

La psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et le fonctionnement réflexif¹

Transference focused psychotherapy and reflective functioning

La psicoterapia centrada en la transferencia (TFP) y el funcionamiento reflexivo

Psicoterapia focada na transferência (TFP) e o funcionamento reflexivo

Karin Ensink, Ph.D., Lina Normandin, Ph.D. et Julie Maheux, M.Ps.

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/016510ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/016510ar>

[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

Ensink, K., Normandin, L. & Maheux, J. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et le fonctionnement réflexif¹. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 75–92. <https://doi.org/10.7202/016510ar>

Résumé de l'article

Le fonctionnement réflexif (FR) est un concept relativement nouveau et renvoie à la capacité d'un individu d'interpréter les comportements humains et les réactions interpersonnelles en termes d'intentions sous-jacentes et d'états mentaux. Il est particulièrement important dans le processus de régulation des affects et de la gestion des relations interpersonnelles difficiles.

Comparativement à la thérapie comportementale dialectique (DBT) et les thérapies de soutien, la thérapie focalisée sur le transfert (TFP) a l'unique avantage de produire des changements au niveau du FR des patients limites. Dans le présent article, nous adoptons une perspective développementale pour expliquer les changements au niveau du FR induit par la TFP. Nous proposons un certain nombre de mécanismes d'action thérapeutiques par lesquels la TFP agirait chez des patients limites et plus particulièrement dans l'interprétation du transfert..



La psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et le fonctionnement réflexif¹

Karin Ensink*

Lina Normandin**

Le fonctionnement réflexif (FR) est un concept relativement nouveau et renvoie à la capacité d'un individu d'interpréter les comportements humains et les réactions interpersonnelles en termes d'intentions sous-jacentes et d'états mentaux. Il est particulièrement important dans le processus de régulation des affects et de la gestion des relations interpersonnelles difficiles. Comparativement à la thérapie comportementale dialectique (DBT) et les thérapies de soutien, la thérapie focalisée sur le transfert (TFP) a l'unique avantage de produire des changements au niveau du FR des patients limites. Dans le présent article, nous adoptons une perspective développementale pour expliquer les changements au niveau du FR induit par la TFP. Nous proposons un certain nombre de mécanismes d'action thérapeutiques par lesquels la TFP agirait chez des patients limites et plus particulièrement dans l'interprétation du transfert..

Comparativement à la thérapie dialectique du comportement (DBT, Linehan, 1993) et aux thérapies de soutien, la thérapie focalisée sur le transfert (TFP, Transference Focused Psychotherapy : Clarkin, et al. (2006) aurait un avantage unique sur les précédentes en augmentant le niveau de fonctionnement réflexif (FR) de patients présentant une organisation limite de la personnalité (Gabbard, 2006 ; Høglend et al., 2006). En termes généraux, le FR est un concept introduit par Fonagy et al. (1991), pour exprimer la capacité d'un individu à interpréter les comportements humains et les réactions interpersonnelles en termes d'intentions sous-jacentes de motivations et d'états mentaux. Cependant, bien qu'il suscite un vif intérêt, le FR demeure un concept nouveau et encore assez peu connu. Il est trop tôt pour apprécier ce qu'un changement significatif au niveau du FR peut signifier pour les patients et par quels mécanismes il peut être induit.

Dans cet article, nous présentons les assises théoriques du concept de FR en s'attardant à son développement. Cette perspective

* Ph.D., Professeure adjointe, École de psychologie, Université Laval.

** Ph.D., Professeure titulaire, École de psychologie, Université Laval.

Avec la collaboration de Julie Maheux, M.Ps., Étudiante au doctorat, Université Laval.

développementale servira par la suite de cadre pour expliquer les changements de niveau du fonctionnement réflexif notés chez des patients limites ayant été traités par le biais de la TFP. Cette démarche permettra ultimement de proposer un certain nombre de mécanismes d'action thérapeutique par lesquels la TFP agirait chez des patients limites.

