

Présentation

La psychothérapie focalisée sur le transfert

A special issue on Transference-focused psychotherapy

La psicoterapia focalizada en la transferencia

Psicoterapia focada na transferência

André Renaud

Volume 32, numéro 1, printemps 2007

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York (1) et Windigo I (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/016506ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/016506ar>

[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. (2007). Présentation : la psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 7–16. <https://doi.org/10.7202/016506ar>

Résumé de l'article

Santé mentale au Québec a le plaisir d'offrir à ses lecteurs et lectrices un double dossier intitulé la psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP). Ces deux dossiers, dont le deuxième sera publié à l'automne 2007, traitent du modèle de psychothérapie pour troubles de personnalité élaboré par le D^r Otto F. Kernberg et ses collaborateurs et collaboratrices du Personality Disorders Institute du New York Presbyterian Hospital, Westchester Division. Cette publication est le fruit d'une collaboration entre cet Institut, le groupe T.F.P. de l'École de psychologie de l'Université Laval, et la revue *Santé mentale au Québec*.



Présentation

La psychothérapie focalisée sur le transfert

André Renaud*

Santé mentale au Québec a le plaisir d'offrir à ses lecteurs et lectrices un double dossier intitulé la psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP). Ces deux dossiers, dont le deuxième sera publié à l'automne 2007, traitent du modèle de psychothérapie pour troubles de personnalité élaboré par le D^r Otto F. Kernberg et ses collaborateurs et collaboratrices du Personality Disorders Institute du New York Presbyterian Hospital, Westchester Division. Cette publication est le fruit d'une collaboration entre cet Institut, le groupe T.F.P. de l'École de psychologie de l'Université Laval, et la revue *Santé mentale au Québec*.

Avant de synthétiser les articles du présent dossier, il nous apparaît opportun d'aborder la conception du trouble de personnalité selon l'approche de la psychothérapie focalisée sur le transfert. La connaissance de cette conception étant un préalable important pour comprendre l'originalité de cette forme de psychothérapie et ses implications.

Qu'est-ce que la personnalité ?

Le Petit Robert la définit comme suit :

Ce qui fait l'individualité d'une personne morale. En psychologie, la personnalité est une fonction par laquelle un individu conscient se saisit comme un Moi, comme un sujet unique et permanent.

Toute personne a une personnalité distincte et unique. Toute personne possède un ensemble de traits singuliers qui la spécifient par rapport aux autres, qui la distinguent de tous les autres individus, des caractéristiques qui font d'elle une personne unique. La personnalité, c'est l'ensemble des manières particulières d'être et de faire d'une personne, c'est la façon propre de percevoir et de réagir aux gens et aux situations. C'est le style développé par la personne pour entrer en

* Psychologue et psychanalyste.

relation avec autrui et la façon d'entretenir ou non ces relations. C'est l'ensemble des réactions personnelles, affectives et émotionnelles coutumières. C'est la manière propre à la personne d'aborder l'agressivité, autant la sienne que celle des autres. C'est un seuil spécifique de tolérance autant à la frustration qu'à l'angoisse. C'est une humeur dominante. C'est un mode de raisonnement, une façon de penser, une manière de juger les choses, les situations, les personnes. C'est une façon d'accueillir ou de refuser la nouveauté, l'étrangeté. La personnalité, c'est tout ça et plus encore.

Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité ?

Une personne commence à éprouver un trouble de la personnalité lorsque certains traits spécifiques deviennent exagérés, rigides au point de nuire au fonctionnement normal et satisfaisant de la personne dans son milieu, de ralentir ou d'arrêter son épanouissement, sa réalisation. On observe alors des perturbations importantes dans quatre dimensions de la personnalité.

