

## Incidence de certains facteurs sur l'issue d'une psychothérapie dans un essai clinique randomisé auprès de patients avec trouble de personnalité limite (TPL)

### Some Factors Affecting Treatment Outcome in a Randomized Clinical Trial of Borderline Patients

### Incidencia de ciertos factores en el resultado de una psicoterapia en una prueba clínica aleatoria de pacientes con trastorno de la personalidad límite (TPL)

### Incidência de alguns fatores no resultado de uma psicoterapia em um teste clínico randomizado junto a pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB)

Jill C. Delaney, Frank Yeomans, Ph.D., Michael H. Stone, Ph.D. et Catherine Haran, Ph.D.

Volume 33, numéro 1, printemps 2008

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

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/018471ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/018471ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Delaney, J. C., Yeomans, F., Stone, M. H. & Haran, C. (2008). Incidence de certains facteurs sur l'issue d'une psychothérapie dans un essai clinique randomisé auprès de patients avec trouble de personnalité limite (TPL). *Santé mentale au Québec*, 33(1), 15–36. <https://doi.org/10.7202/018471ar>

Résumé de l'article

Au Personality Disorders Institute, nous avons étudié l'efficacité de la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT), une psychothérapie psychodynamique manualisée qui se déroule deux fois par semaine à l'intention de personnes souffrant de troubles de personnalité limite (TPL). Nous avons comparé la PFT à la thérapie dialectique comportementale (TDC) et à la psychothérapie psychodynamique de soutien (PPS) dans un essai clinique randomisé auprès de 90 patients ayant un TPL. Dans un premier temps, nous présentons certains fondements à l'origine du développement des TPL, suivis d'une discussion des bases théoriques de la PFT. Nous abordons ensuite les caractéristiques des patients qui influent sur les résultats du traitement. Nous présentons des données à la fois cliniques et empiriques dans une discussion de cas individuels représentatifs de l'échantillon de patients borderline traités en PFT.



## Incidence de certains facteurs sur l'issue d'une psychothérapie dans un essai clinique randomisé auprès de patients avec trouble de personnalité limite (TPL)

---

Jill C. Delaney\*

Frank Yeomans\*\*

Michael H. Stone\*\*\*

Catherine Haran\*\*\*\*

Au Personality Disorders Institute, nous avons étudié l'efficacité de la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT), une psychothérapie psychodynamique manualisée qui se déroule deux fois par semaine à l'intention de personnes souffrant de troubles de personnalité limite (TPL). Nous avons comparé la PFT à la thérapie dialectique comportementale (TDC) et à la psychothérapie psychodynamique de soutien (PPS) dans un essai clinique randomisé auprès de 90 patients ayant un TPL. Dans un premier temps, nous présentons certains fondements à l'origine du développement des TPL, suivis d'une discussion des bases théoriques de la PFT. Nous abordons ensuite les caractéristiques des patients qui influent sur les résultats du traitement. Nous présentons des données à la fois cliniques et empiriques dans une discussion de cas individuels représentatifs de l'échantillon de patients borderline traités en PFT.

### Le noyau pathologique du TPL

#### *Le développement et la théorie de l'identité diffuse*

Selon Kernberg (1976), l'identité diffuse qui découle du recours dominant à la défense primitive qu'est le « clivage » constitue la pathologie de base commune à tous les troubles sévères de la personnalité. Le clivage est la dissociation active de segments d'expériences, chargés positivement ou négativement, qui survient à la suite de l'activation excessive d'affects négatifs par rapport aux affects

\* Travailleuse sociale en santé mentale.

\*\* Ph.D., psychiatre.

\*\*\* Ph.D., psychiatre.

\*\*\*\* Ph.D., psychiatre.

positifs, conséquences de dispositions génétiques et constitutionnelles.

Le rôle des événements traumatiques dans le jeune âge, tels que l'abus physique et sexuel (Perry et Herman, 1993 ; Stone, 1993 ; van-der-Kolk et al., 1994 ; Zanarini, 2000), les douleurs éprouvées durant la première année de vie (Zanarini, 2000) et les excitations agressives habituelles de la part des parents ont aussi été reconnues comme attisant des comportements agressifs chez les nourrissons. La sensibilité de la mère et le « marquage » cohérent des états affectifs chez l'enfant sont considérés importants pour le développement de la régulation des affects et des capacités d'auto-apaisement (Fonagy et Target, 1996 ; Fonagy et Target, 2003). Les échecs et les carences dans l'interaction mère-nourrisson présentent un facteur de risque qui favorise le développement de comportements agressifs pathologiques chez l'enfant. Une prédominance d'agression et d'affects négatifs sur les affects libidinaux et les affects positifs renforce le clivage, et interfère avec la formation normale d'une identité. « L'échec de l'intégration des structures psychologiques élémentaires (par exemple intégrer l'agression et transformer l'idéalisation en évaluation de la réalité) fixe l'organisation de la personnalité à un stage qui précède la formation normale de l'identité. Cette fixation des structures psychologiques et des affects à un niveau d'organisation relativement peu intégré est quelque fois appelée identité diffuse » (Kernberg et Caligor, 2005).

### *Diffusion de l'identité*

Quelle que soit la confluence des antécédents constitutionnels et environnementaux, lorsque l'agression pathologique prédomine, le clivage des structures psychologiques mène à une expérience subjective instable du soi et d'autrui, où les représentations intériorisées, persécutrices et idéalisées doivent être dissociées les unes des autres (diffusion de l'identité). Le clivage qui sous-tend et perpétue l'identité diffuse exige que les aspects non intégrés et interdits du soi soient négociés par le biais des défenses primitives. L'éventail complet des expériences et expressions affectives se voit éclipsé par la prédominance de l'agression pathologique. La constance de l'objet est ténue ou absente, et le métabolisme défectueux des précurseurs du surmoi mènent à une structuration pathologique (trop faible ou trop sévère) du système de valeurs interne. La relation à l'objet partiel mène à des perceptions caricaturales de soi et d'autrui en « tout bon » (idéalisée) ou « tout mauvais » (persécutrice), ce qui résulte en ces scénarios interpersonnels chaotiques et orageux rencontrés chez les patients qui ont une organisation limite de

leur personnalité. Dans de telles conditions, l'engagement soutenu dans le travail, l'amour et la créativité sont entravés et, dans les cas les plus sévères, s'avèrent impossibles.

### **La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)**

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) — une modification de la psychothérapie psychodynamique fondée sur les principes de la psychanalyse — a démontré son efficacité dans le traitement des patients ayant une organisation de personnalité limite (Clarkin et al., 2001 ; Clarkin et al., 2007). Les patients avec TPL ont tendance à développer des transferts rapides, intenses et chaotiques qui procurent promptement au thérapeute une fenêtre sur les représentations de leur monde interne. L'objectif du traitement est de promouvoir l'intégration de l'identité en portant une attention particulière aux relations d'objet intériorisées et activées dans le transfert au fur et à mesure que la séance progresse, afin d'aider le patient à prendre conscience à tout moment, de son identification à l'un des pôles clivés (idéalisé/persécuteur), alors que l'autre pôle reste temporairement dissocié ou nié. De plus, la dyade activée dans le transfert est considérée comme une défense contre une autre dyade objectale sous-jacente intériorisée à un niveau plus profond dans le monde interne, et elle constitue une menace encore plus grande pour le patient. Les dyades plus superficielles alternent de sorte qu'à un moment ou à un autre, souvent au cours de la même séance, le patient s'identifie à la représentation intériorisée de l'objet dans la dyade, c'est-à-dire le soignant neutre, projetant sur le thérapeute la représentation du soi et se percevant comme la personne qui ne mérite pas qu'on s'occupe d'elle.

