

La psychothérapie focalisée sur le transfert

Transference focused psychotherapy

La psicoterapia focalizada en la transferencia

Psicoterapia focada na transferência

Frank Yeomans, Ph.D., Jill C. Delaney et 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/016507ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/016507ar>

[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

Yeomans, F., Delaney, J. C. & Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 17–34.
<https://doi.org/10.7202/016507ar>

Résumé de l'article

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) est une version modifiée de la psychothérapie psychodynamique classique et spécialisée pour les troubles graves de la personnalité. Elle se fonde sur les principes de la psychanalyse et sur la théorie des relations objectales. L'organisation du monde psychique se structure à partir de l'expérience des interrelations personnelles impliquant une pulsion venant buter contre un objet et produisant un affect agréable ou désagréable. L'expérience ainsi vécue structure une dyade relationnelle impliquant une représentation de Soi et une représentation de l'autre liées par l'affect éprouvé. Par la suite, les représentations s'intègrent les unes aux autres pour former un monde interne évolué, souple, dynamique, adaptée à la réalité externe ou, au contraire, un monde primitif, rigide et fréquemment en conflit avec la réalité externe. La psychothérapie focalisée sur le transfert se propose justement de faire évoluer la structure de la personnalité par le biais d'une analyse soutenue de l'expérience relationnelle vécue avec le psychothérapeute, la mise à jour des représentations de soi et de l'autre et de l'affect qui les lie et la prise de conscience des désirs et motifs inconscients de la personne. Une phase de diagnostic différentiel par le biais d'une entrevue structurale et l'élaboration d'un contrat psychothérapique précède la psychothérapie proprement dite. Le premier but de la psychothérapie focalisée sur le transfert est d'engager la personne dans une observation et une prise de conscience des représentations d'elle-même et des autres. Ces représentations sont le plus souvent biaisées par l'organisation inconsciente du monde interne.



La psychothérapie focalisée sur le transfert

Frank Yeomans*

Jill C. Delaney**

André Renaud***

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) est une version modifiée de la psychothérapie psychodynamique classique et spécialisée pour les troubles graves de la personnalité. Elle se fonde sur les principes de la psychanalyse et sur la théorie des relations objectales. L'organisation du monde psychique se structure à partir de l'expérience des interrelations personnelles impliquant une pulsion venant buter contre un objet et produisant un affect agréable ou désagréable. L'expérience ainsi vécue structure une dyade relationnelle impliquant une représentation de Soi et une représentation de l'autre liées par l'affect éprouvé. Par la suite, les représentations s'intègrent les unes aux autres pour former un monde interne évolué, souple, dynamique, adaptée à la réalité externe ou, au contraire, un monde primitif, rigide et fréquemment en conflit avec la réalité externe. La psychothérapie focalisée sur le transfert se propose justement de faire évoluer la structure de la personnalité par le biais d'une analyse soutenue de l'expérience relationnelle vécue avec le psychothérapeute, la mise à jour des représentations de soi et de l'autre et de l'affect qui les lie et la prise de conscience des désirs et motifs inconscients de la personne. Une phase de diagnostic différentiel par le biais d'une entrevue structurale et l'élaboration d'un contrat psychothérapeutique précède la psychothérapie proprement dite. Le premier but de la psychothérapie focalisée sur le transfert est d'engager la personne dans une observation et une prise de conscience des représentations d'elle-même et des autres. Ces représentations sont le plus souvent biaisées par l'organisation inconsciente du monde interne.

Nous présentons ici une approche psychothérapeutique spécialisée pour les troubles de la personnalité limite, développée par Otto F. Kernberg et ses collaborateurs du Personality Disorder Institute du New York Presbyterian Hospital, Westchester Division. Dès les années 1970, devant l'insuccès des thérapies traditionnelles, Kernberg explore plus systématiquement cette psychopathologie. Il s'entoure promptement de personnes compétentes et ingénieuses qui observent, enregistrent et analysent le moindre succès ou échec et qui tentent d'en comprendre les

* Ph.D., psychiatre.

** Travailluse sociale en santé mentale.

*** Psychologue et psychanalyste.

raisons, les mécanismes psychiques individuels et relationnels. Petit à petit, un corpus de connaissances et de techniques se forme et les premiers textes précisant une thérapie spécialisée plus fructueuse apparaissent au début des années quatre-vingt (Kernberg, 1975 ; 1984). Depuis, la recherche, tant empirique que clinique, la réflexion ainsi que l'échange entre experts n'ont cessé de s'accroître. Nous présentons ici, les assises théoriques et méthodologiques de la psychothérapie focalisée sur le transfert, son fondement psychodynamique et son ancrage dans les théories des relations objectales. Nous expliquons le développement de l'organisation psychique du monde interne chez l'enfant normal et comment la personnalité limite conserve quelque chose de ce fonctionnement inachevé. C'est à ces carences du monde psychique que la psychothérapie focalisée sur le transfert tente de s'adapter pour rejoindre et travailler avec la personne souffrante à un fonctionnement plus économique et mieux adapté en modifiant la structure même de sa personnalité. Nous esquissons les buts et les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)

La PFT est une version modifiée et spécialisée de la psychothérapie psychodynamique. L'épithète « psychodynamique » renvoie à l'interaction de forces rivales et de motivations divergentes dans la psyché. Certaines forces favorisent l'expression spontanée, impulsive et agie des émotions, des désirs et des tensions internes, d'autres répriment de telles actions et exigent le respect des contraintes et impératifs des réalités physique, sociale et morale. Les conflits ainsi soulevés peuvent provoquer de multiples symptômes.