1) La dimension émotionnelle : Celle-ci est sérieusement perturbée. C'est la dimension la plus perceptible. Les manières d'être et de faire sont de plus en plus inappropriées sur le plan émotionnel. Les expériences de vie sont très subjectivement éprouvées et déclenchent des affects intenses et disproportionnés par rapport à la situation qui les provoquent. Les émotions changent rapidement de tonalité, même s'il y a des périodes d'accalmie. Les réactions émotionnelles sont nulles ou presque ou, au contraire, exagérées, disproportionnées, explosives et souvent imprévisibles. La personne a généralement le sentiment de subir les événements de sa vie, une vie qui lui paraît par conséquent pénible, brouillée, difficile, tendue plutôt qu'harmonieuse, plus particulièrement pour elle que pour les autres. L'humeur devient trop fréquemment intempestive et peu adaptée à la situation réelle. Les événements contrariants semblent venir à elle comme un rouleau compresseur, tant les émotions sont péniblement éprouvées et rapidement changeantes. Elle connaît des hauts et des bas très prononcés. Les seuils de tolérance à la frustration et à l'angoisse sont particulièrement faibles, ce qui produit des réactions impulsives incontrôlées et injustifiées. Ce qui parfois laisse injustement croire aux désordres bipolaires, mais l'état maniaque fait souvent défaut ou est suggéré par les tempêtes émotionnelles dues aux difficultés à contenir une profonde rage intérieure très vive.

2) La dimension relationnelle : La personnalité manifeste un trouble lorsque les relations interpersonnelles deviennent de plus en plus troubles et chaotiques. Il faut un certain temps d'observation pour s'en

rendre compte. Les relations amicales et amoureuses commencent souvent dans un climat passionnel et une lune de miel s'ensuit, mais ces relations tournent tout aussi souvent et soudainement au drame dès les premières expériences décevantes ou frustrantes. Les ruptures et les reprises alternent fréquemment. Les perceptions de soi et des autres passent souvent et rapidement du blanc au noir et du noir au blanc. Les conflits relationnels sont fréquents avec les membres de la famille, avec les amis et amies, avec les partenaires amoureux, avec les collègues de travail, avec les personnes en autorité, etc. L'instabilité relationnelle devient une caractéristique. Les relations deviennent superficielles et les objets investis perdent progressivement de leur signification, de leur importance, et n'importe quels autres objets pouvant répondre immédiatement au désir ou au besoin peuvent facilement les remplacer. Les mésententes avec l'entourage se multiplient sans raison valable. L'autre devient davantage un instrument utilisé à des fins personnelles plutôt qu'un sujet autonome ayant des droits personnels, une liberté, des désirs et des besoins, bref une personne.

3° La dimension pulsionnelle : C'est une dimension dont il est difficile à la personne de prendre conscience. Les comportements impulsifs sont une façon de se débarrasser d'affects pénibles, une façon d'éviter de prendre pleinement conscience des expériences vécues, de se laisser toucher par une situation, par une personne. L'agir impulsif est une façon de rejeter certains aspects du monde interne, certaines pensées, certains sentiments qui communiquent à la personne une vulnérabilité ou une valeur négative. Il y a, progressivement et nettement, une intolérance à vivre pleinement les expériences émotionnelles. Ces comportements se révèlent destructeurs et souvent perçus, dans certaines approches psychothérapeutiques, comme étant l'essence même, le cœur du trouble de personnalité auquel il faut remédier prioritairement. Notre compréhension des comportements impulsifs diffère. Nous considérons ces comportements impulsifs comme les manifestations observables de profondes difficultés psychiques, tel le manque d'intégration harmonieuse du monde interne, l'expression des conflits psychiques inconscients. Ces comportements impulsifs prennent plusieurs formes : les automutilations, les brûlures, les abus de médicaments, d'alcool, de drogues, la promiscuité sexuelle, les désordres alimentaires, etc. Ces comportements traduisent les efforts de la personne pour composer avec un conflit psychique majeur, mais malheureusement, ces efforts restent le plus souvent infructueux et vains. Pour que la thérapie opère, il importe que la personne comprenne que ces conduites constituent une façon de se débarrasser d'affects, d'émotions, de sentiments intolérables, que faire droit à ces réactions empêche