La clarification et l'interprétation des dyades répétées, mais oscillantes, permettent au patient de prendre conscience de sa double identification, d'abord avec la représentation du soi et de l'objet, puis de son identification à l'un des pôles de la dyade opposée clivée, soit à la représentation idéalisée ou persécutrice, de la relation objectale intériorisée. Une plus grande conscience et une meilleure tolérance de ses propres haines, envies, dépendances, désirs et souhaits mènent à une diminution du recours aux défenses comme le clivage et la projection comme tentative primitive de composer avec ces affects. À mesure que le patient tolère l'ambivalence et développe une vision plus nuancée du monde, le besoin de projeter des aspects indésirables du soi s'amenuise, ce qui favorise une identité plus cohérente et mieux intégrée.

La PFT est un traitement structuré qui fait appel à un contrat verbal, négocié en collaboration avec le patient avant que ne commence

le traitement. La phase du contrat articule le « cadre du traitement », c'est-à-dire la fréquence, l'horaire des séances, les modalités de paiement, la responsabilité de chacun des participants, de même que les menaces possibles au bon déroulement du traitement selon les antécédents du patient. Le traitement interpelle certaines forces : le patient doit convenir d'assumer la responsabilité de gérer ses comportements impulsifs. Les patients vont souvent regimber contre les conditions nécessaires au commencement du traitement, insistant qu'ils ne peuvent absolument pas se conformer au cadre du traitement, ni contrôler leurs « passages à l'acte ». Si nous avons réussi au Personality Disorders Institute à surmonter ces objections, c'est en grande partie parce que, souvent, personne dans l'entourage du patient ne lui avait encore suggéré qu'il pouvait effectivement contrôler ces « passages à l'acte » dictés par des émotions intenses. La prise de conscience qu'ils peuvent se contrôler et contrôler leur comportement est une source d'estime de soi jusqu'alors inexploitée.

Une fois les conditions du contrat convenues, la scène est prête pour explorer non seulement ce dont le patient est conscient, mais aussi ce qu'il pourrait consciemment ou inconsciemment éviter ou projeter au cours des séances. L'attention que porte le thérapeute au transfert sert de modèle aux patients pour qu'ils commencent à être curieux vis-à-vis eux-mêmes, ce qui favorise la fonction réflexive (mentalisation), parce qu'ils sont encouragés à réfléchir sur leur expérience en interaction avec le thérapeute.

Étant donné que la structure du traitement est la même pour tous les patients qui entrent en PFT, nous nous intéressons aux variables qui permettent à certains patients de profiter du traitement malgré des pathologies passablement graves, alors que d'autres n'y arrivent pas. Kolb (1982) énumère des atouts de personnalité qui, s'ils sont présents, peuvent diminuer ou ultimement surpasser les effets des traits pathologiques. Ces traits peuvent être liés au monde extérieur : le courage, la curiosité et la flexibilité ; d'autres sont plutôt liés à l'investissement dans le travail et les relations humaines : l'engagement, la persévérance et la responsabilité, et, enfin, les traits qui facilitent les relations interpersonnelles : l'humour, l'empathie et la confiance. Globalement, ces traits jalonnent l'intégration normale de l'identité, tout comme la capacité de sublimation et d'adaptation qui aide à consolider l'identité. Étant donné que l'identité des patients relevant d'une organisation limite de la personnalité manque d'intégration, la possession de l'un ou l'autre des traits susmentionnés jouera un rôle prépondérant dans leur rétablissement ultime. À cette liste, Stone (1990) ajoute l'intelligence, la beauté, la

position sociale, la richesse et le talent comme d'autres « avantages naturels » pouvant contribuer à un résultat bénéfique.

Tel qu'indiqué plus haut, la PFT met l'accent sur la responsabilité du patient de garder le contrôle de ses émotions, d'assurer la sécurité entre les séances et de prendre part activement aux séances, ce qui fait implicitement appel aux aspects plus sains du patient limite. Une autre exigence implicite au traitement, c'est que les patients doivent, s'ils sont sans occupation, s'engager — ou du moins faire les démarches nécessaires pour s'engager — dans une forme de travail, d'études ou de bénévolat. S'engager dans une activité inscrite dans le monde extérieur et investir cette activité et ce monde constitue un complément essentiel au fonctionnement impliqué dans le traitement. Les bénéfices secondaires et le parasitisme social sont de puissants obstacles au traitement, en raison de leurs effets dissuasifs d'exploration de sa propre vie intérieure constituant à la fois autant la source que les solutions aux difficultés pour lesquelles la personne consulte. Avec tous les soutiens existants et accessibles aux patients, il s'avère souvent « avantageux » de rester assez malade pour y rester admissible. Michael Stone (communication personnelle) a calculé qu'il faudrait que le patient gagne une fois et demi le montant d'argent qu'il reçoit des prestations sociales pour qu'un retour au travail en vaille la peine. À cette dissuasion économique, viennent s'ajouter la dynamique sous-jacente des « droits et des acquis » narcissiques et la tendance « profiteuse » des patients ayant d'importants traits antisociaux, qui peuvent dominer l'organisation psychologique de ceux et celles qui semblent incapables de reprendre leur vie en main. Nous avons obtenu des résultats mitigés dans le traitement de ces patients, et nous avons tenté de comprendre quelles variables de la situation thérapeutique pourraient aider dans ces cas difficiles. Nous présentons ci-dessous certains cas qui illustrent le rôle des bénéfices secondaires dans le cas de troubles graves de la personnalité, et les variables chez les patients qui ont une incidence sur le travail clinique.

### **La PFT : illustrations de cas de bénéfice secondaire**

Âgée de 49 ans, Jane a été référée en PFT après son dernier congé de multiples hospitalisations. Le pronostic de cette patiente était plutôt mauvais, puisqu'elle répondait aux critères du narcissisme malin : trouble de la personnalité narcissique, caractéristiques paranoïdes, agressivité syntone du moi et traits antisociaux (Kernberg, 1984).

Dans de tels cas, l'envie intense du patient le mène à détester tout ce qui est positif chez les autres et à ainsi saborder les efforts du thérapeute, plutôt que d'y correspondre.