La PFT se fonde sur les principes de la psychothérapie psychodynamique classique, mais elle met l'accent sur certains aspects des théories psychanalytiques et propose certaines modifications techniques, de manière à mieux tenir compte des difficultés particulières liées aux troubles de la personnalité limite. L'approche s'inspire à la fois des théories de Freud et de celles élaborées par Mélanie Klein et ses collaborateurs. La PFT s'appuie sur les points métapsychologiques de la psychanalyse, les points de vue topique, dynamique et économique. Le thérapeute tente de saisir et de souligner les affects et les pulsions sous-jacentes à la manière d'être de la personne, les représentations qu'elle se fait d'elle-même et des autres et des affects et désirs qui relient les unes aux autres mettant parfois en branle un système défensif tel qu'exprimé dans la relation transférentielle qui provoque parfois, à son tour, des réactions contre-transférentielles. Le psychothérapeute tente de

conserver une perspective d'ensemble de la structure de la personnalité, des forces intrapsychiques en présence et des principales dyades relationnelles objectales en jeu lorsqu'il formule une interprétation.

L'approche se fonde aussi sur les théories des relations d'objet. Elle prend en compte les dyades relationnelles que le sujet établit avec les objets et les jeux multiples et variés de ces dyades. Elles sont tantôt utilisées pour répondre à des besoins et des désirs, tantôt utilisées comme défensives contre les mouvements pulsionnels, les affects, les angoisses, les aspects dépressifs du monde interne, les objets, les menaces imaginaires ou réelles du monde extérieur. Le thérapeute essaie de détecter la nature profonde de la relation objectale établie par la personne en séance, de percevoir et de comprendre le conflit psychique qui ne manque pas de se manifester plus ou moins clairement par le biais du transfert. Le thérapeute veut saisir le rôle des dyades relationnelles mises en scène, leurs motivations tant pulsionnelles que défensives.

La théorie des relations objectales

Les théories des relations objectales constituent une extrapolation des théories psychanalytiques. Freud expliquait une part importante de la psychopathologie par un conflit entre les exigences pulsionnelles majoritairement inconscientes et les interdits partiellement inconscients, normalement posés à l'enfant par les parents, interdits respectés et intériorisés afin de conserver leur amour. Plusieurs symptômes seraient ainsi le résultat d'un compromis inconscient entre une gratification pulsionnelle partielle et un respect tout aussi partiel de l'interdit. Le traitement consiste alors à aider la personne à percevoir, à reconnaître et à comprendre les influences des forces inconscientes, à rendre conscientes les dimensions inconscientes du conflit de manière à permettre une meilleure façon de composer avec les pulsions et les interdits à un niveau plus conscient plutôt que de vivre inconsciemment un compromis-symptôme. L'exemple classique est le symptôme de conversion hystérique dans lequel une pulsion sexuelle est en conflit avec un interdit intériorisé. Ce conflit donne lieu, par exemple, à une paralysie sans causalité physiologique. La paralysie apporte une certaine satisfaction sexuelle en attirant l'attention sur le corps tout en respectant l'interdit de la pleine satisfaction pulsionnelle.

Les théories des relations objectales (Klein, 1928 ; 1934 ; 1940 ; 1945 ; 1957 ; Jacobson, 1954 ; Kernberg, 1980) mettent l'accent sur le fait que les pulsions libidinales et agressives ne sont pas éprouvées de façon abstraite dans la psyché, mais manifestement ressenties en relation avec un objet spécifique. Le développement de la psyché de

l'enfant est intimement lié aux interactions et aux relations vécues avec les figures parentales. Les fondements mêmes de la structuration psychique sont des unités composées du soi (partie du moi qui ressent, éprouve l'expérience vécue), d'une pulsion et d'un objet sur lequel vient buter la pulsion pour produire une expérience satisfaisante ou frustrante, provoquant donc un affect agréable ou désagréable. Ces unités lient ensemble le soi, la pulsion, l'objet par un affect et forment des *dyades relationnelles objectales* intériorisées dans le monde interne au fur et à mesure du développement. Les représentations du *soi* et de l'*objet* de la dyade ne sont normalement pas des représentations internes totales, globales de tout le soi ou de tout l'objet, au début de la vie, mais plutôt des représentations partielles et éminemment partiales. Il s'agit de représentations du soi et de l'objet telles qu'elles ont été éprouvées à un moment donné. Ce n'est que progressivement, grâce à l'élaboration de la position dépressive et au travail d'élaboration psychique d'ensemble que la psyché intègre progressivement les multiples représentations partielles en une *représentation-synthèse* du soi et de l'objet, une représentation plus réaliste qui objective suffisamment les réalités psychiques et physiques pour éviter les déformations trop subjectives, simplistes et rigides.

