paul, comme chez plusieurs hommes qui se disent transsexuels ou travestis, le désir, lorsqu'il est perçu et ressenti, se manifeste par un élan à se coller à la féminité, c'est-à-dire à se donner le plus de féminité possible. Plus l'objet (vêtement, maquillage, posture, etc.) possède de la féminité, plus l'élan et la tendance à s'y coller sont présents. Tout se passe comme si la personne transsexuelle ou travestie voulait prendre la féminité et la mettre sur elle afin de se l'approprier, comme si en se collant le plus possible à la féminité, la féminité allait enfin lui appartenir. Cet élan jaillit de la pensée primitive : la proximité fait la similarité.

Dans la conscience qu'il a de son identité sexuelle masculine, l'homme qui se dit transsexuel ou travesti ou « transgender » porte un jugement négatif sur sa masculinité : elle n'est pas assez, pas à son goût. Il se perçoit et se vit comme un homme carencé sur le plan de sa masculinité alors qu'il perçoit et vit la féminité comme abondante et nourrissante. Cette carence devient le motif de sa demande de changement de sexe qu'il n'osera pas abandonner, non pas parce qu'il tient mordicus à la féminité mais parce qu'il n'a pas en compensation de masculinité pour s'accrocher. Laisser aller la féminité équivaut symboliquement à se jeter dans le vide. Alors il s'accrochera au paraître féminin comme à une bouée de sauvetage, le paraître plus que l'être puisque dans sa perception des choses, si la femme ne paraît pas, elle n'existe pas. Ainsi, plus les vêtements seront féminins, plus les seins gros, les traits du visage délicats, la voix féminine, les postures rondes... plus la féminité paraîtra et plus elle comblera son vide d'identité sexuelle masculine.

Dans la conscience que l'homme qui se dit transsexuel ou travesti a de son identité sexuelle masculine, c'est surtout son corps sexué qui est jugé comme pas assez masculin : le pénis, les épaules, les postures, etc. ne lui renvoient pas une image assez virile de lui-même. Son corps peut très bien posséder une grande sexualisation mais il ne l'acceptera pas parce qu'il n'accepte pas qu'il soit limité. Si Paul ne donnait pas à son corps sa qualité de masculinité, c'était simplement parce qu'il n'acceptait pas que sa masculinité soit limitée. Paul trouvait que son corps n'était pas assez masculin parce qu'il n'était pas assez gros, pas assez fort, trop délicat. Il n'arrivait pas à se dire : « Ce corps est masculin, c'est le mien, j'y pose l'étiquette masculin et c'est tout, je l'accepte » et il fuyait dans la féminité. Le paraître féminin devient comme les bandelettes de l'homme invisible. Le corps n'est pas vu, perçu s'il n'a pas ces bandelettes que la personne reconnaît comme bandelettes. La personne se fait exister par ces bandelettes : sans féminité apparente, il n'y a personne.

Si le corps n'est pas considéré comme assez masculin, c'est en grande partie parce que, dans le passé, la personne a dû renoncer à son pouvoir de se nommer elle-même en l'abandonnant aux autres personnes significatives, en premier lieu, sa mère. Elle a laissé aller son expérience de sa masculinité pour se fabriquer une autre expérience plus conforme aux attentes. Paul a rapidement saisi qu'il était préférable pour lui de renoncer à sa masculinité, au pouvoir de se nommer lui-même comme masculin, à renoncer à sa propre expérience de masculinité pour ne pas ressembler à son père que sa mère détestait. Il était prêt à renoncer à sa masculinité pour ne pas perdre sa mère. Pour conserver la sécurité de l'acceptation maternelle, il fallait qu'il ne soit pas « trop » masculin. Mais en renonçant au pouvoir de se nommer, Paul renonçait aussi à ceux de se donner sa propre vitalité, de répondre de son vrai désir et de le porter à l'existence.

Pour sortir des torsions de son dasein et retrouver sa pleine vitalité sexuelle, Paul dut reconnaître qu'il était responsable de sa vie, de son identité sexuelle, de son désir sexuel, etc. et qu'il devait se donner le droit et la responsabilité de se changer en se nommant par lui-même. Ainsi il finit par réussir à reconnaître son corps masculin comme étant le sien. Un sentiment d'appartenance qu'il n'aurait jamais pu installer sans laisser aller son souci du regard de l'autre pour poser son propre regard sur lui-même et nommer son corps d'homme comme étant suffisamment masculin et viril pour qu'il se sente désormais approprié comme homme.

Ce n'est qu'à la suite de cette réconciliation avec sa masculinité que Paul put parvenir à focaliser le corps féminin comme une différence en polarité avec sa masculinité, une différence à découvrir et à désirer. De l'intérêt pour la connaissance de la femme et du corps féminin, il passa donc à cet élan vers la différence à l'origine du désir. Il ne lui restait plus qu'à savourer par l'intérieur la confirmation de sa masculinité et de sa masculinité par le corps sexué, la féminité et la féminité de la femme.

Références

BENJAMIN, Harry, 1966. *The transsexual phenomenon: a scientific report on transsexualism and its conversion in the human male and female*. New York: Julian press, 286 p.

BUGENTAL, James, F.T. 1983. «*The one absolute necessity in psychotherapy*», *The script*, vol. 13, n° 8, p. 1-2.

BUGENTAL, James F.T. 1987. *The art of the psychotherapist*. New York: Norton, 321 p.

BUREAU, Jules. 1999. «*Le devenir du conflit d'identité sexuelle chez l'enfant: l'homosexualité, le travestissement et la transsexualité chez l'adulte*». *Revue sexologique*. accepté pour publication dans le vol. 7, n° 1 (probablement), 70 p.

BUREAU, Jules. 1999. «*Les troubles de l'identité sexuelle chez l'enfant et l'adolescent*». In *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative*, sous la dir. d'Emmanuel Habimana, Louise S. Éthier, Djaouida Petot et Michel Tousignant, p. 231-255. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

BUREAU, Jules 1997. «*Transsexualité et psychothérapie: une approche existentielle*». *Perspectives psychiatriques*, vol. 36, n° 4, p. 290-296.

BUREAU, Jules, BEAUDOIN, Réal et FALLON, Yolande. 1997. *Le devenir des personnes transsexuelles: 7 ans après*. Rapport présenté en 1989 au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et au Conseil québécois de la recherche sociale sur l'adaptation socio-économique et interpersonnelle et la satisfaction psycho-sexuelle pré et post conversion sociale, hormonale et chirurgicale de transsexuel(le)s mâles et femelles. Publié sur le site internet info-sexe : <http://www.ntic.qc.ca/~blaf/index.html> 290 pages.

BUREAU, Jules. 1994. *L'irrésistible différence: l'homme et la femme*. Montréal: Les éditions du Méridien, 369 p.

BUREAU, Jules. 1981. «*Identita sessuale e transsexualismo: tipologia dei candidati alla conversione sessuale*», in **Sessualita e medicina** sous la dir. de Willy Passini, p. 569-606. Milan : G. Feltrinelli.

GREEN, Richard et MONEY, John. 1969. **Transsexualism and sex reassignment**. Baltimore: John Hopkins Press, 512 p.

ROTH, Helen N. 1974. «*Three years of ongoing psychotherapy of a transsexual patient*». In **Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome**, sous la dir. de Donald R. Laub et Patrick Gandy, p. 99-102. Stanford, California: Stanford University Medical Center.

SCHWÖBEL, Georg. 1960. «*Ein transvestitischer mensch, die bedeutung seiner störungen und sein wandel in der psychoanalyse*» **Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.** vol. 86, p. 358-382.



1 Orientation sexuelle appropriée : orientation sexuelle en harmonie avec l'identité sexuelle i.e. une femme désire les hommes et un homme désire les femmes. Cette orientation sexuelle est en harmonie avec la personne biologique de la femme ou de l'homme alors qu'une personne adulte qui désire un enfant est une personne en dysharmonie puisque son objet sexuel n'est pas approprié à son âge, à sa maturité.

2 Une version différente de cet article a été publiée en 1997 dans la revue Perspectives psychiatriques, vol. 36, no 4, p. 290-296.