N'ayant pas travaillé depuis plusieurs années, Jane était une consommatrice avertie des services sociaux gouvernementaux, vivant dans des résidences et se déplaçant en taxi aux frais de l'État. Cette patiente très narcissique était consumée par l'amertume de celle qui croit qu'elle aurait pu réussir, si seulement on avait reconnu ses qualités particulières. Jane passait ses journées à boire du café et à socialiser à la librairie locale. Bien qu'il fût évident qu'elle ne pouvait retourner travailler à la profession qu'elle avait choisie, il était également clair que rien ne l'empêchait de travailler directement à la librairie qu'elle fréquentait. Vu que le maintien de son logement était conditionnel à son traitement, la thérapie s'inscrivait donc comme bénéfice secondaire. Malgré des ententes tacites de trouver du travail, elle a saboté chacune des occasions avant même qu'un emploi ne puisse se matérialiser. Le thérapeute s'est éventuellement rendu compte que, s'étalant sur plusieurs décennies, le bénéfice secondaire de la maladie, de concert avec les puissantes capacités de destruction du narcissisme malin de cette patiente, allaient à l'encontre d'un véritable travail thérapeutique pendant le traitement exploratoire. Indomptable et sans emploi, la patiente a été référée à une clinique externe pour un traitement chronique de soutien qui convient plutôt aux patients dépourvus de motivation à changer.

Célibataire de 38 ans, Sabrena a été assignée à la PFT dans le cadre de notre essai clinique randomisé. Elle non plus n'avait pas travaillé depuis des années et s'était prévalu de tous les avantages sociaux auxquels elle était susceptible d'avoir droit. Bien qu'elle considérât que son principal problème était la « dépression », l'équipe d'évaluation lui a diagnostiqué un TPL avec traits narcissiques et antisociaux dominants. La patiente présenta une série d'objections et d'explications floues quant à son impossibilité de tenir un emploi, expliquant que, chaque fois où elle avait essayé de travailler par le passé, elle était devenue « désespérément dépressive ». Le thérapeute discuta avec la patiente de son impression que, selon lui, son problème fondamental relevait davantage de questions narcissiques que d'une dépression biologique. Il lui fit aussi part que son insistance à dire qu'elle ne pouvait travailler et être autonome était en fait la question centrale à aborder en traitement. Après un certain nombre de séances portant sur cette question, la patiente a finalement accepté de suivre une formation dans un domaine d'intérêt, pour vite réaliser qu'elle aimait vraiment ce travail. Ce domaine de travail particulier charmait son narcissisme dans la mesure où il lui conférait un certain sens d'autorité et un certain statut. Dans ce cas-ci, la structure du traitement a aidé à mener à certains changements du comportement, mais à des changements plutôt douteux de la personnalité de la patiente.

Nicole, une femme de 27 ans, a été référée au traitement bihebdomadaire de PFT par une unité de soins où elle avait été hospitalisée après une démarche suicidaire. Elle ne travaillait pas et vivait dans un appartement au crochet des ses parents inquiets. Elle avait tyrannisé sa famille par son attitude exigeante, son impuissance, ses effondrements en larmes, son irresponsabilité financière (avec leur argent), et ses scènes à chaque fois qu'elle estimait que sa famille ne la soutenait pas assez. Au cours du traitement, elle en est venue à comprendre qu'elle n'avait pas réussi à consolider une identité indépendante, sauf d'avoir été une « bonne fille » pour plaire à ses parents. Du côté positif, elle était intelligente, belle et issue d'une famille aisée, tissée serrée, bien qu'un peu empêtrée. À mesure que le traitement avançait, elle semblait soulagée de pouvoir parler de son besoin désespéré d'obtenir l'approbation de ses parents. Elle parlait aussi de sa jalousie presque meurtrière et de son profond ressentiment à l'égard de son frère. Elle rapportait également sa douleur et son sentiment de vide devant l'impossibilité d'en arriver à tout semblant d'indépendance face à ses parents et son frère. Malgré sa très grande peur d'échouer, elle a respecté l'entente conclue pour le traitement et est retournée au travail. Ici, ses tendances perfectionnistes et son besoin d'être perçue comme étant une « bonne fille » l'ont bien servie au travail, lui donnant une dynamique fort utile dans son quotidien et un cadre duquel elle tirait une vision plus réaliste d'elle-même et du monde. Le bénéfice secondaire que cette patiente tirait de la maladie, due principalement à son besoin excessif de dépendance, a été surmonté grâce au désir d'un lien positif avec le thérapeute, ce qui a facilité l'intégration de l'agression clivée. Dans ce cas, on a observé à la fois des changements de comportement et dans la structure de la personnalité qui ont été facilités par le désir de la patiente d'être en relation, et par sa capacité de se servir des interventions du thérapeute pour comprendre que ses tentatives de maintenir à tout prix des relations qui perpétuaient des modèles relationnels malsains plutôt que matures.

### **Cas illustrant un regroupement statistique de patients avec TPL**

Dans un essai clinique randomisé réalisé au Personality Disorders Institute du Weill Medical College de l'université Cornell, on a traité quatre-vingt-dix (90) patients limite pendant un an à l'aide de la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT), de la thérapie dialectique comportementale dialectique (TDC), ou de la psychothérapie psychodynamique de soutien (PPS). Les analyses des données du suivi, effectuées à l'aveugle par rapport aux conditions de traitement, laissent entrevoir trois regroupements de patients borderline dans cet échantillon (Lenzenweger et al., 2007; en préparation). Le premier groupe se



caractérisé par des valeurs de faibles à neutres pour ce qui est des mesures de l'agression, de la paranoïa et des traits antisociaux. Le deuxième groupe affiche des valeurs neutres pour ce qui est de l'agression et des traits antisociaux, mais manifeste des traits paranoïdes plus marqués ; le dernier groupe affiche des valeurs plus élevées en ce qui a trait à l'agression et aux traits antisociaux, et manifeste des valeurs neutres pour ce qui est des caractéristiques paranoïdes. Il était prévu que les patients répondant aux critères du troisième groupe auraient plus de difficultés à profiter du traitement auquel ils étaient assignés, en se basant sur le modèle de Kernberg (1984) sur les organisations limites de la personnalité qui lie la sévérité de la maladie aux niveaux d'agression et de pathologie du surmoi. Ce qui s'avéra être effectivement le cas, avec des résultats après 12 mois de thérapie, tels que mesurés par le score moyen GAF, qui s'empirent successivement pour les groupes 1, 2 et 3. Il y a bien sûr une variance entre les membres de chacun des groupes et il est probable que, même chez les patients les plus malades du Groupe 3, la présence ou l'absence de traits de personnalité individuels peuvent fusionner pour protéger la psyché contre l'envahissement total par l'agression, et la carence de valeurs morales. Les exemples relevés plus haut pour les bénéfices secondaires en tant qu'obstacle au traitement, semblent appuyer cette notion. Dans le premier cas, la femme de 49 ans chez qui on a diagnostiqué un narcissisme malin, il semblait n'y avoir aucun moyen d'interpeller chez elle quoique ce soit qui n'eut pas été déformé par son désir envieux d'écraser le bien chez les autres. Chez cette patiente, la longue histoire d'agression envers elle-même et envers les autres anéantissait toute possibilité de relation objectale positive.