Développement du fonctionnement réflexif

Fonagy et al. (1991) considèrent que le fonctionnement réflexif est une habileté qui se développe dans un contexte essentiellement relationnel et que ses fondements suivent une trajectoire développementale précise prenant leur origine dans la petite enfance. Ils identifient quatre processus centraux d'interactions parent-enfant participant au développement du FR chez l'enfant. Le premier processus implique l'attitude du parent par rapport aux intentions de l'enfant. Le second réfère aux interactions où le parent identifie, marque et reflète les affects de l'enfant². Le troisième découle du jeu de l'enfant et de la possibilité de jouer avec la réalité. Le quatrième processus comprend la discussion entre le parent et l'enfant en termes d'états mentaux. La nature de chacun de ces processus et leur contribution au développement du FR sont présentés ci-dessous.

Attitude du parent à l'égard des intentions de l'enfant

Fonagy et Target (2003) considèrent que la tendance du parent à traiter son enfant comme un être ayant des états mentaux, et que le fait d'être sensible aux premiers signes d'intentionnalité chez lui jouent un rôle fondamental dans l'émergence de l'habileté de l'enfant à se considérer lui-même en termes d'états mentaux et d'intentions. En développant cette capacité, l'enfant apprend à considérer ses comportements comme étant reliés à des motivations internes. Fonagy et Target (2003) ajoutent aussi que le parent qui considère l'enfant comme étant motivé par des états mentaux, réagit aux comportements de ce dernier comme une communication intentionnelle. Par exemple, la mère peut dire à son enfant qui pleure : « Veux-tu que je change ta couche ? » ou encore « Veux-tu un câlin ? ». Par conséquent, la mère qui inconsciemment et régulièrement attribue des états mentaux à son enfant, est plus encline à lui répondre comme si son comportement était une tentative de communication. Ainsi, l'enfant apprend progressivement à se percevoir comme une personne ayant des motivations internes et il associe ses comportements à des états mentaux sous-jacents.

Marquage et reflet des affects

Fonagy et Target (2003) mentionnent qu'entre la naissance et le cinquième mois, le marquage et le reflet des affects constituent des mécanismes intersubjectifs centraux dans le développement de la représentation et de la régulation des affects chez l'enfant. Fonagy et Target (2003) postulent que l'enfant parvient à reconnaître ce qu'il ressent à partir de ce que le parent lui reflète à propos de ses affects. Toutefois, pour que le reflet des affects puisse servir de base au développement d'un système de représentations, le parent doit pouvoir différencier ses affects de ceux de l'enfant tout en lui signifiant clairement qu'il ne les éprouve pas réellement lui-même au même moment. Par exemple, si le parent éprouve lui-même la détresse qu'il reflète à l'enfant, il risque de provoquer une escalade de la détresse plutôt qu'un apaisement et un sentiment d'être contenu. Fonagy et Target (2003) relèvent qu'au lieu de simplement refléter l'affect brut, le parent va naturellement marquer l'émotion, comme la peur ou la colère par exemple, par un sourcillement interrogateur qui vise à communiquer clairement à l'enfant que le parent ne ressent pas lui-même l'anxiété, la peur ou la colère. Cet élément rappelle par ailleurs que la réflexion de l'affect ne devrait pas être ni trop similaire ni trop éloignée de celui de l'enfant. Ainsi, l'expression faciale du parent, dans laquelle se mêle l'affect incompatible du parent (par exemple, étonnement et intérêt) à celui exprimé par l'enfant, permettra à ce dernier de réaliser que son émotion est analogue à la réalité, mais qu'elle n'y est pas totalement identique. De plus, une telle manière de refléter les affects sera plus susceptible de calmer l'enfant, soit en l'aidant à se construire des représentations d'affects contenus plutôt qu'excessifs, soit en ajustant subtilement son état émotionnel en reproduisant l'expression faciale du parent.