3 Indifférenciation sexuée et sexuelle : Le développement sexuel tant pré-natal que post-natal se fait toujours selon la loi de la différenciation la plus poussée des sexes et vers l'individualisation de chacun. Se différencier, voilà le chemin du développement humain. Une personne indifférenciée soit génétiquement (par exemple le XXY, le syndrome de Klinefelter) ou gonadiquement (par exemple le syndrome des testicules féminisants) ou dans son identité sexuelle (par exemple la personne qui se dit bisexuelle). Ce sont tous des exemples de l'indifférenciation sexuée ou sexuelle. (Voir les travaux de Bureau déjà cités.)

4 Identité sexuelle authentique : une identité sexuelle appropriée au corps biologique et congruente avec la personne.

5 Au Québec, deux grands courants idéologiques s'affrontent devant ces phénomènes de conflits d'identité sexuelle surtout le problème de la transsexualité, celui de Montreal General Hospital et celui développé au département de Sexologie de l'Université du Québec à Montréal par Bureau et al. (voir liste de références). Le premier épouse les thèses américaines comportementalistes à l'occasion à tendance psychanalytique; le deuxième s'inspire des travaux des existentiels européens et américains comme ceux de Bugental.

6 Instinctoïdes : terme (néologisme) suggéré par Abraham Maslow, le promoteur de la troisième force en psychologie (l'approche humaniste-existentielle) pour désigner les forces du type biologique qui allument la personne humaine à se développer selon sa nature biologique de base. On parlera d'un instinctoïde pour se donner une bonne diète

afin d'assurer sa survie. Il en est de même dans la dimension sexuelle et érotique de la personne, elle a certains instinctoïdes qui la guident vers son perfectionnement et son développement (voir MASLOW, Abraham. 1954a. «*The instinctoid nature of basic needs*» **Journal of personality**, vol. 22, p. 326-347. MASLOW, Abraham. 1954b. **Motivation and personality**. New York: Harper, 369 p. MASLOW, Abraham (dir. publ.). 1959. **New knowledge in human values**. New York: Harper et Row, 268 p. MASLOW, Abraham. 1971. **The farther reaches of human nature**. Middlesex England: Penguin books, 440 p.).



Transfert/contre-transfert et intelligence émotionnelle

Les méandres de la relation thérapeutique.

Gabriel Aubé

Maîtrise clinique en sexologie (c)

Résumé

Très tôt dans leur formation, les aspirant(e)s sexologues sont entraîné(e)s à appliquer différents modèles de traitements en lien avec des problématiques sexuelles variées. Toutefois, on enseigne très peu à ces futur(e)s professionnel(le)s de la santé sexuelle comment prendre contact avec leur propre subjectivité à travers le processus thérapeutique afin de maximiser la compréhension des interactions qui se produisent entre le patient et le thérapeute. Je parle ici de la notion de transfert/contre-transfert amenée par Freud au tout début du 20^e siècle. Pour des raisons d'incompréhension, de valorisation narcissique, d'omnipotence, etc., plusieurs semblent vouloir s'éloigner de cette notion et perdent ainsi contact avec une partie importante d'eux-mêmes et du (de la) client(e). Apprendre à développer l'aspect émotionnel de notre personnalité afin d'arrimer celui-ci à notre rationnel peut donc s'avérer un outil intéressant dans le but d'atteindre un équilibre interne plus adaptatif que défensif. Je parle ici de l'intelligence émotionnelle amenée par différents auteurs dont Daniel Goleman.

N.B. Les vocables, analyste, psychanalytique, médecin, patient, analyse sont utilisés dans ce texte parce que le sujet traité origine principalement de la psychanalyse. Ils peuvent donc très bien être remplacés par des termes plus généraux comme client, thérapeute, thérapie, processus thérapeutique, etc.

Définitions

Transfert

C'est à partir de l'hypnose (suggestion), des phénomènes de télépathie, de la transposition d'éléments psychiques et du transfert de pensée que Freud amorça le début d'une réflexion qui le mènera quelques années plus tard au concept de transfert dans un premier temps et à celui du contre-transfert dans un deuxième temps. Ayant lui-même pratiqué l'hypnose et ayant eu l'occasion de constater une sorte de **perméabilité psychique** entre les individus, il pousse sa réflexion et cherche une explication plausible face à ce phénomène. Il évoque donc l'**hypothèse de l'existence d'un mode archaïque** et originel de communication (comme la télépathie) qui se serait dissipé dans l'inconscient au profit de l'évolution phylogénique de l'espèce humaine qui a progressivement développé un mode de communication basé sur les organes de sens (langage, signes, gestuelle). Selon lui, ce mode de communication archaïque demeurerait latent et pourrait réapparaître dans certains contextes au même titre que le ferait un réflexe instinctif (Freud 1985, cité dans Porte 1998, cité dans Barbier et Decourt¹). C'est ce qui se produirait dans le phénomène de transfert/contre-transfert.

La première définition de Freud (première élaboration claire du concept de transfert) se formule comme étant la présence de pulsions infantiles libidinales refoulées et de tendances (pré) conscientes en interaction avec des éléments de la réalité (Freud, cité dans Danon-Boileau, Le-Beuf, Pragier 1999)². Plus tard, Freud définira le transfert comme étant une réimpression, une copie d'émotions et de fantasmes qui doivent être

éveillés et rendus conscients à mesure que progresse l'analyse. Le transfert est caractérisé par la substitution du médecin à une personne antérieurement connue. En 1953, Gonzalez Chiosa³ définit le transfert comme la répétition du passé dans le présent des séances et comme une simple répétition apprise en terme de relation d'objet. D'autres auteurs comme Greenson⁴ (1965) ont également contribué à clarifier la conception du transfert. Pour lui, le transfert est l'ensemble des sentiments, pulsions, attitudes, fantasmes et défenses projetés sur un individu (le thérapeute) qui représente symboliquement, aux yeux du patient, une personne significative de sa prime enfance. Anzieu (1983)⁵ conçoit le transfert comme l'induction, le dépôt, l'intrusion forcés des parties de soi refoulées, non acceptées ou encore non symbolisées du patient dans le soi de l'analyste. En d'autres mots, le transfert représenterait une forme de communication à forte charge symbolique issue de contenus latents (encore actifs, incluant l'ensemble des affects et des mécanismes psychologiques qui y sont reliés) répondant à des besoins non résolus ou incombés, à des frustrations ou des blessures narcissiques refoulées et maintenues dans l'inconscient. L'expression de ceux-ci se ferait à partir des éléments de la réalité externe sur lesquels la personne transposerait des éléments de sa réalité interne. Freud voyait aussi un phénomène de transfert à travers les comportements d'« acting out » (qu'il a longtemps étudiés) en ce sens qu'au lieu de parler et de se souvenir, le patient passe par l'agir (ce dernier étant constitué des gestes, des paroles, des attitudes) et répète symboliquement d'anciens conflits (Lajoie, Laporte, 1988)⁶. Pour lui, la répétition

est une des caractéristiques du transfert qui s'exprime par la mise en acte de la réalité de l'inconscient (interne versus externe) (Kizer, Matet, Miller, 1992)⁷.

Modes et types de transferts

Selon Freud, le transfert s'articulerait autour de trois modes chez le patient, soit le mode **tendre**, le mode **hostile** et le mode **érotique**. Le mode tendre correspond à celui qui développe des sentiments tendres et contribuerait à la cure car c'est à l'intérieur de ce mode que se réunissent le « désir de savoir de l'analyste » et « l'intérêt intellectuel du patient » permettant ainsi de vaincre les résistances et diminuer l'apparition de mécanismes de transfert supplémentaires. Dans ce mode de transfert, l'avènement de nouveaux affects est perçu comme une occasion de découverte, de compréhension et d'épanouissement. En ce qui concerne les sentiments d'hostilité et érotiques inhérents aux deux modes portant les mêmes noms, ceux-ci travailleraient de concert avec les résistances faisant ainsi obstacle à la cure. Pour Freud, le transfert serait toujours constitué de ces trois composantes, ce qui viendrait expliquer pourquoi le phénomène transfert/pour-transfert peut à la fois être un frein et un moteur à la démarche thérapeutique. Ici, refoulement et défense sont considérés comme des éléments distincts quoique inter-reliés. Le refoulement étant le responsable de la formation des symptômes (éléments refoulés qui se cachent derrière le transfert) et la résistance agissant en contre-force à la cure (comme une sentinelle) pour protéger la personne des éléments refoulés. C'est à travers le processus thérapeutique que ceux-ci s'expriment. C'est également à ce moment qu'il devient possible d'accéder à l'univers inconscient de la personne (Freud 1912, cité dans Kiser, Matet, Miller 1992)⁸. En cherchant les signifiants qui se cachent derrière les résistances, le thérapeute bénéficie d'hypothèses explicatives riches en contenu.