l'analyse et la compréhension des conflits et des malaises psychiques qui les suscitent. Il vaut mieux, pour la personne et pour le meilleur fonctionnement de la thérapie, qu'elle parvienne à réduire ces comportements, si elle veut profiter de l'analyse psychothérapique des matériaux sous-jacents. Le plus souvent la personne prétend être incapable de se contrôler, que sa réaction est plus forte qu'elle-même. Il n'y a rien de moins sûr. Ce qui est évident, c'est que la personne n'a jamais vraiment essayé de se contrôler, qu'elle s'est toujours permise toutes les expressions, qu'elle a toujours réagi spontanément sans tenir compte des autres et de la réalité. Il est aussi évident que personne, jusqu'à présent, n'a vraiment exigé d'elle un contrôle de ses réactions impulsives. Il est étonnant de constater un renversement assez rapide des manières de faire, dès que la personne comprend la nuisance qu'elle s'inflige par ses réactions intempestives et qu'elle accepte de faire l'effort de se contrôler. Une autre façon de se débarrasser d'affects pénibles, de pensées et de désirs conflictuels est de leur refuser l'intégration au monde interne et de les laisser agir dans le monde corporel. C'est la somatisation, symptôme fréquent chez les gens qui souffrent d'un trouble de la personnalité.

4° La dimension identitaire: L'identité personnelle diffuse est au cœur même du trouble de la personnalité. Elle est la dimension la plus discrète et la plus inconsciente, mais aussi la plus lente et la plus difficile à modifier. Cette identité diffuse, confuse, exprime le manque d'intégration interne des diverses dimensions de la personnalité: les affects, les relations objectales, les pulsions, les défenses, etc. L'absence d'une identité bien définie dit combien la personne n'a pas un sens précis d'elle-même, de ses valeurs, de ses buts, de ses goûts, de ses désirs. Cela communique à la personne concernée une impression assez désagréable de vide intérieur, de non valeur. Cette impression est liée à la réaction immédiate de la personne au contexte dans lequel elle baigne et à sa difficulté d'être seule. Le plus souvent, le sentiment de vide éprouvé occulte des affects aussi intenses qu'inacceptables, affects dont la personne est le plus souvent inconsciente. Ce sont ces affects qui suscitent les comportements impulsifs. Une part importante de la thérapie est d'aider la personne à prendre conscience de ces sentiments réprimés ou différés, et de les intégrer harmonieusement à son monde intérieur. À ce dessein, la psychothérapie centrée sur le transfert se propose de détecter, nommer, décrire et expliquer les jeux des dyades objectales relationnelles mises en scène dans la relation transféro-contre-transférentielle.

Voilà la conception du trouble de la personnalité selon l'approche de la psychothérapie centrée sur le transfert. Passons brièvement en

revue les articles de ce dossier afin de dégager des notions complémentaires.

Dans le présent numéro

Yeomans, Delaney et Renaud dans leur article « La psychothérapie focalisée sur le transfert » offrent une vue d'ensemble de l'approche. Cette perspective permet une initiation à cette démarche thérapeutique. Les auteurs en expliquent les fondements basés sur les principes de la psychothérapie psychodynamique classique et sur les théories des relations objectales. La structuration du monde psychique interne est présentée à partir des expériences relationnelles agréables ou désagréables dont l'élaboration psychique, faite dans l'après-coup, influence la suite des expériences successives. Les auteurs expliquent le fonctionnement du psychothérapeute dans ce modèle et les objectifs poursuivis pour aider le patient à modifier en profondeur son organisation psychique. Ils abordent, enfin, le type de modifications cliniquement espérées.