Sabrena présentait aussi des déficits graves de la structure du surmoi, mais elle était extérieurement moins agressive. Elle était en mesure de s'investir dans le travail, non pas par dilemme moral ou éthique face à « vivre au crochet de la société », mais plutôt parce que trouver du travail renforçait le sens de sa propre importance. Dans ce cas, l'amélioration de son comportement semblait davantage un moyen de l'aider à extérioriser une représentation interne d'un soi grandiose, qu'un moyen d'atteindre une intégration interne. Ainsi, cette patiente était remarquable par la faiblesse de ses relations d'objet et par le degré d'exploitation où s'inscrivaient toutes ses relations. Son attachement au thérapeute, à part de le percevoir comme véhicule pour continuer à tirer profit de prestations sociales, se présentait sous le signe de l'indifférence. Ses vacances ne la perturbaient pas et elle était des plus heureuses quand il fallait sauter une séance. Bien que Sabrena se situe dans le Groupe 3 de notre essai clinique randomisé (score élevé au

niveau de l'agression, élevé dans les traits antisociaux, neutre au chapitre des traits paranoïdes), son agression était de type dissimulé, s'exprimant surtout par de la malhonnêteté, la retenue d'informations et l'exploitation des autres. Son incapacité à développer une collaboration significative avec le thérapeute a empêché le traitement de la « toucher ». Il semble que son « besoin libidinal d'affiliation » fut insuffisant pour permettre au thérapeute de l'interpeller. Conséquemment, le traitement s'est avéré anémique et, une fois l'année de thérapie écoulée, la patiente a abandonné le traitement.

Les cas ci-dessus semblent indiquer que l'engagement dans une PFT exige qu'une part suffisante du patient aspire à une relation d'objet positive, et qu'il puisse la tolérer. Dans les cas de Jane et de Sabrena, l'envie face à la bonté des autres a anéanti leurs « aspirations libidinales », terrassé leur capacité d'une relation objectale sans exploitation, rage ou contrôle extrêmes. À l'opposé, Nicole s'est appuyée sur sa dépendance envers son thérapeute pour accepter d'explorer sa manière dont elle utilisait le contrôle omnipotent pour rester attachée à ses parents et retarder ainsi le jour où elle aurait à faire face à sa propre vie adulte.

### ***Nancy — une patiente type du Groupe 1***

Nancy est une jeune divorcée dans la trentaine d'origine finlandaise vivant à New York. Elle avait connu un mariage de courte durée, et, au moment d'être incluse dans notre essai clinique randomisé, elle vivait une relation avec son ami de coeur actuel. Elle est intelligente, bien éduquée, grande, mince et attrayante. Elle est articulée et a des intérêts créatifs et des projets artistiques tels que la peinture.

Malgré son intérêt pour la littérature et un diplôme d'études supérieures en ce domaine, depuis plusieurs années, elle ne travaillait que de manière intermittente à des postes temporaires subalternes dans des galeries d'art et des firmes d'avocats. La fréquence de ses épisodes d'automutilation et d'auto-affliction de douleur avait augmenté jusqu'à plusieurs fois par mois, survenant dans un contexte de sentiments de dévalorisation, de rejet ou de trahison. Elle jonglait occasionnellement avec des pensées suicidaires, mais estimait qu'elle ne passerait pas à l'acte. Toutefois, elle avait admis qu'elle se réjouissait à l'idée que son ami souffre si elle se suicidait. Bien que Nancy eut admis qu'elle avait trompé son mari avec son ami actuel, elle semblait sans culpabilité ni remord, et remarquablement sans réflexion quant au lien entre ses propres gestes de trahison et sa jalousie malade à l'endroit de la précédente partenaire de son ami actuel. Elle avait de la difficulté à

intégrer la sexualité à l'intimité, de sorte qu'elle ne pouvait être satisfaite sexuellement qu'avec des hommes avec qui elle restait distante au plan émotionnel. Manquant d'orientation au plan professionnel, se sentant rejetée et orpheline (ses nombreux allers-retours entre l'Europe et les États-Unis ont contribué à ce sentiment d'abandon), des sentiments de vacuité, d'ennui et de médiocrité alternant entre un sentiment de supériorité et le mépris des autres, complétaient le portrait de la diffusion de son identité. Notre équipe d'évaluation a élaboré un diagnostic de TPL pour Nancy, avec dominance des traits de dépendance et de narcissisme ; elle se situait donc dans le sous-type du Groupe 1 de notre échantillon ayant des valeurs neutres pour ce qui est des variables antisociale, paranoïde et d'agression.

Le paradigme transférentiel au début du traitement était celui d'une représentation de soi en tant qu'enfant moche, non aimable, rejetée qui avait désespérément besoin d'aide, mais pour lequel il n'y en avait pas. Au cours des séances, Nancy s'assoit affalée et flasque comme si elle était morte, parlant d'un ton monotone, et évitant tout contact visuel avec son thérapeute. Elle faisait des commentaires cinglants exprimant du scepticisme au sujet des préoccupations du thérapeute et de la futilité du traitement. Dans une veine plus auto-critique, elle exprimait sa peur que le D<sup>r</sup> G. l'accuse « d'échouer la thérapie » à cause de sa difficulté à parler librement et ouvertement et elle s'imaginait, qu'en fin de compte, par colère et frustration, il la mettrait à la porte. Ce scénario fantasmatique amplifiait sa peur qu'il ne tolère pas son ressentiment et sa colère à son endroit et, qu'à un moment donné, il la rejette carrément. Les premières interventions du thérapeute concernaient ces représentations de soi et de l'objet et tentaient de lui faire prendre conscience qu'elle attribuait au thérapeute une partie d'elle-même qui dépréciait ses propres sentiments douloureux et intenses de solitude, d'humiliation et de ressentiment. En projetant ces aspects pénibles de son monde interne sur le D<sup>r</sup> G., elle parvenait à se sentir justifiée de le voir comme n'ayant aucune compassion et indifférent, tout en ignorant la possibilité qu'il pouvait être quelqu'un qui tentait de l'écouter, de l'aider et de la comprendre. Le thérapeute a émis l'hypothèse qu'une partie d'elle s'investissait dans le maintien de cette position de blessée et de martyre, parce qu'il s'agissait à la fois d'une position connue et d'un plaisir inconscient de détruire le véritable intérêt que les autres lui portaient (c'est à contrecœur que Nancy admit éventuellement cette interprétation). Dans cette dyade objectale, la représentation de soi était aussi liée à son intense ressentiment et à sa jalousie envers son ami de cœur, dans la mesure où elle se devait aussi de le percevoir comme n'étant pas vraiment intéressé à elle, désirant en

secret être avec quelqu'un d'autre, tout comme elle s'imaginait que le thérapeute avait des sentiments cachés de vouloir se débarrasser d'elle. Ses épisodes d'automutilation et d'impulsions incontrôlées, traduisant un violent sentiment d'injustice, étaient destinées à démontrer crûment aux autres sa souffrance émotionnelle, tout en triomphant au même moment de sa propre douleur émotionnelle en s'auto-agressant et en se rejetant elle-même. Bien que la teneur principale de la communication verbale et non verbale de Nancy, au cours des premiers mois de traitement, s'inscrivait dans un auto-dévoilement crispé, elle a connu au cours des séances de rares affects orageux, caractérisés par des effusions rapides de larmes, des pleurs incontrôlables et des épisodes où elle se couvrait le visage et refusait de parler. Ces épisodes circonscrits suivaient souvent un travail d'interprétation touchant son ressentiment envers son ami de coeur et les autres, y compris le Dr G. qu'elle percevait comme étant froid, rejetant et distant. Ces affects orageux étaient de courte durée et il lui était difficile de s'en rappeler ou de leur donner un sens après leur occurrence. Le thérapeute commença à les conceptualiser comme des états d'affect dissociés qui englobaient une partie de son expérience, comme orpheline humiliée et rejetée qui cherche désespérément quelqu'un pour la protéger et prendre soin d'elle. En pleine séance, en couvrant son visage et en se retirant de son interaction avec le thérapeute, elle remettait aussi en scène une représentation du soi « ignorée » en tentant de placer le thérapeute dans le rôle de l'observateur distant.

