

Présentation

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York, 2^e partie

André Renaud

Volume 33, numéro 1, printemps 2008

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York, 2^e partie (1) et Débat : la garde partagée (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/018470ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/018470ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Renaud, A. (2008). Présentation : la psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York, 2^e partie. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 7–13.
<https://doi.org/10.7202/018470ar>



La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York, 2^e partie

André Renaud*

C'est avec fierté et contentement que nous vous présentons le second numéro spécial de la revue *Santé mentale au Québec* sur la « Psychothérapie focalisée sur le transfert », approche de psychothérapie psychodynamique classique adaptée au traitement des troubles de la personnalité limite. C'est en 1996 qu'un groupe de professeurs de l'École de psychologie de l'Université Laval ont engagé, à l'initiative de la professeure Lina Normandin, une formation et un travail de collaboration avec le Personality Disorders Institute de New York, plus particulièrement avec les Drs Otto et Paulina Kernberg, Frank E. Yeomans et John F. Clarkin. Depuis ce temps, les professeurs Louis Diguier, Lina Normandin, André Renaud, Stéphane Sabourin et, plus récemment, Karin Ensink se sont formés à l'approche PFT et collaborent aux travaux de recherches et à l'application de la méthode. Depuis quatre ans, maintenant, ces professeurs contribuent, avec les collègues de New York, à un programme de formation à la pratique de la psychothérapie focalisée sur le transfert de praticiens québécois œuvrant auprès de personnes avec une organisation limite de leur personnalité. Ce programme implique des séminaires et des supervisions de groupe à Québec et par le biais de vidéoconférences avec des spécialistes de New York.

Les deux numéros spéciaux de *Santé mentale au Québec* présentent un peu le bilan de cette collaboration Québec-New-York. Le premier, paru au printemps 2007, volume XXXII, numéro 1, offrait au lecteur une vue d'ensemble de l'approche psychothérapique. On y expliquait comment cette approche fut cliniquement et empiriquement élaborée. On discutait un instrument empirique permettant d'analyser et d'élaborer les réactions contre-transférentielles. On démontrait comment l'approche intégrait les apports du groupe britannique dirigé par Peter Fonagy sur la fonction réflexive. Enfin, on offrait une compréhension psychodynamique de la propension à la dépression chez la personnalité limite.

* Psychologue et psychanalyste.

Le présent numéro offre encore une fois cinq articles de fond, en français, sur les travaux de recherches cliniques et empiriques. Dans un premier article, Delaney, Yeomans, Stone et Haran discutent de diverses variables influençant les résultats d'une psychothérapie. Les auteurs rappellent rapidement ce qu'est le trouble de la personnalité limite et les problèmes soulevés par le fait d'avoir une identité diffuse. Ils rappellent également que l'approche psychothérapique vise l'intégration de l'identité en portant une attention particulière aux relations d'objet intériorisées et activées dans la relation transférentielle. Bien que l'application de la méthode produise des résultats psychothérapiques encourageants, il demeure certains échecs ou demi-réussites qui peuvent révéler d'importantes informations si on se donne la peine de les analyser. On sait, par exemple, que les bénéfices secondaires retirés de l'état de malade reconnu socialement, comme le parasitisme social, peuvent faire échouer une psychothérapie même bien menée par un thérapeute d'expérience. Pourquoi certains patients parviennent-ils à profiter d'une psychothérapie alors que d'autres, avec des thérapeutes tout aussi compétents et expérimentés, parfois avec les mêmes thérapeutes, n'y arrivent pas ? Pour analyser la question, un échantillon randomisé de 90 patients limites a été construit et chacun d'eux a suivi une année de psychothérapie. Plusieurs mesures ont été prises avant, pendant et après l'année de traitement. Les résultats sont illustrés par plusieurs vignettes cliniques représentatives de regroupement de patient sur la base de recoupements de mesures et de données cliniques. Ainsi, on présente trois vignettes cliniques illustrant l'impact sur la psychothérapie de bénéfices secondaires ; soit un cas réussi, un cas à demi-réussi et un cas échoué.