Pour Mélanie Klein, le transfert est un affect se manifestant sous deux types, soit le type **positif** qui favorise l'accès à l'inconscient (mode tendre) et le type **négatif** représenté par les anxiétés et les résistances susceptibles de bloquer l'accès au contenu latent de l'inconscient

et nuire à la progression de l'analyse (mode hostile, mode érotique) (Klein 1952, cité dans Kiser, Matet, Miller 1992)⁹. Cette notion de positif/négatif s'imbrique très bien avec les modes de transfert qui agissent de façon constructive lorsqu'ils mobilisent l'énergie de l'individu vers la guérison ou de façon nuisible lorsque ceux-ci sont récurrents, rigides et provoquent l'émergence de nouvelles résistances.

Névrose de transfert

La névrose de transfert est le produit fini d'un transfert qui a graduellement augmenté en intensité jusqu'à l'atteinte de l'acmé (moment le plus intense). En fait, la névrose de transfert survient lorsque le client donne au thérapeute une place qui dépasse le cadre habituel de la relation transférentielle. Le thérapeute est alors perçu comme étant une sorte de maître de la réalité interne qui l'habite. Alors que dans une relation transférentielle normale, le thérapeute occupe une place partielle, dans la névrose de transfert, le client en fait le centre de son univers. Tout passe par lui. Il n'existe qu'à travers lui et la relation thérapeutique (Nacht 1971, cité dans Chasseguet-Smirgel, Grunberger 1980)¹⁰. Le comportement du patient en vient à se calquer graduellement sur une représentation idéalisée du thérapeute qui fait figure de mentor en lui, ce qui l'éloigne de lui-même, risque de biaiser l'interprétation et prolonger inutilement le processus thérapeutique.

Fonctions du transfert

En plus d'être le représentant de différents **affects tributaires de situations passées**, le transfert répond à des **besoins spécifiques** de l'individu au moment où il survient. Il peut donc remplir différentes fonctions telles :

- abaisser la tension interne, réduire les pressions exercées par l'angoisse, la culpabilité, l'excitation, l'agressivité
- protéger l'équilibre psychique contre la confusion
- tenter de combler un vide affectif
- déplacer vers la réalité externe des conflits internes
- cacher le vrai soi
- rejeter le surmoi et la responsabilité vers l'extérieur, se protéger d'un état dépressif latent, éviter d'entrer en contact avec ses angoisses et conflits, etc.

Dans leur article sur le traitement psychodynamique de « l'acting out » chez les adolescents, Lajoie et Laporte (1988) expliquent que « l'acting out » représente les agirs qui découlent directement du transfert. De tels comportements s'exprimeraient donc à travers une projection récurrente de conflits inconscients qui ont un lien symbolique avec les éléments de la réalité actuelle de la personne. Ils peuvent à la fois prendre la forme d'un écran protégeant le moi de nouveaux traumatismes potentiels mais également prendre celle d'un éclaircisseur susceptible d'amener l'individu à se souvenir graduellement de matériel inconscient récurrent (Lajoie, Laporte, 1988)¹¹.

Interprétation et compréhension

Pour plusieurs auteurs, la répétition du transfert (qui peut souvent être ou devenir chronique) trouve sa finalité dans l'interprétation de celui-ci. Ce n'est qu'en l'amenant à la conscience par l'analyse que la personne peut se réapproprier sa pensée et en venir à stopper sa mise en acte dans le réel, lui permettant ainsi de s'en libérer. Dans cette optique, deux courants de pensée s'opposent quant à l'interprétation du transfert. Le premier, suivant les travaux de Freud, opte pour l'**interprétation** des transferts et considère cette tâche **nécessaire** au processus thérapeutique. Le deuxième, sous l'influence de Lacan, **condamne l'interprétation** des transferts. Cette dichotomie prend source dans la technique d'interprétation du transfert qui se base très souvent sur l'inspiration du thérapeute. Étant donné que la nature du transfert, de même que celle du contre-transfert, est du domaine de l'impalpable, du non-vérifiable, de l'incertain, les interprétations qui en découlent sont, pour Lacan, relativement discutables, d'où cet écart de pensée avec Freud. Cependant, en ce qui a trait au **contre-transfert**, il semble y avoir une certaine ouverture des deux parties puisque celui-ci est intrinsèquement lié au thérapeute, favorisant ainsi une **interprétation plus exhaustive et précise** relevant davantage de la compréhension que de l'interprétation spéculative (Séchaud dans Danon-Boileau, L'Heureux-Le Beuf, Pragier 1999)¹².

Obstacles à la compréhension du transfert

Afin d'être en mesure de répondre le plus adéquatement possible au transfert du (de la) client(e), différents éléments sont à éviter. Dans leur article sur le traitement de «l'acting out» chez l'adolescent, Lajoie et Laporte (1988) en sont venus à identifier certains éléments qui, s'ils se retrouvent chez le thérapeute (l'intervenant), sont susceptibles de nuire au traitement équilibré du transfert :

- une personne en pleine transformation, en état de crise ou en déséquilibre majeur;
- des tensions assez fortes pour engendrer divers débordements;
- une personne envahie, épuisée, dépassée, incapable de se ressourcer (fragilité émotive, perméabilité excessive au contenu émotif);
- une personne superficielle axée sur le paraître, sur l'extérieur, qui a besoin de se prouver des choses et de préserver une image (caractéristique du thérapeute omnipotent, maître de la guérison qui poursuit des objectifs personnels);
- quelqu'un d'insécure qui a besoin de tout contrôler, rigide, qui s'oppose au changement, quelqu'un qui ne tolère pas les émotions (les siennes comme celles des autres, qui n'accepte pas ses sentiments, qui ne supporte pas d'être déprimé et qui doit toujours se maintenir dans l'action);
- une personne qui ne se base que sur la réalité, les faits tangibles et qui ne prend pas en considération son monde interne;
- une personne qui ne tolère pas l'attente et vit dans l'urgence de résultats immédiats;
- quelqu'un de secret qui a beaucoup de non-dit et qui évite les vrais problèmes (beaucoup de matériel refoulé susceptible d'être réactivé par le transfert), etc.

Ces différents éléments ont donc tous une influence sur la façon dont sera perçu le transfert et la manière d'y réagir (contre-transfert). Mais ils sont également susceptibles d'être la source du transfert de la part de l'intervenant(te). Dans un tel cas, les rôles sont inversés. Ce qui amène alors le thérapeute (l'intervenant) à faire l'exercice inverse, soit d'analyser la réponse contre-transférentielle de

son/sa client(e) tout en étant conscient des éléments présents dans son propre transfert.