De manière plus constante, Nancy se renfermait et devenait silencieuse lorsque l'on tentait de l'amener à prendre en considération le pouvoir destructeur de la représentation du soi dans cette relation objectale, affirmant parfois qu'elle se sentait triomphante dans sa révolte renfrognée. Cette dyade objectale décrite ci-dessus resta au coeur du traitement au cours de la première année, mais elle est devenue moins dichotomique et s'est atténuée. Son hésitation à faire de la libre association au cours des séances s'est estompée, de pair avec la peur que ses pensées et ses sentiments soient dévalorisés par Dr G. Elle exprima le désir de prendre des notes pour se rappeler certaines des choses discutées dans les séances, indiquant un renforcement de son intérêt face à elle-même et à son traitement. Elle fit le lien entre son hésitation à accepter des responsabilités au travail, alors qu'elle ressentait le fait qu'on ne lui en accorde pas davantage comme la preuve qu'on l'oubliait, l'ignorait. Ceci l'amena à penser qu'elle pourrait obtenir plus de responsabilités si elle était plus affirmative, ce qui indiquait une amélioration de sa capacité de réfléchir sur elle-même et une plus grande expérience de contrôle, d'initiative et d'espoir.

Au bout des douze mois de traitement, Nancy faisait preuve d'une nette amélioration au niveau de son fonctionnement. Elle occupait maintenant un poste à la mesure de sa scolarité et de ses intérêts; elle avait réussi à modérer, mais non à éliminer, ses comportements autodestructeurs dans sa relation avec son ami de coeur, et avait forgé une relation thérapeutique solide avec son thérapeute. Son score GAF grimpa de 41 à 70 (score moyen du Groupe 1 au bout de 12 mois = 60,48), alors que le score de sa fonction réflexive — tel que mesuré par ses réponses au questionnaire *Adult Attachment Interview* (AAI; George et al., 1996) — passa de 1,5 à 3,0 sur un maximum possible de 9. La fréquence des épisodes de mutilation avait diminué de plusieurs fois par mois à seulement un incident durant les derniers cinq mois de l'étude. L'impulsivité, telle que mesurée sur l'échelle *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS; Patton, et al., 1995), s'est améliorée de 75 à 61 (score moyen du Groupe 1 au bout de 12 mois = 69,6), alors que les scores relativement à la colère, l'irritabilité et l'agression de l'échelle de mesure *Overt Aggression Scale Modified* (OASM; Coccaro, 1997), ont connu une amélioration spectaculaire après un an de traitement. Au moment de la rédaction de cet article, Nancy était en traitement PFT depuis quatre ans, et avait consolidé et étendu les gains qui avaient émergé au cours de la première année de traitement. Elle est maintenant mariée à l'homme qu'elle fréquentait au début du traitement et enceinte. Sa vie professionnelle et sa vie personnelle sont stables depuis plusieurs années, parallèlement au développement d'une plus grande confiance et d'une meilleure tolérance à l'endroit des sentiments de dépendance dans son expérience auprès de son thérapeute. De plus, elle a réussi à incorporer une nouvelle expérience d'elle-même dans sa relation avec son conjoint, ayant résolu sa difficulté d'intégrer l'intimité et la sexualité.

Il est vraisemblable que l'intelligence, la sophistication culturelle et la belle apparence de Nancy aient été de bons facteurs de pronostic pour son traitement comme le laisse entendre Stone (1990a). Ces avantages lui ont permis d'attirer et de retenir son partenaire amoureux, malgré ses tentatives autodestructrices de l'éloigner, et d'obtenir un travail significatif convenant à ses talents. De plus, bien qu'elle ait connu des perturbations importantes de son identité, la structure de sa personnalité était libre de fardeaux pathologiques supplémentaires de comportements antisociaux, et d'agressivité dirigée vers l'extérieur que l'on retrouve chez les patients plus troublés du Groupe 3 de la population de notre essai clinique randomisé. Peut-être plus important encore, sa présentation initiale, bien que chaotique, comportait des engagements intenses, bien que très conflictuels, envers d'autres personnes.

### **Meg — une patiente du Groupe 1 ayant connu des changements plus restreints**

Le cas de Meg, une jeune Asiatique de 20 ans en dernière année de ses études à un collège huppé, constitue un exemple de moins bonne réussite dans le Groupe 1. Elle avait été hospitalisée à cause d'idéation suicidaire liée à sa perception d'avoir déçu un membre du corps professoral qu'elle disait préférer. Malgré un classement parmi les premières de sa classe et le fait qu'elle était rédactrice en chef du journal étudiant, elle souffrait d'une anxiété intense de performance quand venait le temps de terminer ses travaux écrits. Elle idéalisait et, dans une certaine mesure, érotisait certains membres du corps professoral qui lui servaient de modèle et auprès desquels elle cherchait constamment approbation et validation. Elle se sentait isolée des autres étudiants.

Les parents de Meg constituent une équipe gagnante dans une profession qui demande une grande formation. Elle a déclaré que son père l'avait agressé physiquement avant son adolescence, et qu'il souffrait de dépression, tout comme son frère plus jeune. Sa mère était très critique à son endroit, et s'attendait à ce qu'elle soit parfaite à tous les égards. Bien qu'elle fût sans aucun doute une bonne étudiante, tout ce qui n'était pas réussi à la perfection devenait source d'une grande culpabilité et de doute de soi. Autre humiliation : elle, une Asiatique, n'excellait pas en mathématique et en sciences ! Meg souffrait d'une importante diffusion de l'identité, d'une grande instabilité affective et d'une susceptibilité des humeurs, de sentiments chroniques de vide, d'impulsions d'automutilations et d'une angoisse paranoïaque liée au stress, surtout en ce qui trait à l'anticipation d'un échec. Ses rapports avec sa famille et ses amis étaient un mélange d'idéalisation, de dévalorisation, de dépendance hostile et d'évitement de l'intimité. Elle fut diagnostiquée comme un trouble de la personnalité limite et un trouble de personnalité évitante. Au questionnaire *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein, 1994), elle a obtenu au Temps 1 le score de 19, sur un maximum possible de 25, pour les aspects d'abus émotionnel et de négligence émotionnelle (score moyen de 15,08 et de 14,19 respectivement) ; toutefois, elle ne se sentait pas libre d'explorer ou d'exprimer des sentiments de colère envers ses parents par crainte d'être déloyale. Elle n'avait pas d'ami de coeur significatif ni de relations sexuelles bien qu'elle fut très séduisante et, à l'occasion, coquette. Au cours de l'année du traitement, elle a entamé une relation lesbienne avec sa meilleure amie, mais se plaignit rapidement de ne pas être « une véritable lesbienne ». Avec le temps, elle devint de plus en plus dévalorisante à l'égard de cette amie qu'elle avait jadis tant