Le second texte rédigé par Følsch, Odom et Kernberg explique les modifications apportées à la psychothérapie focalisée sur le transfert, méthode élaborée pour le traitement d'adultes souffrant d'une identité diffuse, afin de l'appliquer avec profit aux adolescents. On prend bien soin de distinguer entre la crise d'identité normale à l'adolescence et la diffusion de l'identité dénotant déjà une difficulté d'intégration des diverses fonctions de la personnalité. L'adolescence est une période de grandes transformations physiques, hormonales, sexuelles et identitaires. La crise identitaire normale à l'adolescence se résorbe chez la grande majorité d'entre eux en une identité normale permettant un fonctionnement flexible et adapté. Cependant, un certain nombre d'entre eux développent divers problèmes tant à l'école que dans leur famille, tant avec les amis qu'avec les adultes. Ces adolescents ne parviennent pas à intégrer en un tout cohérent et relativement harmonieux les identifications réalisées durant cette phase du développement, ils en

ressortent avec une identité diffuse et développent une organisation limite de leur personnalité. Ces adolescents souffrent de plusieurs déficiences fonctionnelles retrouvées plus tard chez les adultes avec un diagnostic de troubles de la personnalité limite. Ainsi, on a remarqué que les perturbations de l'identité et les dérèglements affectifs constituaient les principaux symptômes propres à cet âge trouble conduisant à l'organisation limite de la personnalité à l'âge adulte. La fréquence est assez élevée, entre 11 et 18 %, pour regarder de près le problème. Est-il possible d'intervenir plus tôt, de prévenir et de corriger plus rapidement les difficultés naissantes ? Paulina Kernberg s'est penchée sur la question avec une équipe de chercheurs et de praticiens et les auteurs, suite au décès de Madame Kernberg, apportent ici les principales conclusions d'une partie importante de ses travaux. Les auteurs expliquent les principales modifications apportées à la méthode psychothérapique pour traiter les adultes souffrant d'un trouble de la personnalité limite et justifient ces modifications tant d'un point de vue clinique qu'empirique. On discute, par exemple, du lieu du pouvoir dans la famille. Qui décide et de quelle façon la décision est-elle prise ? Les normes régissant les interactions entre les membres de la famille jouent un rôle dans la dynamique familiale et dans le fonctionnement psychique de l'adolescent. La source de bien des problèmes à l'adolescence réside dans la communication. Parfois la communication est tellement abondante qu'elle perd toute signification, parfois elle se fait trop rare, d'autres fois trop autoritaire, d'autres fois insuffisamment participative, etc. Parmi les modifications apportées, les auteurs mentionnent, par exemple, une phase de pré thérapie impliquant les parents et d'autres personnes en interaction avec l'adolescent, comme les professeurs ou moniteurs de clubs sportifs ou sociaux. Ces rencontres sont nécessaires afin de bien connaître l'organisation de vie de l'adolescent qui échappe parfois aux parents en dehors de la vie familiale. Les rencontres avec ces personnes sont généralement plus fréquentes et celles-ci sont mises au courant du traitement engagé et impliquées parfois, à divers degrés, dans l'établissement du contrat psychothérapique et parfois même dans le traitement. Les auteurs soulignent l'importance d'un diagnostic différentiel pour bien adapter le traitement à l'adolescent spécifique en cause. Le psychothérapeute doit parfois s'impliquer dans le milieu de vie de l'adolescent et aider les parents à imposer certaines règles de vie et réduire des forces destructrices parfois en jeu dans la dynamique familiale. D'autres modifications sont apportées aussi à la méthode de traitement même. Ainsi, la mise en évidence des dyades relationnelles prend une allure particulière, etc. Les auteurs explorent enfin certaines pistes d'avenir quant à l'application de la méthode aux adolescents.