Contre-transfert

Les réflexions de Freud sur le contre-transfert se sont faites plusieurs années plus tard et ont emprunté (en partie) les mêmes bases que ses réflexions sur le transfert. Pour lui, le contre-transfert était un obstacle à la compréhension du patient par l'analyste. Ceci l'amena plus tard à recommander que l'analyste se soumettre lui-même à une analyse afin de surmonter ses propres conflits (Freud, 1910 cité dans Chasseguet-Smirguel et Grunberger, 1980)¹³. L'inconscient s'avère donc la principale voie d'accès à la compréhension du contre-transfert et sous-entend que le thérapeute accepte la présence de ses propres conflits. Dans ce sens, on peut croire que, pour certains thérapeutes, le fait de découvrir et d'accepter leurs propres conflits et résistances les amène à perdre le sentiment d'omnipotence dans la cure, éliminant ainsi une motivation narcissique de valorisation. La résistance à ces conflits entraîne inmanquablement des impacts importants pour la relation thérapeutique. En refusant d'être bousculé par les éléments que le transfert suscite chez lui et d'ajuster son travail à partir de ceux-ci, le thérapeute adopte un comportement qui trahit souvent sa pensée (dissonance cognitive), ce qui biaise le travail thérapeutique. Pour capter les échos du transfert du (de la) client(e), le thérapeute doit faire preuve d'une certaine perméabilité transférentielle et l'intégrer au processus thérapeutique. À cet effet, Nacht (1971)¹³ mentionne que c'est peut-être ce que le patient (client) perçoit inconsciemment de l'attitude de son médecin (thérapeute) qui compte vraiment pour lui. Indépendamment de ce que peut lui dire ce dernier, c'est à partir de ses perceptions inconscientes que le patient (client) adoptera ou non ce qui lui est dit ou conseillé. De plus, un tel rapport transférentiel nécessite que notre analyse ne soit pas imprégnée de nos valeurs personnelles (positives, négatives) sous peine de provoquer de nouvelles résistances chez le patient qui pourrait se sentir bousculé. Comme plusieurs personnes retirent des gains importants à demeurer avec

leurs problèmes (malgré les apparences), si le thérapeute manque de doigté, il pourra ainsi contribuer à rigidifier les défenses du client et perpétuer la recherche de gains secondaires à sa problématique.

Le contre-transfert s'établirait par l'influence du patient sur les sentiments inconscients de l'analyste (Freud 1910, cité dans Grunberger et Chasseguet-Smirgel 1980)¹⁴. Plus tard Freud reprend l'idée d'un mode de communication originel entre les individus en poussant davantage sa réflexion. Il avance donc l'idée que l'inconscient d'un individu peut entrer en contact avec l'inconscient d'une autre personne sans passer par le conscient. À cette époque, il considère que le contre-transfert est une forme de résistance (de l'analyste face au patient) due au fait que ce que dit, représente, fait le patient provoque l'émergence de conflits inconscients et suscite différents affects chez l'analyste. Plusieurs années plus tard (1960), Winnicott¹⁵ abonde dans le même sens en disant que le contre-transfert représente les traits névrotiques de l'analyste qui le dépouillent de l'attitude professionnelle qu'exige son statut (il est un humain comme les autres) et influencent le cours du processus analytique. Selon Freud, c'est à travers l'auto-analyse (ou l'analyse didactique) que l'analyste peut établir une compréhension plus approfondie et significative du patient (Freud 1910, cité dans Grunberger et Chasseguet-Smirgel 1980)¹⁶. Vers les années 1975, on s'entendait pour dire, de façon générale, que le contre-transfert représentait l'ensemble des sentiments et attitudes vécus par le thérapeute à l'égard de son patient (Sandler, Dare, Holder 1975 cités dans Grunberger et Chasseguet-Smirgel 1980)¹⁷. En 1983, Anzieu¹⁸ illustre le contre-transfert comme étant l'importation de conflits psychiques fondamentaux du patient dans le psychisme du psychanalyste. Bref, le contre-transfert est en réalité l'introjection chez le thérapeute d'éléments personnels du patient (conflits, angoisses, besoins, etc.) issus de son vécu antérieur (réalité interne). Ces éléments sont ensuite traités par le thérapeute à partir de ce que suscite chez lui (conflits, angoisses, besoins, etc.) l'arrivée du

matériel du patient. Une fois cela fait, ces éléments sont retournés au patient par le contre-transfert dans le processus thérapeutique.

Indices de contre-transfert

En se basant sur les écrits de Bouchard, Normandin et Frotté 1993 (texte inédit), Paré (1993)¹⁹ dresse une liste d'indices permettant de capter le contre-transfert et d'en faciliter le travail et la correction. Ainsi, des réactions comme une baisse soudaine d'énergie, des sentiments dépressifs, des malaises, une diminution de l'attention, des difficultés à respecter les délais, les échéances, les heures de début et de fin, une baisse d'intérêt pour son(sa) client(te), s'endormir durant une rencontre, des élans affectifs prononcés à l'égard du (de la) patient(e), tenter d'impressionner le (la) client(e), insister pour parler de son patient durant une rencontre d'équipe pour mettre en relief son travail, des attitudes surprotectrices à l'égard du client, lorsque l'on brusque le patient sans que ce soit nécessaire, lorsque l'on se retrouve dans des argumentations exagérées avec le patient, que l'on retire une valorisation consciente des marques d'affection ou d'appréciation de notre cliente, lorsque l'on évite que la patiente soit en contact avec ses difficultés pour lui éviter l'inconfort, lorsque notre engagement dépasse le cadre de notre travail, lorsque l'on s'acharne sur certains points avec le patient ou que l'on adopte une attitude presque de harcèlement, etc. Selon Paré, chaque fois que nos réactions sont empreintes d'une charge positive ou négative importante, il s'agit d'un contre-transfert. Il serait donc recommandé d'être très vigilant face au « trop » de nos réactions.

Intelligence émotionnelle

L'intelligence se définit comme étant la capacité à capter, traiter et utiliser les informations provenant de nos impressions, sentiments, perceptions en parallèle avec notre intellect. Elle permet d'acquiescer la maîtrise de soi, l'ardeur, la persévérance et l'auto-motivation. C'est à travers la prise de conscience de ces émotions et l'harmonisation de celles-ci avec le rationnel que l'individu atteint un niveau d'intelligence globale supérieur

(ce qui rejoint la prise de conscience et l'interprétation du transfert/contre-transfert nécessaire à la progression de la relation thérapeutique et une meilleure connaissance de soi). D'ailleurs, Damasio²⁰ considère que les sentiments (l'émotif) sont indispensables aux décisions rationnelles car ils nous orientent dans la meilleure direction possible et disponible. De plus, Goleman mentionne que l'émotif précède toujours le rationnel et est habituellement à la source du comportement. Cependant, le plus gros du travail est d'arriver à canaliser celui-ci afin d'éviter l'anarchie émotive qui se produit lorsque la personne est complètement submergée et subit alors un débordement (débordement qui se manifeste souvent à travers le phénomène de transfert et le contre-transfert). Selon les recherches, l'intelligence émotionnelle fait appel à l'instinct animal que l'homme a cessé d'utiliser au profit de son intellect (rationnel) qui s'est développé au contact des autres et avec l'arrivée progressive de la civilisation. C'est donc à partir de la sécurité que lui procurait le fait de vivre en bande, puis en groupe et enfin en société mais également à cause des restrictions que lui imposait cette dernière (la liberté des uns s'arrête où celle des autres commence, l'impossibilité de se laisser aller à tous ses élans (pulsions) comme s'il était seul) que l'homme a délaissé cet aspect de lui-même (phénomène que Freud a abordé dans son livre « Malaise dans la civilisation »). Malgré ce changement, l'émotif peut encore se manifester de façon réflexe et/ou automatique selon le contexte. D'ailleurs, d'un point de vue étymologique, le mot émotion est composé des termes motere qui signifie mouvoir et du préfixe é qui signifie extérieur donc mouvement vers l'extérieur, ce qui démontre bien le lien établi par Freud entre l'« acting out » et le transfert, le premier étant l'expression concrète du second (projection) qui répond à des contenus latents chargés en émotivité. Ainsi, par extrapolation, on peut établir un certain rapport avec ce que Freud appelait le mode archaïque de communication (transfert/contre-transfert, inconscient à inconscient) qui demeure accessible dans certains contextes et qui aurait été remplacé au profit du langage, des signes qui relèvent davantage du rationnel.

Dans un autre ordre d'idée, Ledoux²¹ explique que la nature des rapports entre l'enfant et ses proches s'inscrit de façon marquée chez lui, même s'il ne possède pas encore le langage. Lorsque survient l'éveil de certains contenus vécus à cette période, l'individu manifeste des difficultés à exprimer en mots ce qui, à l'époque, était du domaine des pulsions, des sensations, des sentiments. C'est à ce moment que les débordements émotifs se produisent (transfert) en réaction à l'incapacité momentanée d'exprimer par la parole ce qui se produit intérieurement, ce qui correspond en partie aux premières définitions du transfert formulées par Freud qui faisait référence à des conflits de l'enfance non résolus qui ressurgissent au contact de la réalité.