idéalisée. Elle était consciente qu'elle demeurait au sein de cette relation par peur de se retrouver seule, bien que cela semblait peu la déranger. Le traitement a réussi à plusieurs égards. Ses impulsions suicidaires et d'automutilation ont diminué de manière importante. Les mesures relatives à la colère et l'agression se sont améliorées, la diffusion de son identité s'est atténuée, son humeur s'est stabilisée, et son score GAF s'est amélioré, passant de 50 au début du traitement à 75 (score moyen du Groupe 1 au bout de 12 mois = 60,48) à la fin de l'année. Son score de fonction réflexive a augmenté de 5 au départ, à 6 à la fin de l'année de traitement. Elle a complété son année scolaire avec distinction et a obtenu un stage d'études supérieures très convoité dans son domaine de prédilection. À d'autres égards, ce traitement a moins bien réussi. Sa peur irréaliste de l'échec scolaire ne s'est pas atténuée, ni ses demandes rigides de perfection, avec lesquelles elle se débattait tout en se pliant à un surmoi punitif et virulent. Ses relations interpersonnelles continuent de s'inscrire dans des polarités d'idéalisation et de persécution et sont rarement libres de comparaisons compétitives douloureuses ou triomphantes. Elle a nié tout sentiment positif ou négatif à l'égard du thérapeute, semblant plutôt confuse devant toute insinuation qu'elle ait pu éprouver un quelconque sentiment à son endroit. Les facteurs culturels et familiaux ont sans doute contribué à cet inconfort face aux discussions du contenu de transfert, surtout les aspects négatifs. Elle a été une très « bonne » patiente, comme elle avait été une très « bonne » fille et une très « bonne » étudiante. Les interprétations que le thérapeute a donné aux manifestations transférentielles pour aborder cette thématique et d'autres ont été écartées, de sorte que la relation avec le thérapeute n'est jamais parvenue à pénétrer affectivement la structure défensive de la patiente. Malgré des améliorations tangibles, elle n'a pas poursuivi le traitement au-delà de l'année de la recherche. Elle a été polie et coopérative tout au long du traitement, puis c'était fini. L'intelligence de Meg et les standards rigoureusement élevés qu'elle s'applique à elle-même, sont à la fois une bénédiction et un carcan. Curieusement, elle a obtenu un score d'attachement « sécurisé » au questionnaire AAI au Temps 1 et au Temps 2, laissant supposer que sa grande intelligence masquait un style d'attachement plus évitant et fragile. Il est fort probable que, sans traitement, elle continuera de se servir de la performance pour consolider une identité fragile et diffuse, et comme appui contre ses peurs de l'intimité et de réciprocité dans ses relations humaines.

***Sara — un cas du Groupe 3 qui a fait des changements significatifs***

Dans notre essai clinique randomisé, Sara, jeune célibataire de 36 ans sans emploi, a engagé une PFT après plusieurs années dans d'autres traitements avec un diagnostic primaire de trouble bipolaire. Avant d'être intégrée à notre étude, elle a passé six mois en presque totale réclusion dans son appartement, fantasmant sur le suicide et regardant la télévision. Elle ne se lavait que rarement et avait pris beaucoup de poids. Bien que Sara crut que les préjugés raciaux fût la source de ses difficultés et qu'elle se voyait comme une victime innocente des préjugés envers les minorités, le thérapeute constata que ses relations avec les autres étaient contaminées par l'envie et la colère. Elle se mutilait à l'occasion et parlait souvent de son désir de se suicider. Elle avait connu plusieurs brèves hospitalisations psychiatriques et avait été sous médication à plusieurs reprises, mais aucun médicament ne l'avait aidée. Toute médication avait cessé au cours de la première année de thérapie. Notre équipe a établi un diagnostic de TPL avec de fortes caractéristiques narcissiques. Elle était du Groupe 3 de notre échantillon, avec un score élevé pour ce qui est des traits d'agressivité et antisociaux, et un score modéré pour ce qui est des traits paranoïdes, axés surtout sur son expérience de discrimination en tant que minoritaire.

Sara inondait les séances d'un flot sans fin de paroles. Dr A. perçut cela comme un pressant besoin de contrôler toute interaction, ce qui posait le risque que cette patiente continuerait de parler indéfiniment sur un ton contrôlant sans jamais changer. Dr A. a donc abordé les représentations de soi et des autres qui semblaient s'afficher dans le transfert : alors que la patiente se plaignait amèrement de la maltraitance des autres, elle le traitait de manière dévalorisante et dérogatoire, comme s'il était un objet à deux dimensions. Il déclara : « Je trouve difficile de me concentrer sur ce que vous dites et, en réalité, je crois que des informations plus importantes sont communiquées dans la manière dont vous les dites — la manière dont vous interagissez avec moi. Votre débit intarissable semble être une manière d'essayer de me contrôler, et je crois qu'il serait important d'essayer de comprendre pourquoi vous sentez le besoin de faire cela. Avez-vous des idées à ce sujet ? » Sara répondit avec colère qu'elle faisait simplement ce qu'on lui avait demandé — dire tout ce qui lui venait à l'esprit, et qu'il confirmait sa conviction qu'il n'était pas vraiment intéressé à ce qu'elle avait à dire. Dr A. fit le lien entre sa peur qu'il ne soit pas vraiment intéressé à elle et son comportement lors des séances, et proposa l'interprétation suivante : à moins qu'elle ne contrôle activement l'interaction entre eux,



elle avait peur de se voir abandonnée. Sara rétorqua : « Bien sûr que je vous perdrais [éclate en larmes]. Même mes parents ne s'intéressaient pas à moi ; pourquoi donc le seriez-vous ? » L'expression directe d'affect de la part de Sara marqua le début d'une communication empreinte d'une certaine authenticité. Dr A. fit valoir qu'il était triste que Sara ne se donnât même pas la possibilité de voir s'il s'intéressait à elle, mais que, plutôt, en contrôlant l'interaction, afin de créer un semblant d'intérêt à son endroit, elle maintenait indéfiniment la conviction qu'il ne s'intéressait pas vraiment à elle. Sara devint plus calme et su reconnaître que sa peur que Dr A. ne l'abandonne motivait son comportement contrôlant pendant les séances. Il devint aussi évident que la stratégie qu'elle avait adoptée la laissait seule, un état pour lequel elle blâmait les autres. Après plusieurs répétitions sur ce thème, Sara devint plus confiante, moins contrôlante et fut en mesure d'aborder progressivement son désir sous-jacent de relations avec les autres qui se dissimulait sous son comportement contrôlant et agressif. Cette dynamique était à l'opposé de la dyade relationnelle objectale dominante chez Nicole. Sara se défendait contre ces besoins relationnels par des voies agressives, Nicole se défendait contre l'agressivité par des moyens de dépendance tenace.