Fonagy et Target (2003) prétendent que le fait que des parents ne parviennent pas à accueillir et à refléter l'affect de l'enfant de cette façon, ou pire encore, qu'ils répondent à l'enfant par des affects systématiquement sans lien avec celui exprimé, réduirait les capacités de l'enfant à reconnaître ses propres réactions émotionnelles. Ultimement, cette difficulté pourrait conduire à des problèmes fondamentaux d'organisation et de compréhension de soi. Au pire, cette difficulté pourrait contribuer au développement d'un soi étranger (alien self) où l'enfant s'attribue des affects négatifs et des qualités qui appartiennent au parent. Fonagy et Target (1997) postulent que la partie du soi qui lui est étrangère serait gérée par des mécanismes d'externalisation et de projection, ce qui procurerait temporairement un soulagement à l'impression que quelqu'un d'autre l'a envahi et que le soi est incohérent.

Fonagy and Target (1997) identifient trois types d'échecs spécifiques dans le processus de marquage et de reflet de l'affect qui entraîneraient des troubles de la personnalité. Le premier type surviendrait lorsque les affects de l'enfant déclenchent des sentiments désagréables ou de la peur chez le parent qui devient alors submergé par sa propre détresse. L'enfant est donc confronté aux affects réels du parent comme la rage, l'anxiété, la peur ou la détresse plutôt qu'à l'aspect contenant du reflet des affects. L'enfant développe alors la perception que son expérience interne est aussi externe, déclenchant de l'effroi et contribuant à une escalade d'affects. Cette situation peut aussi être considérée comme un obstacle au développement de la représentation secondaire de l'affect et au développement du sens des limites entre soi et l'autre. Le deuxième type d'échec, à la base vraisemblablement du trouble de la personnalité narcissique, surviendrait lorsque les émotions de l'enfant sont systématiquement incomprises par le parent. Ainsi, l'émotion qui est reflétée par le parent n'est pas harmonisée avec celle de l'enfant, ce qui résulte en une mauvaise représentation secondaire de l'état émotionnel primaire ne procurant ainsi aucune base solide à la représentation de soi. Un troisième type d'échec est attribué aux mères présentant un attachement évitant. Elles auraient tendance à nier les affects de l'enfant et par conséquent se refuseraient à jouer le rôle central de miroir aux affects de l'enfant.

Jeu avec la réalité

Fonagy et Target (1996) soulignent que le jeu de fantaisie avec les parents joue un rôle important dans le développement des fonctions réflexives. En plus de produire des opportunités importantes pour expérimenter différents rôles et imaginer ce que les autres personnages peuvent penser et ressentir, le jeu de fantaisie permet également de découvrir les aspects clé de la réalité psychique.

Ils proposent qu'au début le tout jeune enfant fonctionne essentiellement selon un mode d'équivalence psychique (*psychic equivalence*). Dans ce mode, l'idée qu'il y ait un monstre caché sous le lit est considérée comme nécessairement vraie car ses idées sont, à ses yeux, des répliques exactes de la réalité. Ainsi, l'enfant agit comme s'il y avait effectivement un monstre sous le lit jusqu'à ce qu'il acquière la conscience que ce qui est imaginé et ce qui est réel ne sont pas nécessairement équivalents. Dans cette dernière phase, l'enfant tendra à être plus réaliste, mais fera tout de même correspondre ses croyances à la réalité externe et aux apparences. C'est ainsi qu'il soutiendra qu'une éponge peinte en forme de caillou est en fait un véritable caillou. Cette

absence de frontières entre l'expérience interne et la réalité externe fait en sorte que la réalité interne peut déborder et affecter la perception de la réalité externe tout comme, à l'inverse, la réalité externe peut s'imposer à la réalité interne. L'enfant demeure donc très influençable car dépourvu de processus mentaux pouvant lui permettre de maîtriser l'impact de l'expérience interne ou celui de la réalité externe.