Mayer²² affirme que l'ensemble des gens se divisent en trois catégories en ce qui a trait à leur conscience émotionnelle et leur façon de conjuguer avec celle-ci, soit ceux qui ont conscience d'eux-mêmes, ceux qui se laissent submerger par leurs émotions, ceux qui acceptent leurs dispositions d'esprit. Les premiers sont des individus indépendants, en bonne santé psychologique et sont très sensibles à leurs émotions. Lorsqu'ils vivent des situations difficiles, ils savent s'en détacher rapidement, maîtriser leurs émotions et maintenir une vision positive de la vie. Les deuxièmes sont ceux qui ont l'impression de ne pas avoir le contrôle sur leurs émotions et leur vie affective et se sentent incapables d'y remédier. Les derniers représentent ceux qui se laissent bercer par la marée de leurs émotions sans réagir. Ils adoptent l'attitude de personnes résignées à subir les écarts de leur humeur de façon passive. Ainsi, au même titre que les modes de transfert, on peut dire que les formes de conscience émotionnelle peuvent à la fois être un frein et un moteur au processus thérapeutique puisque celles-ci agissent également comme écran et comme éclairer au développement ultérieur de la personne. Pour Salovey²³, l'intelligence émotionnelle sous-entend certaines formes d'intelligence personnelle, soit la connaissance des émotions qui signifie être en mesure d'identifier ses émotions (prise de conscience des contenus refoulés),

la maîtrise de ses émotions qui signifie l'aptitude à adapter ses sentiments à chaque situation (transfert/contre-transfert), l'auto-motivation qui signifie être en mesure de contrôler et canaliser ses émotions en vue d'un accomplissement ultérieur (compréhension de transfert, contre-transfert), la perception des émotions d'autrui qui prend naissance dans l'empathie (perception du transfert) et la maîtrise des relations humaines qui illustre la capacité à gérer les émotions des autres à travers les rapports interpersonnels (réaction contre-transférentielle). Ces quelques éléments viennent se greffer aux différents critères mentionnés plus haut par Laporte et Lajoie concernant les caractéristiques ou états que l'on doit retrouver à faible dose ou éviter à l'intérieur de la relation transférentielle afin de maximiser la compréhension du transfert de même que la nécessité de procéder à l'analyse didactique (apportée par Freud) afin d'approfondir la compréhension des signifiants.

Transfert/contre-transfert et intelligence émotionnelle

On peut donc avancer de façon très succincte que le **transfert** est la **projection** de contenus inconscients refoulés (conflits, besoins, blessures), réactivés par des éléments de la réalité et variables en intensité, du patient vers le thérapeute. De plus, comme le mentionne Paré²⁴ dans son article sur le transfert/contre-transfert en éducation, le transfert représente, pour la personne, l'espoir de résoudre une situation difficile actuelle ou celui de compléter ce qui ne l'a pas été dans le passé. Comme si l'être humain avait un instinct qui le poussait à se développer. La répétition symbolique de comportements transférentiels illustrerait cet espoir, cette recherche de solutions. Le **contre-transfert**, lui, représente la réponse à l'**introjection** et au **traitement** de ce transfert à partir de l'ensemble des affects ressentis en interaction avec les contenus refoulés (conflits, besoins, blessures), réactivés par des éléments de la réalité et variables en intensité, du thérapeute vers le patient. Le phénomène de transfert/contre-transfert prend une forme **hautement symbolique** et peut servir à la fois de **frein** (protection) et de **moteur** (progression) dans le processus thérapeutique, que ce soit pour le

thérapeute ou pour le client. Transfert et contre-transfert agiraient de façon complémentaire (Paré 1993)²⁵. La relation transférentielle se forme à partir de la projection d'éléments de la réalité interne sur le monde externe et se caractérise donc par une perte de contact avec la réalité (Paré 1993)²⁶.

Par allégorie, on pourrait comprendre le phénomène de transfert/contre-transfert en le comparant à deux personnes qui se lancent la balle. Vous (thérapeute) êtes sur un terrain vague (relation thérapeutique). La personne (client) avec qui vous vous apprêtez à vous lancer la balle se place à une distance raisonnable de vous (distance thérapeutique). Vous vous préparez pour l'activité (la séance). Elle vous lance une balle rapide très forte (transfert hostile, contenus inconscients). Vous recevez la balle et sentez de l'agressivité (introjection). Vous n'appréciez pas être bousculé et ressentez une certaine frustration (traitement, contenus inconscients réanimés). Vous renvoyez la balle avec plus de force (contre-transfert hostile).

En termes clairs, l'intelligence émotionnelle représente la capacité qu'a un individu à **se servir de son émotif pour guider** les choix et décisions de son **rationnel**. Elle peut prendre différentes formes et se manifester autant lors de situations d'urgence qu'au quotidien. Elle nécessite certaines **aptitudes personnelles et interpersonnelles** et sous-entend une **conscience accrue de soi**. C'est la qualité de l'union qui existe entre émotif et rationnel qui sera garante du développement sain de l'intelligence émotionnelle. De plus, l'intelligence émotionnelle s'articule sur un continuum entre la **connaissance et la maîtrise de ses propres émotions** et la capacité à **reconnaître et maîtriser celles des autres**. Mal utilisée, elle peut être à la fois un **obstacle** et un **moteur** au développement de l'individu.

Voyons maintenant comment ceci se manifeste au niveau clinique.

Vignette clinique

Depuis maintenant plusieurs semaines, Sylvain reçoit une patiente (Mme Corriveau) qui présente un problème de désir avec son nouveau conjoint

dont elle dit être très amoureuse. Madame est déjà allée consulter auparavant mais sans résultat. Elle dit être confuse et ne pas comprendre ce qui lui arrive. Sylvain investigate donc la question avec sa patiente. Mais chaque fois qu'il croit avoir trouvé une explication et vérifie auprès de madame, celle-ci devient très défensive et trouve constamment un contre-argument qui élimine ses hypothèses. Il sent même une certaine forme d'agressivité se manifester chez elle. Plus il se fait insistant, plus elle se fait résistante. Ce manège dure depuis quelques semaines (transfert).

Plus le temps passe et plus le découragement s'empare de lui. Il a l'impression d'être dans une route sans issue et sent une tension s'installer en lui. Étant très occupé (enfant, femme malade depuis longtemps, travail) il attribue cela à la fatigue. Sans en prendre conscience, Sylvain vit un certain désintérêt vis-à-vis de sa patiente et entre graduellement en contact avec un sentiment diffus de frustration, d'irritabilité, de colère et même d'agressivité envers elle. Il se demande s'il doit la référer à un collègue (introjection et traitement).

Au bout d'un certain temps, il n'en peut plus et perçoit sa patiente de plus en plus comme une personne plaintive qui ne fait rien pour améliorer son sort et se contente d'éliminer ce qui pourrait être positif pour elle. Il se surprend souvent à se dire qu'elle joue la victime, ne veut pas réellement s'aider et il est très réfractaire à ses réactions. Jusqu'au jour où il devient très agressif et lui répond très promptement qu'il n'est pas là pour l'écouter se plaindre, que ce n'est pas son rôle et qu'il n'est pas en mesure d'aider quelqu'un qui ne veut pas s'aider... et met fin à la thérapie sur-le-champ (contre-transfert). Sa cliente quitte son bureau en disant qu'il n'a pas le droit de la juger ainsi, qu'elle a toujours voulu régler son problème et qu'elle s'était donné une dernière chance en venant le consulter. Elle quitte avec le sentiment que son problème est sans solution et est bouleversée. Quelques jours plus tard, elle porte plainte.

Explication

N'étant pas très familier avec le phénomène du transfert/contre-transfert, Sylvain s'est retrouvé dans une relation transférentielle à l'intérieur de laquelle plusieurs indices (cliente très défensive, presque agressive, transfert) auraient pu être utilisés afin de réorienter ses objectifs thérapeutiques et ainsi contribuer plus adéquatement aux besoins de sa cliente. De plus, il lui aurait également été possible d'identifier des éléments sous-jacents (analyse du transfert) à la problématique de sa cliente susceptibles de lui fournir de nouvelles pistes d'intervention. Mais, n'étant pas en contact avec sa propre subjectivité (contenus inconscients suscités), il s'est retrouvé dans le cercle vicieux de la relation transférentielle où les résistances de sa cliente ont provoqué l'émergence de ses propres conflits (frustration, découragement, colère) et l'apparition d'un comportement (poursuivre la cure) qui trahissait sa pensée (ne réfère pas malgré un désintérêt manifeste envers la cliente). Ainsi, il a banalisé les éléments de sa réalité actuelle (enfants, femme malade, travail, fatigue), a perdu sa neutralité professionnelle, n'a pas capté l'aspect émotionnel (introjection, traitement, IE) qui l'envahissait et a réagi massivement (contre-transfert agressif).