Au cours de l'année du traitement, le style d'attachement de Sara — tel que mesuré par le questionnaire *Adult Attachment Interview* (George et al., 1996) — s'est amélioré, passant de « impossible à classer » (ic) au Temps 1 à « évitante/préoccupée » (E). Durant l'année de traitement, la mesure de la fonction réflexive s'est améliorée, passant de moins un, le minimum possible, à six (sur un maximum possible de neuf).

### **Comparaison de Sara et de Sabrena**

Bien que Sara et Sabrena fassent partie des personnalités limites du Groupe 3 de notre étude, et que les deux aient été traitées par le même thérapeute, elles ont obtenu des résultats fort différents. L'explication pourrait tenir à la différence entre leurs styles d'attachement. Selon le questionnaire *Relationship Questionnaire* (RQ ; Bartholomew et Horowitz, 1991), Sabrena s'est davantage identifiée au descripteur suivant dans les relations intimes : « Je ne suis pas à l'aise de m'approcher des autres ; je veux des relations émotionnellement intimes, mais j'ai peur d'être blessée si je me permets de trop m'approcher des autres. » À l'inventaire *Attachment Style Inventory* (ASI ; Sperling et al., 1991) — une échelle auto-administrée qui demande au patient de choisir l'option qui décrit le mieux son style d'attachement dans des amitiés importantes, Sabrena a choisi : « Je tente d'éviter les amitiés, car

elles peuvent mener à la déception et à des blessures. Je préfère rester seule, et ne pas m'engager trop étroitement avec les autres. » En matière de relations sexuelles, elle s'identifia surtout avec l'énoncé suivant : « J'ai tendance à souvent ressentir de la colère dans les relations sexuelles intimes, mais je veux aussi dépendre de l'autre personne et m'en sentir proche. Il semble que j'oscille entre vouloir me rapprocher et me sentir irritable, inconfortable si je m'approche trop des autres. » De son côté, Sara estimait que la description qui lui allait le mieux dans ce *Relationship Questionnaire* était : « Je veux être entièrement intime émotionnellement avec les autres, mais je trouve souvent que les autres hésitent à s'approcher comme je le souhaiterais. Je suis inconfortable de ne pas avoir de relation intime, mais je m'inquiète parfois que les autres ne m'apprécient pas autant que je les apprécie. » À l'inventaire du style d'attachement (*Attachment Style Inventory*), elle a choisi le même descripteur que Sabrena pour ce qui est de l'amitié (ci-dessus), mais a indiqué une préférence sans équivoque pour le rapprochement dans le cadre de relations sexuelles intimes.

Le niveau relationnel exprimé dans les descripteurs choisis par ces patientes semble s'inscrire en parallèle au développement du transfert au cours du traitement de chacune avec le même thérapeute. Bien que les deux aient eu peur du rejet et restaient sur leur garde face aux intentions des autres, Sabrena évitait les relations interpersonnelles intimes, alors que le désir de Sara pour une relation objectale saine était suffisamment fort pour qu'elle surpasse son recours à un contrôle primitif et à la projection pour finalement tolérer une relation positive avec le thérapeute. Sabrena a été incapable de surmonter sa méfiance des autres pour permettre le développement d'un lien. Il faut souligner que Sara a démontré une amélioration significative après 12 mois sur l'*Inventory of Personality Organization* (IPO; Lenzenweger, 2001), avec des sous-échelles de mesure de la diffusion de l'identité, des défenses primitives, de l'épreuve de la réalité et de l'agressivité. Pour sa part, malgré une pathologie de départ *moins élevée* à chacune des sous-échelles, Sabrena ne démontrait pratiquement aucun changement après 12 mois. On pourrait être tenté d'expliquer cela en disant que Sara était plus malade que Sabrena au départ. Toutefois, il nous semble plus probable que le degré de traits antisociaux évidents chez Sabrena la disposait vraisemblablement à des déclarations biaisées sur elle-même, sur ses attentes sociales, ce qui lui permettait de paraître en meilleur état qu'elle ne l'était initialement et que, par la suite, elle n'a tout simplement pas changé. Ceci semble aussi s'être avéré dans le traitement actuel selon le rapport du thérapeute qui indique que la relation active en présence de cette patiente se situait entre son moi idéal rigide et rigoureux et son moi

réel, et non pas entre la patiente et le thérapeute. Alors que les relations de Sara étaient orageuses et belliqueuses, son affect et sa rage étaient « dans le bureau » et accessibles pour un processus exploratoire. Pour sa part, Sabrena se retirait et était peu disposée à explorer des zones qui auraient pu menacer sa représentation idéalisée de son soi. Son score initial quant au style d'attachement de « évitante » resta inchangé après douze mois de PFT, de même que la mesure de 3 relativement à sa fonction réflexive.

### **Conclusion**

Dans cet article, nous avons parlé des facteurs positifs et négatifs traditionnellement considérés comme ayant une incidence sur le résultat du traitement des patients limite. Nous avons alimenté cette discussion en examinant un sous-groupe de patients qui ont émergé de l'examen des données sur les sujets de notre essai clinique randomisé. En plus des facteurs pronostics discutés par Kolb, tels que le courage, la persévérance, la flexibilité, l'engagement, la responsabilité, l'humour, l'empathie, la confiance et des « avantages naturels » décrits par Stone, soit l'intelligence, la beauté, la position sociale, la richesse et le talent, un examen de nos données et des dynamiques qui se sont déroulées dans des cas individuels portent à croire qu'une variable supplémentaire, et extrêmement importante, est la capacité ou la soif d'une relation d'objet qui ne soit pas entièrement dominée par l'agressivité, ou par une pathologie punitive du surmoi qui rend toutes les relations interpersonnelles destructrices. Le désir de connexion qui peut se camoufler sous des défenses comme dans le cas de Sara, est un facteur important pour établir la capacité du patient à profiter d'un traitement exploratoire tel que la PFT.

Trois regroupements statistiques ont été cernés dans notre échantillon de 90 patients borderline : le Groupe 1 composé de patients qui, par rapport au groupe, avaient des valeurs faibles à neutres sur les mesures concernant l'agressivité, la paranoïa et les traits antisociaux ; le Groupe 2 regroupant des patients ayant des valeurs neutres en matière d'agressivité et de traits antisociaux, mais des caractéristiques paranoïdes plus marquées ; le Groupe 3, composé de patients ayant des valeurs plus élevées sur les mesures telles que l'agressivité et les traits antisociaux, mais des valeurs neutres à la variable paranoïa. Nous avons présenté des données empiriques de même que des données cliniques dans la discussion de cas individuels retenus dans ces groupes comme représentatifs des données.