Pour sa part, John F. Clarkin présente dans son article « Le développement empirique de la psychothérapie focalisée sur le transfert » les étapes de développement de l'approche centrée sur le transfert en insistant sur ses fondements empiriques. Plusieurs recherches et analyses ont été menées afin d'établir des données sûres qui expliquent la pathologie et les principes guidant la méthode psychothérapique tant d'un point de vue théorique que clinique. Plusieurs investigations en laboratoire ont été nécessaires pour éclairer et étayer la compréhension du trouble de la personnalité, la nature des conflits psychiques et des problèmes organiques. D'autres recherches sur la nature et le style relationnels, sur l'organisation des relations objectales dans le monde interne de la personne ont jeté des lumières sur d'autres dimensions importantes de la personnalité. La mise au point d'une méthode diagnostique appuyée sur des données comparatives et empiriques a aussi été élaborée.

Évidemment, un traitement qui vise à modifier la structure pathologique de la personnalité demande plus de temps qu'un traitement visant la correction d'un comportement précis ou d'une attitude bien circonscrite. Le traitement de la personnalité est plus complexe que la thérapie d'un symptôme. L'auteur rappelle comment, par l'enregistrement vidéo, l'examen de psychothérapies menées auprès de personnes souffrant de divers troubles de la personnalité limite ont permis l'observation, l'analyse et l'identification des façons de faire opérantes, efficaces, qui produisent une amélioration chez la personne. Cet examen des psychothérapies a aussi mis en évidence les façons de faire qui s'avèrent inutiles ou nuisibles. Ce travail d'équipe a produit un premier

manuel sur la méthode, un manuel repris, amélioré, et réédité deux fois jusqu'à présent. D'autres recherches en cours permettront sans doute d'améliorer, de préciser, de peaufiner certaines stratégies, tactiques et techniques de la méthode tout en favorisant une compréhension toujours plus profonde du trouble de la personnalité limite. Les efforts actuels pointent particulièrement sur les mécanismes de changement dans la personnalité. On cherche à mieux saisir comment la psychothérapie opère, sur quels mécanismes, sur quelles fonctions joue-t-elle pour produire des changements. En ce sens, les recherches de Peter Fonagy sur le processus de mentalisation apportent de nouvelles lumières prometteuses.

Un troisième article «Le travail du contre-transfert dans le traitement des troubles sévères de la personnalité», écrit par les professeurs Lina Normandin et Karin Ensink, présente leurs travaux sur ce thème. En s'appuyant sur les recherches de Winnicott, de Heiman, et de Racker, le professeur Kernberg a intégré la vision classique et la perception «totalistique» du contre-transfert pour en faire à la fois un outil, et comprendre l'obstacle qu'il peut produire dans la psychothérapie. Le psychothérapeute confronté à des troubles sévères de la personnalité éprouve des réactions souvent violentes qui peuvent nuire sérieusement à sa capacité de comprendre et de réfléchir. Une grille d'analyse du contre-transfert, mise au point par Normandin, reprise, améliorée, éprouvée par diverses recherches empiriques apporte une contribution théorique et empirique à la compréhension du processus. Le matériel présenté par le patient peut être mieux contenu, décodé, élaboré et traduit au patient pour qu'il puisse se le réapproprier dans une forme et une intensité plus tolérables et constructrices.

Bien que la pratique de la psychothérapie focalisée sur le transfert exige du praticien le maintien d'une neutralité, dans les faits, la confusion produite par les patients favorise toutes sortes de réactions cognitives et émotionnelles chez les thérapeutes. C'est pourquoi la méthode exige des thérapeutes une grande vigilance à l'égard des impulsions à agir pour échapper au malaise et pour retrouver une forme de penser. Cependant, sans s'en rendre compte, le thérapeute parvient parfois à s'allier à une partie du conflit présenté par le patient. Les recherches démontrent que les réactions contre-transférentielles procéderaient d'identifications projectives activées par le patient dans le transfert, lesquelles suscitent chez le thérapeute une identification personnelle concordante ou complémentaire à ce qui est en jeu chez le patient, voire à ce qui se joue chez le thérapeute à son insu. Le défi du thérapeute est donc d'identifier les représentations et les affects suscités

en lui par le patient, et de les distinguer de ses réactions personnelles. Il lui faut encore les analyser, les comprendre et parvenir à les utiliser au profit du patient et du meilleur fonctionnement de la psychothérapie.