Point de vue clinique

Cliniquement, Sylvain n'a pas pris en considération l'aspect émotif de sa patiente qui avait déjà consulté auprès d'autres professionnel(le)s, ce qui aurait pu lui éviter de vivre de la frustration face à la contre-argumentation de madame qui s'était peut-être déjà fait émettre ces hypothèses (perception des émotions d'autrui, IE, compréhension du transfert). Cela lui aurait également permis de réaliser que le caractère défensif de madame était probablement dû au fait qu'elle était désespérée, d'où son attitude, attitude qu'il aurait pu comprendre comme étant de l'impatience plutôt que de l'agressivité (capacité à reconnaître et maîtriser les émotions d'autrui, IE). Il a laissé passer quelques semaines avant de se questionner sur ce que cela lui faisait vivre, contribuant ainsi à nourrir le désespoir de madame et son propre désintérêt. Il n'a pas tenu compte de sa propre émotivité et n'est pas allé chercher de conseils auprès d'un

collègue plus expérimenté (acceptation de sa disposition d'esprit). Il ne s'est pas arrêté sur ce qu'il vivait afin d'établir des parallèles avec d'autres situations semblables ou tout simplement identifier pourquoi cela lui demandait autant d'énergie. Ce qui l'a peut-être mis en contact avec ses limites personnelles et lui a fait vivre un sentiment d'incompétence (connaissance et maîtrise de ses émotions IE). Il n'a pas noté la gradation en intensité de ses sentiments à l'endroit de sa cliente (irritabilité, frustration, colère, agressivité). En faisant cela, sa cliente a probablement ressenti inconsciemment son état et s'est peut-être réfugiée derrière ses défenses, ce qui a pu alimenter négativement Sylvain. Il n'a pas tenu compte de ses limites personnelles afin de trouver une alternative pour madame. Il a perdu son intégrité et a dépassé le cadre de la thérapie. Il s'est permis de réagir avec agressivité en jugeant le comportement d'un œil personnel plutôt que professionnel, ce qui aura sans doute un impact majeur sur l'état général de madame et risque de maintenir un sentiment d'inefficacité personnelle chez elle (maîtrise des relations humaines, contre-transfert), etc.

Point de vue déontologique

En vertu du code de déontologie de l'Association des sexologues du Québec, on peut se demander (et même affirmer) si le phénomène de transfert/contre-transfert peut être à la source d'irrégularités dans l'intervention clinique et ainsi exposer le sexologue à des risques de poursuites ou de plaintes. Évidemment, étant un phénomène qui ne relève pas de l'intervention clinique propre mais bien des relations humaines, les erreurs ou manquements susceptibles de se produire ne sont habituellement pas faits de façon volontaire. Mais nous ne pouvons négliger son impact dans la pratique et les conséquences pour le (la) client(e) et pour nous mêmes. Neuf articles semblent avoir été violés et rendent la plainte recevable (en abrégé). Les articles :

- **2.01** *Le sexologue doit promouvoir la qualité et la disponibilité des services...* Il laisse la thérapie avancer sans se donner de nouveaux objectifs laissant madame face à l'échec;

- **3.01.01** *Le ... doit exercer sa profession dans le respect de la dignité et la liberté...* Il juge le comportement de madame d'un œil personnel;

- **3.01.09** *Le ... ne doit pas exercer de pression ou de contrainte, de discrimination...* Il s'est montré insistant dans ses tentatives d'explication;

- **3.02.04** *Le ... doit tenir compte de ses capacités, ses compétences et des limites de celles-ci...* Il n'a pas référé madame et n'a pas demandé conseil malgré le fait qu'il se sentait dans une route sans issue;

- **3.02.06** *Le ... peut se retirer d'un dossier si ses valeurs l'empêchent de donner un suivi adéquat...* Il a poursuivi malgré le contexte inopportun et le fait qu'il y avait stagnation;

- **3.04.01** *Le ... doit rester intègre et loyal envers l'usager...* Il a brisé la relation thérapeutique et a quitté son rôle de professionnel;

- **3.04.04** *Le ... doit s'abstenir d'exercer sa profession dans un état qui peut compromettre la qualité...* Il était envahi par la thérapie et avait une situation personnelle très stressante;

- **3.04.07** *Le ... doit veiller à conserver une distance professionnelle avec l'usager...* Il a abandonné son statut de professionnel et a jugé sur des bases personnelles;

- **3.05.03** *Avant d'interrompre des services... délai raisonnable...* Il a mis fin à la thérapie sur-le-champ sans préavis.

En regard des différents éléments mentionnés, la plainte de Mme Corriveau est reçue en fonction des dits articles qui illustrent bien les manquements professionnels de M. Sylvain Bouliane, sexologue.

Réflexion clinique

Personnellement, je crois que l'on ne peut passer outre le phénomène de transfert/contre-transfert en thérapie sexuelle étant donné que ce phénomène se manifeste dans toutes les sphères des relations humaines à des degrés différents. Que ce soit dans la rue, au travail, entre amis, on ne peut

éviter l'aspect émotionnel de notre vie parce qu'il est l'essence même de notre être interne et, pour une large part, de nos comportements (évidemment, certains comportements se font aussi de façon apprise). À mon avis, cette notion se doit d'être utilisée davantage par toute personne œuvrant dans le domaine de la relation d'aide. La relation transférentielle étant un concept très large, son rayonnement peut s'étendre à toutes les facettes de la personnalité de l'individu en interaction avec son environnement. Ce qui donne lieu à un nombre gigantesque d'échanges et ouvre la porte à un monde immense à l'intérieur duquel se cache souvent le sens tant recherché par la parole. De plus, les contenus latents semblent jouir d'une place importante dans l'inconscient des individus et tendent à s'exprimer symboliquement dans le réel. Par ailleurs, le concept d'intelligence émotionnelle vient jeter de la lumière sur le phénomène de transfert/contre-transfert et permet presque de toucher au côté impalpable de la relation thérapeutique. À mon avis, comme professionnel(le)s, on doit se familiariser avec cet aspect fluide et dominant de la nature humaine que sont les émotions et qui, comme le soulignait Goleman, précèdent toujours le rationnel et en orientent l'action. Je crois donc que dans un avenir rapproché, ces notions apparemment abstraites deviendront de plus en plus concrètes et fourniront des atouts intéressants en ce qui a trait à notre compréhension des différentes problématiques et de leurs signifiants. Dans le même ordre d'idée, l'avènement et le développement d'une telle compétence en sexologie clinique comme dans tous les domaines de la relation d'aide permettront de sortir des sentiers battus, de restructurer nos modèles d'intervention et d'adapter notre style d'intervention à d'autres paramètres que ceux empruntés à la théorie. Un tel concept permet également de prendre en considération des éléments qui varient d'un individu à l'autre...

Critique

D'un point de vue théorique, et particulièrement au niveau de la psychanalyse, le transfert est un élément qui semble s'attribuer davantage au patient qu'au thérapeute, ce qui

donne une certaine direction au phénomène et limite en même temps son champ d'action puisqu'il est presque impossible de déterminer ce qui vient avant et ce qui vient après (transfert du client vs contre-transfert du thérapeute et vice-versa). Dans ce sens, il est également très difficile de savoir à quel moment précis débute l'échange transférentiel. Certains diront qu'il est omniprésent dans toute relation interpersonnelle alors que d'autres diront qu'il se manifeste lorsque l'émotivité submerge la personne qui en est affligée. Quoi qu'il en soit, dans un cas comme dans l'autre, aucun ne nous indique où se fait le départ. Dans ce sens, je crois qu'une des sources possibles de ce phénomène réside dans la perception que l'on se fait de ce qui se passe autour de nous (paroles, gestes, comportements, attitudes, etc).