Le bénéfice secondaire a été un facteur important dans le cas de mauvais résultats, surtout quand la réticence à assumer ses respon-

sabilités personnelles était fonction d'une réclamation narcissique de droits ou d'une exploitation antisociale (Jane et Sabrena). De véritables avantages, tels que l'intelligence, l'éducation, le talent et la beauté peuvent être des compléments importants de résultats favorables, comme nous le constatons dans le cas de Nancy, mais ils peuvent aussi servir de manière défensive comme nous le voyons dans le cas de Meg. L'âge a semblé être un facteur important en ce que l'expérience du temps perdu ou gaspillé peut détruire l'espoir que les choses puissent être différentes (Jane et Sabrena), ou, à l'inverse, insuffler la motivation pour faire carrément face à la vie et aller de l'avant (Nicole et Sara). Bien que nous n'ayons pas examiné les dyades patients-thérapeute dans cet article, il est évidemment tenu pour acquis que le niveau d'habileté et la personnalité du thérapeute sont des facteurs qui contribuent aux résultats globaux ; rappelons toutefois que Sara et Sabrena ont été soignées par le même clinicien professionnel très compétent avec des résultats fort différents. Nous espérons qu'une plus grande conscience de la part des thérapeutes de l'importance du désir de connexion du patient pourra les aider à améliorer leur travail auprès de ces patients. Dans un premier temps, l'évaluation diagnostique devrait tenter d'évaluer l'attitude du patient à ce niveau. Les thérapeutes pourraient alors faire preuve davantage de prudence dans le traitement des patients qui ne semblent pas avoir de véritable désir d'entrer en relation avec les autres. Dans leur travail auprès des patients, les cliniciens devraient tenter de distinguer ceux dont l'indifférence aux autres se présente comme mécanisme de défense contre la peur du besoin relationnel, de ceux dont le monde de relation d'objet est dépourvu de tout désir de connexion.

Enfin, les thérapeutes devraient se prémunir contre des réactions inconscientes contre-transférentielles qui pourraient inconsciemment les mener à se retirer défensivement de tout engagement envers le patient, au lieu de maintenir la même ouverture à la relation qu'ils auraient dans tous les autres cas de leur pratique. Avec ces lignes directrices en tête, les thérapeutes connaîtront peut-être un degré plus élevé de succès dans leur travail auprès de ces patients difficiles.

## Références

- BARTHOLOMEW, K., HOROWITZ, L. M., 1991, Attachment styles among young adults : A test of a four-category model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- BERNSTEIN, D. P., FINK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K., SAPARETO, E., RUGGIERO, J., 1994, Initial reliability and validity of a

- new retrospective measure of child abuse and neglect, *American Journal of Psychiatry*, 151, 8, 1132-1136.
- COCCARO, E. F., KAVOUSSI, R. J., 1997, Fluoxetine and impulsive-aggression behavior in personality disordered subjects, *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.
- CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., LEVY, K. N., HULL, J. W., DELANEY, J. C., KERNBERG, O. F., 2001, The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change, *Journal of Personality Disorders*, 15, 6, 487-495.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., 2007, Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study, *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- FONAGY, P., TARGET, M., 2003, *Psychoanalytic Theories: Perspectives from developmental Psychopathology*, Whurr Publishers, London, 270-282.
- 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, 2, 217-233.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M., 1996, *Adult Attachment Interview Protocol*, 3rd Edition, University of California at Berkeley.
- KERNBERG, O. F., 1976, *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O. F., 1984, *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, Yale University Press, New Haven, Ct.
- KERNBERG, O. F., CALIGOR, E., 2005, A psychoanalytic theory of personality disorders, in Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. eds., *Major Theories of Personality Disorder*, 2nd Edition. Guilford, New York, 114-156.
- KOLB, L. C., 1982, Assertive traits foster social adaptation and creativity, *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 7, 219-225.
- LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., FOELSCH, P. A., 2001, The inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relation with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a non-clinical sample, *Psychol Assess*, 13, 4, 577-591.
- LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F., LEVY, K., (en preparation), *Refining the borderline personality disorder phenotype: Resolving heterogeneity with finite mixture modeling*.

- PATTON, J. H., STANFORD, M. S., BARRATT, E. S., 1995, Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- PERRY, J. C., HERMAN, J. L., 1993, *Trauma and Defense in the Etiology of Borderline Personality Disorder, Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, Edited by Paris, J. Washington DC, American Psychiatric Press, 123-139.
- SPERLING, M. B., SHARP, J. L., FISHLER, P. H., 1991, On the nature of attachment in borderline populations : a preliminary inventory, *Psychological Report*, 68, 2, 543-6.
- STONE, M. H., 1990, *The Fate of Borderline Patients*, The Guilford Press, New York.
- STONE, M. H., 1990a, Abuse and abusiveness in borderline personality disorder, in Links, P.S., ed., *Family Environment and Borderline Personality Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 133-148.
- STONE, M. H., 1993, *Abnormalities of Personality; Within and beyond the Realm of Treatment*, W.W. Norton and Company, New York.
- VAN-DER-KOLK, B. A., HOSTETLER, A., HERRON, N., FISLER, R., 1994, Trauma and the development of borderline personality disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 4, 715-730.
- ZANARINI, M., 2000, Childhood experience associated with development of borderline personality disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 1, 89-101.

## ABSTRACT

### **Some Factors Affecting Treatment Outcome in a Randomized Clinical Trial of Borderline Patients**

At the Personality Disorders Institute we have been investigating the efficacy of Transference-Focused Psychotherapy (TFP), a twice weekly manualized psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder compared to Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Supportive Psychotherapy (SP) in a randomized clinical trial of 90 borderline patients. We will first present some developmental foundations of BPD, followed by a discussion of the theoretical foundations of TFP. We will then discuss patient characteristics that have an impact on outcome. We will present both clinical and empirical data in a discussion of individual cases that were representative of a sample of borderline patients treated in Transference-Focused Psychotherapy (TFP).

## RESUMEN

### **Incidencia de ciertos factores en el resultado de una psicoterapia en una prueba clínica aleatoria de pacientes con trastorno de la personalidad límite (TPL)**

En el Personality Disorders Institute estudiamos la eficacia de la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT), una psicoterapia psicodinámica hecha manual, que se lleva a cabo dos veces por semana para las personas que sufren de trastornos de personalidad límite (TPL). Comparamos la PFT con la terapia dialéctica comportamental (TDC) y la psicoterapia psicodinámica de apoyo (PPS) en una prueba clínica aleatoria en 90 pacientes con TPL. En un primer momento, presentamos ciertos fundamentos al origen del desarrollo de las TPL, seguidos de una discusión de las bases teóricas de la PFT. Enseguida abordamos las características de los pacientes que influyen en los resultados del tratamiento. Presentamos los datos, a la vez clínicos y empíricos, en una discusión de casos individuales representativos de la muestra de pacientes límite tratados por medio de PFT.

## RESUMO

### **Incidência de alguns fatores no resultado de uma psicoterapia em um teste clínico randomizado junto a pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB)**

No Personality Disorders Institute, estudamos a eficácia da psicoterapia focalizada na transferência (PFT), uma psicoterapia psicodinâmica manualizada que é realizada duas vezes por semana com pessoas que sofrem de transtornos de personalidade *borderline* (TPB). Comparamos a PFT com a terapia comportamental dialética (TCD) e com a psicoterapia psicodinâmica de apoio (PPA) em um teste clínico randomizado junto a 90 pacientes que sofrem de um TPB. Primeiramente, apresentamos alguns fundamentos originários do desenvolvimento dos TPB, seguidos de uma discussão sobre as bases teóricas da PFT. Abordamos, em seguida, as características dos pacientes que influenciam os resultados do tratamento. Apresentamos dados, ao mesmo tempo clínicos e empíricos em uma discussão de casos individuais representativos da amostragem de pacientes *borderline* tratados em PFT.