Dans les moments de calme, les émotions éprouvées sont relativement faibles et l'enfant en profite pour faire des apprentissages de nature surtout cognitive. Lorsque l'enfant éprouve des émotions plus intenses en raison de sa faim douloureuse, d'une miction difficile, irritante, d'un inconfort pénible, l'enfant fait l'expérience de la douleur et de la personne encore indifférenciée qui en prend généralement soin, qui satisfait sa faim, soulage sa douleur, console sa peine efficacement. Dans ces moments affectifs forts, l'enfant vit et intériorise de façon tout aussi marquée l'expérience d'un soi satisfait et contenté avec un sentiment amoureux agréable et chaleureux envers la personne qui semble avoir su si bien répondre à ses besoins et être si bien en mesure de le protéger d'autres douleurs. Si, au contraire, les besoins ne sont pas bien saisis, mal comblés, voire inaperçus, l'enfant se débat seul, impuissant avec la douleur persistante et intériorise l'expérience d'un soi souffrant, impuissant, apeuré et rageur en relation avec un monde extérieur perçu comme négligent, impuissant, rejetant et sadique. Ces expériences de vie, maintes fois répétées, sont intériorisées de façon séparée. Cette division constitue le *mécanisme de clivage*, paradigme des mécanismes de défenses primitifs, mécanisme central dans l'organisation défensive de la psychopathologie des troubles de la personnalité. Le soi satisfait et aimé et l'autre perçu comme nourricier et protecteur sont intériorisés dans un espace psychique différent de l'expérience du soi effrayé,

souffrant et enragé en relation avec un autre perçu comme négligent et persécuteur. Chacune de ces expériences paradigmatiques devient un modèle dans le monde interne, un schéma expérientiel du soi en relation avec l'autre selon un certain affect. Ces paires entre le soi et l'objet (l'autre) par le biais d'un *affect* intense constituent autant de « dyades relationnelles objectales » qui structurent la psyché de l'être humain.

L'enfant du premier âge faisant l'expérience de la satisfaction avec un objet perçoit cet objet comme « tout bon », « idéal » et se vit lui-même comme « tout bon », aimable et satisfait, même si la personne qui en prend généralement soin le fait parfois attendre et le frustrer d'autres fois. À l'inverse, l'expérience de la privation ou de la douleur suscite une représentation de l'objet comme « tout mauvais », frustrant, abusif et une représentation de soi comme « tout mauvais », faible, vulnérable et impuissant, même si la personne qui en prend généralement soin se révèle le plus souvent attentive et bienveillante. Ces images ne représentent qu'un instantané d'une situation plutôt que sa totalité, qu'un aspect de l'objet plutôt que sa manière permanente et globale d'être. Ces représentations n'en sont pas moins enregistrées dans les structures de la mémoire et, par conséquent, de la psyché.

Dans le trouble de la personnalité, nous constatons que les représentations internes du soi et de l'objet demeurent ainsi partielles et partiales. Une dyade relationnelle objectale implique une *représentation particulière, partielle et partielle de soi* dans un mouvement pulsionnel associé par un affect à une *représentation toute aussi particulière, partielle et partielle de l'objet tel qu'éprouvé à un moment donné*.

L'intégration normale et progressive des relations multiples entre les représentations du soi et de l'autre se réalise en cours de développement de la personnalité. Avant la fin de la première année de vie, s'élabore un travail de synthèse des diverses représentations du soi et de l'autre enregistrées jusqu'à ce moment. Cette fonction de synthèse s'engage dans un long travail d'élaboration psychique et d'organisation du monde interne dont la personnalité et son caractère en seront les reflets. Cependant, les études cliniques démontrent que dans l'organisation limite de la personnalité, cette intégration-synthèse reste plus ou moins dysharmonique et partielle, ce qui laisse l'individu avec des représentations primaires plus ou moins extrêmes, simplistes, rigides qui tronquent la réalité et créent des distorsions plus ou moins sévères du monde réel environnant. Cet état du monde interne colore les perceptions de soi, des gens, des événements et suscite certains symptômes spécifiques à la personnalité limite. Le modèle interne qui structure les relations objectales ne se fonde pas sur un sentiment significatif de soi

et de l'autre, sur une représentation-synthèse de soi et de l'autre, sur un sentiment stable de l'identité personnelle. Au contraire, le manque de synthèse du monde interne et les déficiences du monde relationnel ne permettent pas un investissement fructueux des divers milieux dans lesquels la personne évolue : l'école, le travail, les amis, la famille, le couple, etc. Le noyau des troubles de la personnalité limite implique une identité diffuse, une labilité émotionnelle et une dépendance prégnante à l'autre alternant avec des rages intenses provoquées par l'impression que le bien-être personnel dépend totalement des validations et gratifications qu'autrui procure ou refuse. La personnalité limite n'a généralement pas développé les habiletés à vivre en accord et en harmonie avec son entourage, elle exige, le plus souvent inconsciemment, que ce soit celui-ci qui s'accorde à ses besoins. Il en résulte un fort sentiment d'impuissance et de rage devant le fait que son confort, son bonheur dépendent ainsi de l'environnement. À la moindre déception, la personne éprouve facilement le sentiment que le monde ne semble pas s'intéresser vraiment à elle de façon adéquate.

L'intensité des affects vécus dans ces relations clivées est considérable parce que non régulée par d'autres représentations du même soi et du même objet perçu dans sa totalité, faute de synthèse dans le monde interne. Une partie de la psyché clivée contient les images idéales fondées sur les expériences de satisfaction, et une autre partie renferme les images négatives et méprisées fondées sur les expériences de douleur et de frustration. Une division active, dynamique de ces parties est ainsi maintenue dans la psyché clivée de l'adulte en régression ou en difficulté de développement.

Le but de cette division est la protection des représentations idéalisées. Celles-ci sont chargées de sentiments amoureux, chaleureux, tendres envers le soi, envers l'objet et envers la relation qui les lie. Ces sentiments sont liés à des représentations d'un soi, d'un objet et d'une relation qui les unit. Tous les trois sont ressentis comme entièrement mauvais et destructeurs. La haine implique un désir de détruire l'objet ou le soi haï, et parfois les deux, de les faire disparaître. Une séparation entre les parties bonnes et mauvaises du soi et de l'objet apparaît nécessaire au Moi dans son organisation psychique primaire, pour protéger et sauvegarder les représentations du « bon soi » et du « bon objet » contre les dangers de destruction par la haine associée aux représentations tant du « mauvais soi » que du « mauvais objet ».