Les auteures expliquent la grille d'analyse du contre-transfert, et offrent des pistes pour élaborer psychiquement ces manifestations afin de les rendre les plus thérapeutiques possible.

Un quatrième article, signé par les mêmes auteures, « La psychothérapie focalisée sur le transfert et la fonction réflexive », traite de la méthode qui aurait l'avantage de favoriser le développement de la fonction réflexive selon une recherche récente de Høglend et al. (2006). Les auteures expliquent la nature de la fonction réflexive et son élaboration dans le développement de l'enfant, en se fondant sur les recherches et théorisations de Fonagy et Target (1996). Ces derniers auteurs identifient trois types de dysfonctions dans les réactions des parents aux affects de leur enfant, en relation avec le développement des troubles de la personnalité qui favorisent la construction d'un faux-soi.

Les auteures passent en revue les mécanismes actifs de la psychothérapie focalisée sur le transfert qui expliquent l'activation du développement de la fonction réflexive. Un *premier* mécanisme : le psychothérapeute prend pour acquis l'intentionnalité du patient dans tout ce qu'il dit, pense ou agit. Il manifeste ouvertement sa curiosité à l'égard de cette intention, son motif, et il cherche à mettre en évidence l'état mental du patient. Un *deuxième* mécanisme : l'identification et la clarification constantes des affects éprouvés par la personne, tout particulièrement lorsqu'il semble y avoir une contradiction entre les affects manifestés et le discours ou le comportement. Un *troisième* mécanisme : le développement d'une capacité d'interprétation interpersonnelle chez le patient sous l'impact de l'identification, de la clarification, de la confrontation et de l'exploration de tout changement dans les représentations du soi et de l'objet dans la relation au psychothérapeute. C'est le processus d'interprétation conceptualisé dans la psychothérapie focalisée sur le transfert. Un quatrième mécanisme : l'installation progressive d'une capacité ludique entre le patient et le psychothérapeute. Par le jeu dramatique ou humoriste, le psychothérapeute aide la personne à différencier les façons personnelles et subjectives de voir, de percevoir et d'organiser de façon dramatique et distordue ses représentations du monde, et les affects éprouvés dans son monde interne et la réalité objective des choses et des gens.

Enfin, les professeurs Ensink et Normandin discutent un désaccord entre les approches de Fonagy-Bateman et de Kernberg et ses collaborateurs, sur l'utilisation de l'interprétation transférentielle avec

les patients limites. Fonagy et Bateman prétendent que l'interprétation des manifestations transférentielles soulèvent une angoisse d'une trop grande intensité pour être utilisable en séance, alors que l'approche de Kernberg focalise l'attention du psychothérapeute sur l'interprétation du transfert par le biais de la clarification, de la confrontation et de l'interprétation.