Diamond et Yeomans examinent, dans le troisième article, la relation patient-psychothérapeute par le biais de la théorie de l'attachement et ce de façon clinique et empirique. Il y a de plus en plus d'évidences cliniques et empiriques à l'effet d'un lien entre un trouble précoce d'attachement et les troubles de la personnalité à l'âge adulte. L'hypothèse de base de la recherche est que les troubles de l'attachement entraînent des réponses dissociatives aux événements traumatiques ultérieurs et que le cumul des effets de ces expériences dissociatives au fur et à mesure du développement conduit à des désordres complexes et chroniques chez l'adulte. Ils considèrent trois aspects majeurs des troubles de l'attachement ; la multiplicité des représentations non intégrées de soi et de l'autre, le déficit de la mentalisation et les dilemmes relationnels implicites aux troubles de l'attachement. Divers tests examinant la qualité de la relation d'attachement entre le patient et le psychothérapeute ont été administrés aux deux protagonistes avant, pendant et après une année de psychothérapie. Les résultats partiels de la recherche sont présentés ici autant par des vignettes cliniques que par des mesures quantitatives de diverses dimensions implicites au lien d'attachement tant du patient envers le thérapeute que du thérapeute envers le patient. L'attachement et la fonction réflexive sont des construits situés à l'intersection de la neurobiologie et de la psychanalyse. Il y aurait un lien entre les formes précoces d'attachement entre les parents et l'enfant et les caractéristiques du discours narratif tant des parents que des enfants dès qu'ils atteignent l'adolescence et l'âge du jeune adulte. Les chercheurs procèdent donc à une analyse du discours tant du patient parlant de son thérapeute que du thérapeute parlant de son patient. Les capacités de mentalisation sont précocement mises en branle chez le très jeune enfant et découlent de la capacité des personnes à apporter des soins pertinents et appropriés à l'enfant. Plus ces soins sont réguliers, cohérents, justes et reflètent bien l'affect de l'enfant de façon soutenue, nuancée, spontanée et en temps opportun, plus les capacités de mentalisation démarrent de la bonne façon. Plusieurs vignettes cliniques étayent les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Dans le quatrième article, Diguier, Laverdière et Gamache montrent la pertinence d'une approche empirique des relations d'objets en clinique et en recherche. Ils prennent appui sur la conception de Kernberg des relations d'objets et de la psychothérapie des troubles de la personnalité. L'accent sur les relations objectales n'empiète en rien sur la centralité de la relation transférentielle, au contraire, mais elle élargit le champ métapsychologique afin de contrer la tendance actuelle voulant simplifier de façon technique la psychothérapie psychodynamique des troubles de la personnalité. Pour Kernberg, les relations

objectales constituent le fondement même des structures psychiques profondes et inconscientes de la personnalité qui déterminent la qualité de l'adaptation de la personne et son comportement. Ces relations d'objet impliquent une représentation de soi et une représentation d'autrui, l'une et l'autre représentations étant liées entre elles par un affect, un désir, une pulsion. Or les représentations de soi et d'autrui, représentations clivées, partielles, morcelées, non intégrées sont au cœur de l'organisation limite de la personnalité. Les représentations ainsi clivées restent en partie inconscientes et en partie conscientes. Le but de la thérapie est de permettre aux représentations clivées de soi et d'autrui de se présenter simultanément à la conscience, et de s'intégrer en un tout plus harmonieux et cohérent. Les auteurs distinguent le concept de relation objectale chez Kernberg et des concepts équivalents d'autres approches, et dénoncent certains mythes concernant l'exploration psychothérapique de la personne par le thérapeute. Puis les auteurs passent en revue les modes d'évaluations empiriques existant des relations d'objet. Les avantages et les inconvénients de plusieurs échelles, mesures et autres méthodes d'évaluation sont rapportés et comparés. Tirant les leçons de cet examen détaillé, les auteurs proposent une échelle de mesure des relations d'objet de leur propre cru. Cet instrument ne procède pas par l'analyse du discours verbal rendant compte d'épisodes relationnels supposés représenter des modèles relationnels. L'échelle se fonde plutôt sur une analyse minutieuse de l'ensemble du comportement verbal et non verbal, actif et passif, bref, l'ensemble du comportement relationnel ici et maintenant. Puis les auteurs comparent leur échelle à d'autres instruments mesurant divers aspects de la relation transférentielle. La majorité des mesures existantes se centrent sur un seul des deux protagonistes. Ces échelles sont généralement assez valables pour mesurer le transfert, mais échouent souvent à mesurer le contre-transfert. Leur échelle détaille à la fois l'intensité de l'activation des deux protagonistes, la valence positive ou négative de chacun, les caractéristiques structurales et le contenu de l'interaction entre les deux protagonistes, selon l'évolution de la relation. Les auteurs donnent une bonne description de l'instrument, de son usage et de sa valeur psychométrique.