La théorie, l'expérience clinique et un ensemble croissant de données probantes (Paris, 1994) expliquent cette absence de synthèse des diverses représentations du soi et de l'objet par le jeu de deux

variables. 1) La personnalité limite démontrerait d'emblée un tempérament plus fougueux et colérique qui la prédisposerait à de fortes réactions rageuses intensifiant la partie négative de la structure clivée, au point qu'il devient difficile de l'intégrer à la dimension positive bienveillante et bienfaisante de l'autre partie clivée de la psyché. 2) Des expériences traumatiques de négligence physique, d'abus sexuel ou de harcèlement psychologique surviennent au cours du développement précoce de la personne.

Une différence importante entre la théorie des relations objectales et la psychologie cognitive est l'idée que les représentations du soi et de l'objet ne sont pas que des images cognitives, mais bien des unités chargées d'affects intenses, particulièrement de haine destructrice à l'égard de l'objet frustrant ou du soi haineux ou d'amour passion pour l'objet ou d'amour narcissique pour le soi.

L'application de la psychothérapie focalisée sur le transfert

Comme dans la majorité des traitements s'adressant aux troubles de la personnalité, la PFT est une thérapie à long terme (Perry et al., 1999). Contrairement aux thérapies comportementales, la PFT se propose de modifier autant la structure sous-jacente de la personnalité que les comportements et les attitudes. Bien qu'intéressée aux racines étiologiques de la personnalité limite, la PFT s'efforce de jeter la lumière sur l'organisation du monde interne, sur le fonctionnement de la pensée et sur la façon dont la personne les éprouve dans l'expérience relationnelle immédiate au thérapeute. C'est en ce sens que l'approche *focalise sur le transfert*. Le thérapeute s'efforce d'aider la personne à prendre conscience de ses manières d'être et de faire avec lui, lesquelles traduisent l'organisation du monde interne. L'expérience immédiate manifeste des représentations que la personne se fait de la situation, du thérapeute, d'elle-même en relation avec ce thérapeute. L'expérience vécue est la résultante d'une combinatoire des perceptions du monde extérieur, perceptions biaisées, tronquées par des représentations déjà actives dans le monde interne, lesquelles représentations sont davantage inconscientes que conscientes et que la personne pressent comme issues de l'expérience immédiate. Au fond, la personne ne se souvient pas vraiment, mais elle agit le contenu du souvenir, comme l'expliquaient Freud et Breuer (1895) à propos de l'hystérique.

C'est par le biais de l'analyse soutenue de la relation transférentielle, de ce qui se passe ici et maintenant avec le psychothérapeute que celui-ci aide la personne à prendre conscience des dyades relationnelles activées en séance, à prendre conscience du rôle que la

personne s'attribue à elle-même, au thérapeute et des affects en jeu. De la même manière, toutes les autres relations vécues à l'extérieur de la séance et rapportées en séance sont ramenées, dans la mesure du possible, à la relation immédiate entre le thérapeute et son vis-à-vis. Ainsi, une personne se plaint d'abus de pouvoir de la part de ses patrons et de son *impression de ne pas être considérée comme une personne valable*. Le thérapeute s'enquerra peut-être si la personne a eu le *sentiment de ne pas être considérée comme une personne valable*, en début de séance, lorsque le thérapeute n'a pas daigné répondre à une question à propos de sa voiture personnelle aperçue sur le stationnement. Ramener les propos de la personne à la relation transférentielle n'est pas toujours aussi simple, mais c'est par ce biais que l'analyse des dyades devient possible.

Pendant, ce travail n'est possible que si l'analyse du contre-transfert est tout aussi régulièrement assurée avec la même minutie. C'est pourquoi, la PFT suppose l'appartenance à un groupe de travail avec la possibilité d'échanges francs sur les cas suivis, de discussions sincères et réciproques du travail clinique entre collègues et des supervisions relativement régulières avec un tiers extérieur.

Vue d'ensemble du processus psychothérapique

Une première phase est consacrée à l'établissement d'un diagnostic différentiel et à la précision des problèmes spécifiques à la personne qui consulte par le biais de l'entretien structural (Kernberg, 1981). Une fois le diagnostic posé, le thérapeute engage la deuxième phase, soit une discussion minutieuse sur le contrat psychothérapique (Yeomans et al., 1992). L'établissement du contrat est considéré comme une étape de « pré-thérapie ». En collaboration avec la personne, le contrat établit les conditions nécessaires au succès du traitement. Durant cette période, les obstacles qui ont fait échec aux thérapies antérieures sont identifiés et des paramètres pour contrer ou composer avec ces difficultés sont posés avec l'accord des deux protagonistes. Les paramètres spécifiques généralement insérés dans le contrat psychothérapique concernent les consommations abusives de substances nocives, les automutilations, les tendances suicidaires, les impulsions à abandonner la thérapie, la retenue d'informations pertinentes que le thérapeute devrait savoir, etc. La PFT s'adjoint sans hésiter diverses ressources auxiliaires jugées utiles ; tels les programmes en douze étapes pour alcooliques ou toxicomanes, l'assistance d'une clinique des troubles alimentaires ou d'un médecin pour gérer les troubles alimentaires, les problèmes de poids, les déséquilibres métaboliques, etc. Un plan d'action est élaboré si la personne

peut ne plus se croire en mesure de contrôler ses idéations suicidaires ou ses impulsions aux automutilations. Les responsabilités et les attentes des deux parties sont précisées, explicitées et discutées jusqu'à une entente claire sur les meilleurs moyens à prendre pour aider la personne à se protéger, protéger son entourage et la psychothérapie. Ces discussions exigent au moins deux séances et fréquemment plus.