Le cinquième et dernier article « La dépression chez la personnalité limite » aborde la question de la dépression chez cette dernière. André Renaud met en évidence la dimension dépressive chez la personnalité limite et explique les raisons profondes de la dépression d'un point de vue psychanalytique. Dans une première partie il montre comment l'organisation psychique de la personnalité limite prédispose celle-ci aux affects dépressifs intenses. La personnalité limite, ne parvenant pas à une intégration psychique harmonieuse de ses expériences vécues et des sentiments éprouvés, conserve une organisation clivée, rigide de son monde interne. Le Moi s'en trouve appauvri et vulnérable, confus et défensif. Cela favorise les affects dépressifs. Le diagnostic de la dépression chez la personnalité limite exige une attention minutieuse de la part du psychothérapeute. Comme la personne limite a tendance à projeter sur les gens de son entourage les affects pénibles qu'elle éprouve, le premier à se sentir dépressif est souvent le psychothérapeute. Le recours aux défenses primitives par le patient a pour effet de le rendre plus vulnérable et fragile dans ses relations interpersonnelles, et de multiplier les échecs dans son adaptation au monde réel, au monde scolaire, du travail, aux relations amoureuses, etc. Dans une seconde partie, l'auteur explique comment la personnalité limite entre en relation avec les gens de son entourage et les situations, selon un mode particulier. La personnalité limite a une identité diffuse, et elle différencie mal les frontières entre elle et l'autre. Elle investit l'autre comme un outil pour satisfaire ses propres désirs. Elle ne voit pas en l'autre une personne semblable et égale à elle-même. Son mode relationnel demeure foncièrement narcissique, et ses identifications aux personnes de son environnement sont aussi de nature narcissique. D'où une confusion entre une partie plus ou moins importante de son Moi et l'autre. On connaît l'instabilité relationnelle de la personnalité limite. Aussi, lorsque l'autre abandonne la personne limite, celle-ci se sent perdue, vidée, déprimée, comme si elle perdait effectivement une partie importante d'elle-même.

Nous espérons que ces articles sauront piquer au vif l'intérêt et la curiosité du lecteur, et lui donner le goût d'en savoir davantage sur cette approche originale et adaptée à la pathologie de la personnalité limite. Un second numéro prévu pour l'automne 2007 poursuivra l'exploration

de la psychothérapie focalisée sur le transfert. Des problématiques plus spécifiques seront alors abordées et d'autres résultats de recherches seront présentés.

RÉFÉRENCES

- HØGLEN, P., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K., SØRBYE, Ø., COSGROVE SJAASTAD, M., HEYEDAHL, O., 2006, Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations, *American Journal of Psychiatry*, 163, 1739-1746.
- FONAGY, P., TARGET, M., 1996, Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality, *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.

ABSTRACT

A special issue on Transference-focused psychotherapy

Santé mentale au Québec is pleased to offer its readership a special issue on Transference-focused psychotherapy (TFP). Published in two parts (the first in the current issue; the second, this Fall), this dossier examines the model of psychotherapy for the treatment of personality disorders as elaborated by Dr Otto F. Kernberg and his collaborators at the Personality Disorders Institute at the New York Presbyterian Hospital and Weill School of Medicine of Cornell University, Westchester Division. This publication has been made possible thanks to the collaboration of the Personality Disorders Institute, the Transference-focused psychotherapy group of the École de psychologie of Université Laval in Québec City, and *Santé mentale au Québec*.

RESUMEN

La psicoterapia focalizada en la transferencia

Santé mentale au Québec tiene el agrado de ofrecer a sus lectores un volumen doble intitolado la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP). De estos dos volúmenes, el segundo será publicado en el otoño de 2007, y ambos tratan acerca del modelo de psicoterapia para trastornos de personalidad, elaborado por el Dr. Otto F. Kernberg y sus colaboradores del Instituto de Desórdenes de la Personalidad (Personality Disorders Institute) de la División Westchester del Hospital Presbiteriano de Nueva York. Esta publicación es el fruto de la colaboración entre este Instituto, el grupo T.F.P. de la Escuela de Psicología de la Universidad Laval y la revista *Santé mentale au Québec*.

RESUMO**Psicoterapia focada na transferência**

A revista *Santé mentale au Québec* tem o prazer de oferecer a seus leitores um duplo dossiê cujo título é: A psicoterapia focada na transferência (TFP). Estes dois dossiês, cujo segundo será publicado no segundo semestre de 2007, tratam do modelo de psicoterapia para transtornos de personalidade elaborado pelo Dr. Otto F. Kernberg e seus colaboradores do Personality Disorders Institute do New York Presbyterian Hospital, Westchester Division. Esta publicação é fruto de uma colaboração entre este Instituto, o grupo T.F.P. da Escola de Psicologia da Université Laval; e a revista *Santé mentale au Québec*.