L'interprétation demeure un exercice spéculatif qu'il est difficile de démontrer et de prouver étant donné les risques de biais d'analyse provoqués par le contre-transfert. Un autre biais possible réside dans la validation du transfert auprès du (de la) client(e) étant donné que des résistances additionnelles peuvent se mettre entre le (la) client(e) et ses conflits et entre le thérapeute et le (la) client(e). La difficulté à mettre en mots un contenu intérieur relevant des affects, des émotions et souvent d'un passé où le langage n'était pas encore en place vient également augmenter le niveau de difficulté. Cela exige donc une bonne capacité d'abstraction et une aisance à être en contact avec des conflits refoulés souvent diffus (que ce soit les nôtres ou ceux de notre client(e)). Pour le thérapeute comme pour le client, cela demande une certaine ouverture à travailler avec des informations qui relèvent du non-palpable, de l'incertain et d'être en mesure de suivre les divagations de l'inconscient.

En ce qui concerne les fonctions du transfert et les indices de contre-transfert, nous devons garder en tête ses différents éléments mais, arriver à ne jamais vivre ceux-ci est impossible. Nous sommes en mouvement constant et ces différents éléments peuvent se présenter comme des mécanismes de protection. Vouloir les éliminer relève

de l'utopie. Par contre, apprendre à en prendre conscience et à les accepter comme étant ce qui nous caractérise et nous différencie semble beaucoup profitable. À mon avis, c'est l'intensité qui détermine l'impact possible au quotidien comme dans la pratique. Cet impact peut être positif comme négatif. Par exemple, vous avez une nièce qui est gravement malade depuis plusieurs mois. Lorsque vous rencontrez votre troisième client de la journée, il vous apprend qu'il est gravement malade et que sa vie en dépend. Votre intervention est alors teintée d'une grande empathie, d'une compréhension presque naturelle et d'une écoute qui réconfortent votre client (vous saviez quoi dire). Dans un autre exemple, vous avez un conjoint qui souffre d'une maladie très rare qui provoque chez lui des douleurs incroyables aux os. Cela dure depuis plusieurs mois et vous n'arrivez plus à supporter ses cris de douleur. Vous arrivez en thérapie avec une de vos patientes et celle-ci se plaint constamment de tout et de rien (selon votre perception). Votre intervention est alors empreinte d'intolérance et d'irritabilité. Vous vous retenez pour ne pas lui faire un sermon sur la douleur... Ce qui nous ramène aux propos de Paré qui parlait du « trop » de nos réactions. À mon avis, c'est principalement sous cet angle qu'il faut considérer et se servir des différents éléments mentionnés plus haut. En ce qui concerne la possibilité qu'il existe aussi des situations auxquelles on réagit sans qu'elles soient rattachées à des conflits passés, c'est toujours un mystère...



Références et bibliographie

1. BARBIER, Andr., DECOURT, Pierre. **Transmission, transfert de pensée, interprétation.** Groupe Méditerranéen de la Société Psychanalytique de Paris. Édition du Monde Interne, Presses de l'imprimerie Durand, 1998, 192 p.
2. FREUD, Sigmund dans BOILEAU-DANON, Laurent, L'HEUREUX-LE BEUF, Diane, PRAGIER, Georges. **Transferts.** Presses Universitaires de France, Paris, 1999, 150 p.
3. GONZALEZ Chiosa, J.L. «*Recuerdo encubridor, sintoma y transferencia*», in **Revista de Psicoanálisis de la A.P.A.**, T.X, n° 3, Buenos Aires., 1953, cité dans KIZER, Clara, MATET, Jean-Daniel, MILLER, Dominique et coll. **Les stratégies du transfert en psychanalyse.** Dix septième rencontre internationale du Champ freudien. Association de la Fondation du Champ freudien. Navarin Éditeur, Presse de la Source d'or, Paris, 1992, p. 119.
4. GREENSON, R.R. «*The working alliance and the transference neurosis*», in **The Psychoanalytic quarterly**, vol. 34, p. 151-181, 1965, cité dans **Les stratégies du transfert en psychanalyse.** (voir 3)
5. ANZIEU, Didier. «*À la recherche d'une nouvelle définition clinique et théorique du contre-transfert*», 1983, dans: SZTULMAN, H. **Le psychanalyste et son patient**, p. 23-35 cité dans FUA, Théa-Hélène. **L'idéal du moi dans le contre-transfert.** Césura Lyon Édition, 1994, p. 85.
- 6-7. LAJOIE, Gérald, LAPORTE, Michel. «*Approche psychodynamique du traitement de l'acting out chez l'adolescent*», Acte du colloque scientifique : L'intervenant, la clientèle, l'approche ré-éducative. Fondation des Centres jeunesse des Prairies, 1988, p. 315 à 331.
8. FREUD, Sigmund. «*La dynamique du transfert*», 1912 cité dans **La technique psychanalytique**, 1953, p. 50-60 cité dans **Les stratégies du transfert en psychanalyse.** (voir 3)
9. KLEIN, M., «*Les origines du transfert*», dans **Revue française de psychanalyse**, 1952, T.XIV, Paris, P.U.F., p. 204-214, p. 210, cité dans **Les stratégies du transfert en psychanalyse.** (voir 3)
10. NACHT, Sacha. «*Le transfert*» dans **Guérir avec Freud**, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1971, p. 41-53, cité dans CHASSEGUET-SMIRGEL, Janine, GRUNBERGER, Bela. **La cure psychanalytique : Sur le divan.** Éditions Robert Laffont, Canada, 1980, p. 44, p. 145, 149.
11. LAJOIE, Gérald, LAPORTE, Michel. «*Approche psychodynamique du traitement de l'acting out chez l'adolescent*», (voir 6)
12. BOILEAU-DANON, Laurent, L'HEUREUX-LE BEUF, Diane, PRAGIER, Georges. **Transferts.** Presses Universitaires de France, Paris, 1999, 150 p.
13. NACHT, Sacha. **Guérir avec Freud**, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1971 cité dans **La cure psychanalytique : Sur le divan.** (voir 10)
14. FREUD, Sigmund. «*Perspective d'avenir de la thérapie analytique*», 1910, dans **La technique psychanalytique**, Paris, P.U.F., 1970, cité dans **La cure psychanalytique : Sur le divan.** (voir 10)
15. WINNICOTT, D.W. «*Counter-transference*», **British Journal of Medical Psychology**, vol. 33, p. 17-21 cité dans **La cure psychanalytique : Sur le divan.**(voir 10)
16. FREUD, Sigmund dans **La cure psychanalytique : Sur le divan.** (voir 10)
17. SANDLER, J., DARE, Ch., HOLDER, A. **Le patient et le psychanalyste**, Paris, P.U.F., 1975, cités dans **La cure psychanalytique : Sur le divan.** (voir 10)
18. ANZIEU, Didier. «*À la recherche d'une nouvelle définition clinique et théorique du contre-transfert*», 1983, dans: SZTULMAN, H. **Le psychanalyste et son patient**, p. 23-35 cité dans **L'idéal du moi dans le contre-transfert.** (voir 5)
19. PARÉ, André, «*Transfert et contre-transfert en éducation*» dans **Intégration**, n° 17, juin 1993, p. 47-48.
20. DAMASIO, Antonio. **Descarte's error : Emotion, Reason and the Human Brain.** Grosset/Putman, New York, 1994 dans GOLEMAN, Daniel. **Intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence.** Éditions Robert Laffont, Paris, 1997, 381p.
21. LEDOUX, Joseph. «*Emotional Memory System in the Brain*» in **Behavioral and brain research**, vol. 58, 1993 et «*Sensory systems and Emotions*» in **Integrative Psychiatry**, 4 1996 dans GOLEMAN, Daniel. **Intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence.** (voir 20).
22. MAYER, John D., STEVENS, Alexander, «*An emerging understanding of the reflective (Meta) experience of mood*», manuscrit non publié, 1995 cités dans **Intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence.** (voir 20)
23. SALOVEY, Peter, MAYER, John D., «*Emotional Intelligence*» in **Imagination, cognition and personality**, vol. 9, 1990, p. 185-211 cité dans **Intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence.** (voir 20)
- 24-25-26. PARÉ, André, «*Transfert et contre-transfert en éducation*» dans **Intégration**, n° 17, juin 1993, page 40.