Durant cette phase, le thérapeute rencontre parfois des membres significatifs de la famille ou d'autres personnes proches afin de s'assurer que les principales parties en cause partagent la même compréhension des problèmes de la personne et des implications de la psychothérapie. Ces rencontres pré-psychothérapeutiques impliquent certes une certaine forme de psychoéducation, mais elles offrent aussi et surtout aux diverses parties, la possibilité de poser toutes les questions et de soumettre leurs inquiétudes et leurs préoccupations à propos des problèmes de la personne et de la thérapie à venir. L'importance de cette phase contractuelle est à souligner, puisque le contrat psychothérapeutique sert de cadre de travail aux deux protagonistes. Le contrat aide la personne à rester vigilante face aux comportements qui l'ont conduite à mettre fin de façon précipitée aux thérapies antérieures ou à les faire échouer. Le contrat aide également le thérapeute à gérer les manifestations de son propre contre-transfert devant les puissantes incitations et exigences régulièrement présentes dans le traitement des personnalités limitées.

Si le thérapeute et la personne en viennent à une entente sur les conditions pour le meilleur déroulement de la psychothérapie et seulement s'ils en viennent à cet accord, alors les séances de thérapie proprement dite commencent. S'ils ne s'entendent pas, une autre forme de psychothérapie est proposée.

Le but premier de la thérapie est d'engager la personne dans une observation et une prise de conscience des différentes représentations d'elle-même (du Soi) et des personnes avec lesquelles elle est en contact. Ces représentations ne manqueront pas de s'activer dans la relation au thérapeute. Cependant, en attendant le moment où celles-ci pourront être observées et discutées, parce que la majorité d'entre elles sont inconscientes et qu'elles sont plutôt agies sans conscience des significations et des distorsions qu'elles induisent dans l'expérience vécue, l'intervenant s'intéresse au vécu quotidien de la personne, l'invite explicitement à parler des difficultés rencontrées au jour le jour dans les divers milieux où elle évolue. Le thérapeute questionne souvent les propos de la personne et la presse à s'exprimer davantage, à clarifier son argumentation, ses points de vue et explore les points obscurs, les sous-entendus, les fondements aux diverses prises de positions, les raisonnements

stéréotypés et construits d'avance, etc. C'est par ce travail d'exploration et de clarification que le thérapeute mobilise la personne et canalise vers lui les émotions soulevées par les expériences quotidiennes.

Une femme demande à son thérapeute s'il est possible de déplacer l'heure de la prochaine séance. Vérification faite dans son agenda, le thérapeute répond par la négative. La patiente devient promptement enragée et lui adresse plein de reproches, dont celui de ne pas vraiment l'aimer. Elle dit détenir maintenant la preuve qu'il ne veut pas d'elle en thérapie et avoir la certitude qu'il prend même plaisir à la maltraiter, à la voir souffrir, etc. Il y a ici activation d'une représentation d'un Soi frustré, rejeté en relation avec un autre négligent, abuseur et sadique. La colère de la patiente continue de s'accroître. Elle quitte son fauteuil et marche de long en large dans le cabinet en poursuivant ses insultes envers le thérapeute. Elle en vient même à le menacer de son poing. Le thérapeute lui demande si elle peut se joindre à lui pour observer ce qui se passe maintenant et réfléchir ensemble à la situation actuelle. La personne hésite, marche encore un temps avant de retourner lentement vers son fauteuil. Le thérapeute attend que la patiente se calme un peu, puis suggère que s'il y avait eu un observateur dans la pièce, il aurait vu une femme le maltraiter aussi durement qu'elle se plaignait de l'être. Elle le regarde, à la fois incrédule et stupéfaite. Il ajoute bien comprendre sa déception, mais pas la colère qu'elle vient de lui manifester, néanmoins, explique-t-il, la colère et la rage sont des sentiments tout à fait humains et acceptables et, malgré leur intensité, ces sentiments peuvent être exprimés d'une façon maîtrisée, contrôlée, mais qu'ils posent problème lorsqu'ils sont déniés, parce qu'il est alors impossible à une personne de contrôler ce dont elle n'est pas consciente.

La prise de conscience progressive des différentes représentations de soi et des autres rend possible la comparaison des images internes avec la réalité vécue. La réflexion sur l'expérience relationnelle et sur les intentions de l'autre devient possible. Ainsi, dans l'exemple rapporté ci-dessus, la patiente a pu se souvenir d'autres occasions où le thérapeute avait accepté de changer l'heure d'une séance pour l'accommoder. Au fur et à mesure que la personne s'ouvre à une meilleure conscience de ses changements abrupts d'humeur et des contradictions inhérentes à ses états mentaux (clivage en « tout bon/tout mauvais » de soi et de l'autre, inversion des dyades relationnelles, etc.), elle commence à intégrer les images clivées en une représentation-synthèse plus nuancée et plus réaliste de soi et de l'autre.