Enfin, dans le dernier texte, Yeomans et Diamond rapportent une vue d'ensemble de la compréhension psychanalytique des pathologies du narcissisme telles qu'elles se manifestent dans la psychothérapie focalisée sur le transfert. Les auteurs font un rappel historique de l'évolution du concept de narcissisme de Freud à Kernberg, en passant par Klein, Rosenfeld, Chassequet-Smirgel et Kohut. On explique ce qu'est le narcissisme normal et pathologique, les processus dynamiques

impliqués dans le développement d'un narcissisme normal et ce qui incline le narcissisme vers la pathologie. Le narcissisme primaire s'instaure très précocement et constitue un stade normal de développement entre l'autoérotisme et la capacité de relation objectale. Klein n'élabore pas particulièrement sur le narcissisme, mais elle insiste sur les relations précoces du bébé avec les objets et comment ces relations impliquent des émotions d'amour, de haine, des fantasmes, des anxiétés et des défenses primaires. Un moi, présent dès la naissance, se construit et se fortifie par les mécanismes d'introjection des bons objets et de projection des mauvais objets. C'est bien autour de ces introjectes que se forme un noyau autour duquel s'organise le moi. Le narcissisme apparaît alors comme un développement secondaire, une sorte d'identification défensive à un objet idéalisé et intériorisé. Rosenfeld ajoute que les pulsions libidinales et agressives-destructrices sont, dès l'origine, rattachées au narcissisme et à son développement. La force et la quantité des pulsions destructrices peuvent entraîner le narcissisme vers des états pathologiques dans lesquels les pulsions libidinales et agressives sont désintriquées. Alors les aspects les plus destructeurs et omnipotents peuvent être séquestrés dans le soi et clivés dans des relations objectales positives. Les objets externes sont alors dévalorisés, méprisés et la dépendance à leur endroit est niée. Enfin, pour Kernberg, c'est le soi grandiose qui constitue une structure gravement pathologique en condensant les éléments du véritable soi, du soi idéal et de l'objet idéal, ce qui mène à des distorsions dans la formation tant du moi que du surmoi. Les représentations du soi et d'autrui non intégrées sont dissimulées sous un faux soi grandiose et narcissique qui assure une cohérence superficielle à une psyché foncièrement fragmentée. Les relations objectales deviennent pathologiques et le développement du surmoi en est sérieusement entravé. Il y a condensation du vrai soi, du soi idéalisé et de l'objet idéalisé et ceux-ci persistent dans des représentations clivées plutôt qu'intégrées, annulant toute différenciation entre le moi idéalisé et le vrai moi. Les auteurs examinent les niveaux des pathologies du narcissisme. On observe des manifestations narcissiques chez les gens normaux, chez les névrotiques, dans les organisations limites en distinguant entre la personnalité narcissique proprement dite, la personnalité souffrant du syndrome du narcissisme malin et chez les personnes antisociales. Il y a encore le narcissisme masochiste et le narcissisme dépressif. Les auteurs expliquent l'importance du diagnostic différentiel entre les diverses formes et profondeurs des pathologies du narcissisme afin d'ajuster le cadre et le contrat psychothérapeutiques. Deux vignettes cliniques illustrent le fonctionnement de la psychothérapie focalisée sur le transfert avec des patients narcissiques.

Voilà qui complète le second numéro spécial sur la psychothérapie focalisée sur le transfert. Ces deux numéros constituent le plus important ouvrage récent en français sur la psychothérapie focalisée sur le transfert. Nous tenons à remercier sincèrement les collaborateurs et collaboratrices, tant de l'université Laval à Québec que du Personality Disorder Institute de New York. Cette méthode psychothérapique adaptée au traitement des troubles de la personnalité limite est présentée en français et il est possible aux lectrices et lecteurs intéressés de poursuivre une formation au Québec en contactant les professeurs Lina Normandin ou Louis Diguier à l'École de psychologie de l'Université Laval. Les dix articles présentés dans les deux numéros spéciaux de la revue *Santé mentale au Québec* permettent une information à jour sur l'approche, un tour d'horizon de la théorie étayant l'approche, une démonstration clinique, via de nombreuses vignettes cliniques variées, du fonctionnement de la méthode, une synthèse suffisante, croyons-nous, pour intéresser les cliniciens ou les chercheurs à poursuivre leur lecture en une formation plus poussée.

Les auteurs, tant de Québec que de New York, remercient sincèrement la revue *Santé mentale au Québec* d'avoir osé risquer l'aventure. Nous remercions particulièrement le directeur de la revue, Monsieur Yves Lecomte de la TELUQ et le rédacteur en chef, le Dr Jean-François Saucier de l'Hôpital Sainte-Justine de leur ouverture d'esprit, de leur patience et de leurs judicieux conseils. Nous remercions aussi Madame Suzanne Cloutier, responsable de l'édition, pour la qualité de son travail et de sa collaboration.