DENIGER, Céline. **Définition et rôle du contre-transfert en psychanalyse.** Thèse de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 95 p., 1986.

FREUD, Sigmund. **La technique psychanalytique.** Bibliothèque de Psychanalyse. Presses Universitaires de France, Paris, 1997, 143 p.

FREUD, Sigmund. **Introduction à la psychanalyse.** Petite bibliothèque Payot. Presses Cameron, France, 1976, 441 p.

Fua, Théa-Hélène. **L'idéal du moi dans le contre-transfert.** Césura Lyon Édition, 1994, 180 p.

GOLEMAN, Daniel. **L'intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence.** Tome 1. Éditions Robert Laffont, Paris, 1997, 381 p.

GOLEMAN, Daniel. **L'intelligence émotionnelle : Cultiver ses émotions pour s'épanouir dans son travail.** Tome 2. Éditions Robert Laffont, Paris, 1999, 384 p.

GRUNBERG, Frédéric, LALONDE, Pierre et coll. **Psychiatrie clinique: Approche bio-psycho-sociale.** Gaëtan Morin Éditeur, Québec, 1988, 1298 p.

MILLER, Jacqueline. **Une mémoire pour deux: Le virtuel des transferts.** Presses Universitaires de France, Paris, 1997, 173 p.

NAGLER, Gabrièle, TRAN VAN KHAÏ, Michelle. **Des états-limites: L'alliance thérapeutique.** Imprimé en France, 1992, 570 p.

SEARLES, Harold. **Connaissance de l'inconscient: Le contre-transfert.** Édition Gallimard, 1981, 264 p.



Bureaux à louer — Ahuntsic

Neufs, meublés ou non, insonorisés, climatisés, salle d'attente, cuisine, service téléphonique, stationnement privé.

Diverses modalités de location

François

Ce qui se passe à L'ASQ.

Comité de perfectionnement

Le printemps arrive bientôt, il ne reste qu'une formation à avoir lieu, le 26 avril 2003 dont le thème est *Cybersexe*. Le calendrier de perfectionnement 2002-2003 a été très apprécié par nos membres. Nous espérons que le prochain calendrier de perfectionnement saura susciter autant d'intérêt. N'oubliez pas que nous sommes toujours disponibles pour recueillir vos suggestions.

Joanne Lépine, M.A.

Comité des relations publiques

Nous travaillons présentement à la préparation d'un plan afin d'améliorer la visibilité de l'Association des sexologues du Québec pour la prochaine année. Durant l'année 2002-2003, nous portons à votre attention qu'un lien menant au site Internet de l'Association des sexologues du Québec a été inscrit sur le site de l'Association des urologues du Québec. Vous trouverez ce lien à l'adresse suivante: <http://www.auq.org/lien.html>.

Mario Larivée-Côté, M.A.

En vrac

Congrès, colloques, réunions scientifiques

La Fédération du Québec pour le planning des naissances organise le colloque **Santé de la reproduction et maternité: «Autonomie des femmes ou illusion du choix?»** les 25 et 26 avril 2003 à l'Hôtel Maritime Plaza. Pour plus d'informations, contacter le (514) 866-3721 ou info@fqpn.qc.ca.

Le 2^e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle aura lieu à **Bruxelles du 7 au 9 mai 2003**. Pour plus d'informations, contacter Madame Christelle Trifaux par email christelle.trifaux@cfwb.be.

Le XXII^e congrès annuel de l'AQIS «*Équité! diversité! solidarité!*» aura lieu à Montréal les 29, 30 et 31 mai 2003. Pour de plus amples informations, contacter le (514) 725-7245.

Le congrès de l'Association des médecins psychiatres du Québec aura lieu à **Hull du 10 au 16 juin 2003**. Le thème sera «*Sexe et psychée: questions d'espèces et de survie*». Pour plus d'informations, visiter le site Web au www.ampq.org.

The 25th Annual Guelph Conference and Training Institute on Sexuality aura lieu du 16 au 19 juin 2003. Le thème sera «*Intensive Sex therapy Training Program*». Pour de plus amples informations, contacter le (519) 767-5000 ou le site Web www.open.uoguelph.c/sexconf.

The 17th World Congress of Sexology aura lieu à **Montréal du 10 au 15 juillet 2005**. Nous vous donnerons les informations dès leur réception.

Séminaire sur le thème **Le changement de l'orientation homosexuelle chez l'homme: cas clinique et aspects théoriques de l'approche existentielle**. Ce séminaire se tiendra le vendredi 4 avril 2003, au département de Sexologie, Université du Québec à Montréal à 9h00 am. Pour information: Charlotte Lacasse 450-641-1276



Nouveaux membres

L'ASQ est fière d'accueillir les nouveaux membres suivants :

Membres étudiantes: Geneviève Caron et Marie-Amélie Tremblay

Membres réguliers: Isabelle Hénault, Marie-Josée Drouin, Latifa Boujallabia et Francine Tessier

Bibliophile

Tous les documents et les livres de la chronique **BIBLIOPHILE** peuvent être empruntés par les membres en téléphonant au secrétariat de l'ASQ au (514) 270-9289.

BEATTIE, Melody (2002), *Savoir lâcher prise 2*, Science et culture, 375 pages.

HENRY, Natacha (2003), *Les mecs*

lourds, Robert Laffont, 152 pages.

LEMOINE, Patrick (2002), *Le sexe des larmes*, Robert Laffont, 173 pages.

ZELINSKI, Ernie (2002), *L'art de rester célibataire... ou de le redevenir!*, Éditions Stanké, 218 pages.

MAURICE, Albertine et Christophe (2002), *35 jeux drôles pour pimenter votre vie amoureuse*, Les éditions de l'homme.

VERRIÈRE, Coline (2002), *Le sexe zen*, Ambre édition, 255 pages.

SIMONNET, Dominique et coll. (2003), *La plus belle histoire de l'amour*, Éditions du Seuil, 183 pages.

SONNTAG, Linda (2002), *Kama Sutra sur l'oreiller*, Guy Trédaniel éditeur, 128 pages.

SONNTAG, Linda (2002), *Techniques sexuelles : plaisir et passion*, Guy Trédaniel éditeur, 128 pages.

TANNEN, Deborah (2003), *Si je dis ça, c'est pour ton bien*, Robert Laffont, 299 pages.

Assemblée générale annuelle 25^e A.G.A.

Le 6 juin prochain se tiendra notre 25^e assemblée générale annuelle. Nous vous invitons tous à ce grand événement.

À cette journée de retrouvailles et de joie, où nous ferons un survol du parcours effectué depuis les 25 dernières années, nous souhaiterions inviter tous les diplômés en sexologie clinique. Pour ce faire, nous avons besoin de votre aide. Si vous êtes détenteur d'une maîtrise clinique et que vous n'êtes pas membre de l'ASQ, nous aimerions connaître vos coordonnées afin de vous faire parvenir une invitation pour cet événement unique. Si vous connaissez quelqu'un qui détient une maîtrise en sexologie clinique et qui n'est pas membre de l'ASQ, nous souhaiterions que vous l'invitiez à nous faire parvenir ses coordonnées afin que nous puissions lui envoyer une invitation.

Vous pouvez contacter le secrétariat de l'ASQ au (514) 270-9289 ou par courriel au asq@qc.aira.com

Au plaisir de vous y rencontrer.

Comité ad hoc 25^e aga

SAVIEZ-VOUS QUE ...

Les plaintes pour violence conjugale déposées par des hommes auprès de la police et jugées fondées après enquête ont augmenté de 40 % au Québec au cours des trois dernières années. Les plaintes déposées par les femmes ont aussi augmenté dans une proportion de 16 %. « Désormais, les hommes victimes sont pris au sérieux par les policiers et les intervenants sociaux, on ne rit plus d'eux », a affirmé M. Claude Roy, directeur du Centre préventif d'hébergement à la famille, un organisme voué à la réadaptation des hommes violents ou victimes de violence conjugale. Par ailleurs, un autre organisme d'abord dédié à la réhabilitation des hommes violents, Option-Une alternative à la violence conjugale et familiale, accueille maintenant en thérapie des femmes violentes.

Source: La Presse, 8 juillet 2002.