Les techniques utilisées en PFT sont : 1) La clarification — rechercher une meilleure compréhension de ce que la personne pense et

comprend dans le moment présent. 2) La confrontation — souligner et encourager la réflexion sur les états mentaux contradictoires. 3) L'interprétation — expliquer ce qui rend difficile l'intégration des aspects contradictoires en un sentiment cohérent et harmonieux de soi et de l'autre. Lorsque la personne commence à penser, avec le thérapeute, sur elle-même et sur les autres d'une manière moins rigide et moins dichotomique, il y a diminution des clivages et les dyades relationnelles s'avèrent plus souples et plus stables. La personne développe un sentiment de Soi plus cohérent et mieux intégré, ce qui réduit d'autant le besoin d'agir les affects pénibles et, concomitamment, les symptômes sévères de la personnalité limite.

Les changements cliniques espérés

Si la thérapie aide effectivement la personne à faire la synthèse des dimensions clivées et morcelées du monde interne, celle-ci ne voit pas seulement ses symptômes changer, comme la diminution des passages à l'acte, mais elle modifie fondamentalement la manière de se vivre et d'éprouver ses relations avec les autres. Elle retire une plus grande satisfaction et de meilleures gratifications de son expérience de vie.

Généralement, les premiers changements observés, chez la personne qui a assidûment suivi une PFT au rythme de deux séances par semaine, consistent en une diminution significative des comportements impulsifs, d'où une meilleure régulation des affects. Cependant, la contrepartie de cette amélioration à l'extérieur du cabinet de consultation est une concentration des affects dans les séances de psychothérapie, dans la relation transférentielle. En fait, s'il n'y avait pas cette intensification de la relation transférentielle, il faudrait considérer que le processus ne s'engage peut-être pas dans la bonne voie. Il y a nécessité, pour le thérapeute, nous l'avons déjà souligné, d'une analyse soutenue de son contre-transfert, parce que sa personnalité est fréquemment prise à partie, soumise à rude épreuve et sa tâche reste de favoriser le travail d'intégration et de synthèse du Moi et de l'objet, travail auquel la personne offre, inconsciemment, toute la résistance dont elle dispose. Une réaction incontrôlée, inconsciemment échappée de la part du thérapeute, pourrait renforcer les résistances plutôt que le travail d'analyse.

C'est également pourquoi le thérapeute prend tout le temps nécessaire pour poser un cadre bien adapté à la pathologie de la personne, à ses habitudes de vie et aux travers qui en découlent dans l'organisation du monde interne, dans les relations interpersonnelles et dans l'ensemble de la vie affective. Le thérapeute voit au respect assez

strict de ce cadre de travail et ramène chacun des écarts à la relation transférentielle. En effet, le maintien du cadre aide à analyser la relation transférentielle, puisque le cadre est issu d'une entente conclue entre la personne et le thérapeute, qu'il y a eu accord sur un contrat de travail décidé ensemble, avec toutes les explications nécessaires pour en comprendre les buts et l'utilité. Donc, dès qu'une transgression est connue, le thérapeute cherche à en comprendre le sens, à mettre en évidence la communication faite par ces passages à l'acte. Il invite donc explicitement la personne à explorer le message qui lui est ainsi lancé par ses comportements et ses attitudes qui transgressent le cadre de travail et le contrat psychothérapeutique convenus ensemble.

Comparativement au psychanalyste et au psychothérapeute psychanalytique classique, ce qui frappe, pour ne pas dire ce qui choque le plus souvent dans l'approche, c'est la plus grande activité du psychothérapeute. Le thérapeute intervient effectivement plus fréquemment et plus longuement, mais il y a des raisons à cela. Il en va de l'adaptation de la méthode psychothérapeutique à la pathologie de la personne qui demande de l'aide. Puisque cette dernière souffre d'une identité diffuse et d'un pénible sentiment de vide, sa douleur l'empêche de suivre une pensée, d'élaborer un raisonnement, d'autant que les représentations et les affects sont clivés, les raisonnements ou élaborations que la personne peut émettre sont plutôt courts et de portée restreinte dans leurs dimensions spatiotemporelles et logiques. Le thérapeute se doit donc d'être plus actif pour aider la personne à explorer son monde interne, à développer et suivre sa pensée, à reconnaître ses affects. Le thérapeute s'active parce que la personne recourt aux mécanismes primitifs de défense et sa pensée demeure foncièrement clivée, morcelée, il en découle que ses sentiments, ses affects, son monde interne, ses perceptions du monde externe sont sérieusement biaisées, tronquées, clivées. Ses perceptions et sa compréhension demeurent partielles et nettement partiales. Le thérapeute se doit, par conséquent, de constamment aider la personne à faire l'épreuve de réalité. La personne dont l'humeur est très instable a tendance à rejeter, par et dans des passages à l'acte ou des somatisations diverses, la pleine expérience de l'émotion, de la relation et de la situation. Le thérapeute aide la personne à prendre conscience de ce type de fonctionnement et à s'arrêter à l'expérience éprouvée. Ses tendances aux passages à l'acte sont plus fortes que la capacité d'éprouver l'affect, que de penser. Le thérapeute intervient donc plus souvent pour aider la personne à contenir et à élaborer son monde interne pour en faciliter l'intégration, la synthèse.

Les changements cliniques obtenus

La psychothérapie focalisée sur le transfert est un traitement à long terme. Un processus psychothérapeutique peut facilement durer quatre ou cinq ans et plus, parce que la PFT prétend modifier autant la structure de la personnalité que le comportement et les attitudes, par l'intégration des dimensions clivées et morcelées du monde interne.

On constate progressivement des modifications fondamentales et positives dans la manière de la personne de se vivre et de faire l'expérience de relations avec les autres. Elle retire progressivement une plus grande satisfaction et de meilleures gratifications de son expérience de vie. L'expérience clinique montre que le gain en termes d'un meilleur contrôle des passages à l'acte apparaît souvent durant la première année de thérapie.

Des indices d'intégration de la structure psychique apparaissent généralement dans la seconde année de traitement. Toutefois, des changements signifiants dans la structure psychique n'apparaissent pas vraiment avant la troisième, voire la quatrième année d'une thérapie assidue.

La diminution de la diffusion de l'identité est généralement le dernier et le plus profond des changements observés. Cela apparaît au cours de la quatrième année, voire de la cinquième année d'une thérapie assidûment suivie. L'identité mieux définie survient avec l'intégration progressive de la structure psychique, avec la réunion progressive et relativement harmonieuse des dyades relationnelles et des affects à la base de ces relations.

Au cours de la thérapie, il y a généralement une évolution de la relation transférentielle de base. Malgré les changements relativement rapides des humeurs et des affects dans la relation transférentielle, la majorité des personnes établissent un type prévalent de transfert envers le thérapeute, ce qui détermine en quelque sorte l'expérience subjective dominante chez la personne à propos d'elle-même et des autres. La majorité des personnalités limites engage une psychothérapie avec une réaction transférentielle chronique de nature paranoïde, c'est-à-dire que la personne est d'emblée convaincue que ses désirs, tant préœdipiens qu'œdipiens, sont négativement jugés et rejetés, voire ridiculisés. En d'autres mots, dans un monde interne clivé, une représentation d'un « mauvais soi » en relation avec une représentation d'un « mauvais objet » apparaît plus réelle, plus sûre, plus fiable qu'une représentation d'un « bon soi » en relation avec un « bon objet ».

Dans le cours de la thérapie, le transfert paranoïde évolue progressivement et généralement vers un transfert dépressif. Ce type de trans-

fert traduit un monde intérieur mieux intégré dans lequel l'objet est éprouvé comme aimant et sachant prendre soin, malgré ses imperfections et ses manques dans les soins. C'est l'effet du travail de deuil face à la perte de l'« objet idéal ». En même temps, le Soi fait progressivement l'expérience de l'amour de l'objet parallèlement avec l'existence de sentiments de frustration, de colère et de culpabilité en lien avec les désirs de destruction éprouvés dans le passé. Cet effet relève de l'élaboration de la position dépressive.

Conclusion

La psychothérapie focalisée sur le transfert constitue une approche psychothérapique dont la particularité essentielle est de tenter de modifier la structuration même de la personnalité malade. Cette approche ne s'adresse pas seulement aux comportements et aux attitudes, elle vise des changements en profondeur dans la personnalité qui apporteront des modifications dans la manière d'être des personnes en relation avec leur environnement. À cet effet, la méthode veut emmener dans le conscient les motivations et les désirs inconscients qui suscitent des affects particulièrement intenses, des crises de colères et des excès de passion incontrôlables par la personne. Le psychothérapeute travaille à aider la personne à prendre conscience de sa façon de se représenter les choses, les situations, les personnes et de sa manière de réagir en se fondant sur ses représentations biaisées par ses désirs, ses affects et ses motivations. C'est en insistant auprès de la personne pour qu'elle s'explique davantage, qu'elle s'exprime plus clairement, pour qu'elle dise le fond de sa pensée que le thérapeute aide la personne à prendre conscience de son point de vue. C'est en confrontant de façon respectueuse et diplomatique, mais aussi de façon franche et authentique la personne à ses propres contradictions, à ses paradoxes que le thérapeute supporte la personne à changer certaines perceptions, certains sentiments, sa façon d'organiser ses représentations du monde. Enfin, c'est par le biais de l'interprétation que le thérapeute explique à la personne les motifs sous-tendant ses manières d'être et d'agir. Pour que le processus psychothérapique puisse tenir le coup devant les excès auxquels pousse la pathologie, il est nécessaire de poser un cadre de travail clair et solide élaboré conjointement par le psychothérapeute, le patient et certaines personnes proches intervenant régulièrement dans la vie de la personne limite. Ce cadre de travail sert de tiers entre le psychothérapeute et le patient, un tiers favorisant le travail d'élaboration et d'analyse du transfert et du contre-transfert.

RÉFÉRENCES

- FREUD, S., BREUER, J., 1895, *Études sur l'hystérie*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris, Presses universitaires de France, 1956.
- JACOBSON, E., 1954, *The Self and the Object World, The psychoanalytic Study of the Child*, 9, 75-127, *Le Soi et le monde objectif*, Paris, Le fil rouge, Presses Universitaires de France 1975.
- KERNBERG, O. F., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson Inc., Traduction française Daniel Marcelli, 1979, *Les troubles limites de la personnalité*, (Première partie). Coll. Domaines de la psychiatrie, Toulouse, Privat Éditeur. 1980, *La personnalité narcissique*, (Seconde partie). Coll. Psychiatrie/Psychanalyse, Toulouse, Privat Éditeur.
- KERNBERG, O. F., 1980, *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*, New York, Jason Aronson, 3-117.
- KERNBERG, O. F., 1981, Structural Interviewing, *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169-195.
- KERNBERG, O. F., 1984, *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, Yale University Press, Traduction française par Jacqueline Adamov. 1989, *Les troubles graves de la personnalité*, Coll. Le fil rouge, Paris, Presses universitaires de France.
- KLEIN, M., 1928, *Les stades précoces du conflit œdipien, Essais de psychanalyse*, Coll. Science de l'homme. Paris, 229-242.
- KLEIN, M., 1934, *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. Essais de psychanalyse*, Coll. Science de l'homme, Paris, 311-341.
- KLEIN, M., 1940, *Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Essais de psychanalyse*, Coll. Science de l'homme, Paris, Payot, 341-370.
- KLEIN, M., 1945, *Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces. Essais de psychanalyse*, Coll. Science de l'homme, Paris, Payot, 370-42.
- KLEIN, M., 1957, *Envy and Gratitude*, New York, Basic Book, *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, 1968.
- PARIS, J., 1994, *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*, Washington DC, American Psychiatric Press.
- PERRY, J. C., BANON, E., IANNI, F., 1999, Effectiveness of psychotherapy for personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- YEOMANS, F. E., SELZER, M. A., CLARKIN, J. F., 1992, *Treating the Borderline Patient: A Contract Based Approach*, New York, Basic Books.

ABSTRACT**Transference focused psychotherapy**

Transference focused psychotherapy is a version of psychodynamic psychotherapy that is modified and specialized for patients with borderline personality disorder. It is based on psychoanalytic principles with an emphasis on object relations theory. A fundamental concept in this model is that the organization of an individual's psyche is structured around internalized versions of interpersonal relations. The relationship experiences that are internalized involve a specific representation of the self, a specific representation of the other (the object of the libidinal or aggressive drive) and an intense affect that links them. However, this movement toward integration of the internal representational world does not take place in individuals with borderline personality, who continue to experience life in a way that is based on rigid and extreme views of self and others. The goal of transference focused psychotherapy is to help individuals advance to an integrated internal world through the analysis of the patient's ongoing experience of his or her relationship with the therapist. It is assumed that the analysis of this relationship will bring to light the internal representations of self and other, and the corresponding affects, that are related to unconscious desires and motivations, and that underlie the individual's extreme and discontinuous experience in life. The therapy begins with a specific diagnostic interview and the establishment of a treatment contract with the patient before the psychotherapeutic work begins. The first goal of the therapy is to engage the patient in the process of observing and gaining awareness of the representations of self and other that guide his or her perceptions of the world. The therapy then helps the patient to understand the internal forces that have kept these representations segregated from each other and to integrate them into a more mature and coherent sense of self and others.

RESUMEN**La psicoterapia focalizada en la transferencia**

La psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) es una versión modificada de la psicoterapia psicodinámica clásica y especializada para los trastornos graves de la personalidad. Se funda en los principios del psicoanálisis y en la teoría de las relaciones objetales. La organización del mundo psíquico se estructura a partir de la experiencia de las interrelaciones personales, que implican una pulsión que se topa con un objeto y produce un afecto agradable o desagradable. La experiencia así

vivida crea una estructura de díada relacional que implica una representación de Sí y una representación del otro, ligadas por el afecto experimentado. A continuación, las representaciones se integran unas con otras para formar un mundo interno evolucionado, flexible, dinámico, adaptado a la realidad externa o, por el contrario, un mundo primitivo, rígido y frecuentemente en conflicto con la realidad externa. La psicoterapia focalizada en la transferencia se propone justamente hacer evolucionar la estructura de la personalidad por medio de un análisis sostenido de la experiencia relacional vivida con el psicoterapeuta, la actualización de las representaciones de sí mismo y del otro, del afecto que las une y la toma de conciencia de los deseos y motivos inconscientes de la persona. Una fase de diagnóstico diferencial, mediante una entrevista estructural y la elaboración de un contrato psicoterapéutico, precede a la psicoterapia propiamente dicha. El primer objetivo de la psicoterapia focalizada en la transferencia es comprometer a la persona a una observación y una toma de conciencia de las representaciones de ella misma y de los demás. Estas representaciones frecuentemente son tergiversadas por la organización inconsciente del mundo interno.

RESUMO

Psicoterapia focada na transferência

A Psicoterapia Focada na Transferência (PFT) é uma versão modificada da psicoterapia psicodinâmica clássica e especializada para os transtornos graves da personalidade. Ela fundamenta-se nos princípios da psicanálise e na teoria das relações objetais. A organização do mundo psíquico estrutura-se a partir da experiência das inter-relações pessoais implicando uma pulsão vindo chocar com um objeto e produzindo um afeto agradável ou desagradável. A experiência assim vivenciada estrutura uma díade relacional implicando uma representação de Si e uma representação do outro, ligadas pelo afeto vivenciado. Em seguida, as representações integram-se umas às outras para formar um mundo interno evoluído, flexível, dinâmico, adaptado à realidade externa ou, pelo contrário, um mundo primitivo, rígido e freqüentemente em conflito com a realidade externa. A psicoterapia focada na transferência propõe-se justamente fazer evoluir a estrutura da personalidade através de uma análise apoiada na experiência relacional vivenciada com o psicoterapeuta, a atualização das representações de si e do outro e do afeto que os une e a tomada de consciência dos desejos e motivos inconscientes da pessoa. Uma fase de diagnóstico diferencial, através de uma entrevista estrutural e a elaboração de um contrato psicoterápico

precede a psicoterapia propriamente dita. O primeiro objetivo da psicoterapia focada na transferência é levar a pessoa a uma observação e uma tomada de consciência das representações dela mesma e dos outros. Estas representações são mais freqüentemente desviadas pela organização inconsciente do mundo interno.