Fonagy et Target (1996) proposent, qu'à travers le jeu, l'enfant se développe un second mode, soit celui du «faire semblant» (*pretend mode*), où l'enfant découvre l'aspect représentationnel des pensées. La nature même du jeu et du «faire semblant» est d'aider l'enfant à se libérer de l'emprise de la réalité externe et de créer un contexte dans lequel l'enfant peut symboliser des pensées. Lorsque l'enfant voit son parent, ou l'ami qui joue avec lui, «faire semblant» ou «faire comme si» en réponse à une attitude intentionnelle de sa part et qu'il voit ainsi ses pensées et ses expériences représentées en dehors de lui-même, il a alors la possibilité de découvrir que ses pensées et ses expériences ne sont pas «toujours réelles», et par conséquent il découvre la nature représentative et symbolique de la pensée. À travers l'expérience répétée de voir ses pensées et fantaisies reflétées d'une façon reconnaissable et acceptable, l'enfant développe un mode réflexif de fonctionnement dans lequel les états mentaux peuvent être reconnus comme des représentations.

Fonagy et Target (1996) suggèrent que le mode de l'«équivalence psychique» et le mode du «faire semblant» deviennent de plus en plus intégrés dans ce qu'ils appellent un mode «réflexif de la réalité psychique», lequel s'établit entre l'âge de quatre et cinq ans. Il s'agit d'une étape majeure dans le développement des capacités de mentalisation de l'enfant à travers laquelle l'enfant peut acquérir un peu de contrôle et de maîtrise sur son expérience interne et sur la réalité, ce qui facilite par conséquent l'autorégulation.

Discussion entre le parent et l'enfant en termes d'états mentaux

Fonagy et al. (1991) offrent plusieurs appuis empiriques à la nécessité de discuter des sentiments avec l'enfant et d'en expliquer les causes. De plus, Dunn et al. (1991) démontrent que l'exposition à de telles discussions prédit les capacités de compréhension des émotions chez les enfants âgés de 3 ans et leur capacité d'adopter une perspective affective à l'âge de 7 ans. Ces discussions prédiraient également leur capacité à reconnaître des expressions affectives et à comprendre des situations chargées émotionnellement (Denham et Grout, 1992 ; Shipman et Zeman, 1999). Par ailleurs, l'emphase doit être placée non

pas uniquement sur l'expression des émotions mais également, et peut-être davantage, sur la recherche des causes sous-jacentes à l'expression de l'émotion (Garner et al., 1997). Ces discussions contribuent à la création de récits cohérents qui aident l'enfant à réfléchir aux implications d'expressions émotionnelles particulières (Harris, 2000). La façon dont le parent structure le récit s'apparente à un « échafaudage » (*scaffolding*) qui permet à l'enfant de découvrir les implications psychologiques des événements. Le parent qui fournit des récits riches, comprenant de nombreux détails portant sur des événements passés en plus de comporter des qualificatifs précis, des marqueurs d'intérêt ou des significations émotionnelles procure à l'enfant des opportunités d'acquiescer des scénarios variés et élaborés au sujet des causes et des conséquences d'événements émotionnels. Il apprend ainsi à organiser les événements dans une structure narrative.

En général, les réactions émotionnelles positives du parent en réponse à l'expression affective de l'enfant, comme par exemple réagir par un sourire devant une expression de joie, demeurer calme devant une expression de colère ou exprimer de la tendresse en réaction à la tristesse de l'enfant, prédisent le développement de la compréhension émotionnelle (Denham et al., 1994). Par ailleurs, le partage avec l'enfant des émotions ressenties par le parent dans un contexte où il doit faire la discipline (comme par exemple lorsqu'il explique les raisons pour lesquelles il est bouleversé par la réaction de l'enfant) facilite le développement de la compréhension émotionnelle (Hoffman, 1994). Cette pratique susciterait chez l'enfant des compréhensions affectivement chargées (« hot cognitions »), rendant ainsi le terrain fertile au développement émotionnel (Denham, 1998). Nous comprendrons plus loin l'importance de cette donnée développementale dans la compréhension de l'efficacité de la TFP sur le développement du FR.

Dans la prochaine section, 1) nous apportons un cadre explicatif des changements de FR rapportés chez des patients limites ayant été traités par le biais de la TFP en empruntant la perspective développementale présentée précédemment et en identifiant certains mécanismes d'action de la TFP dont le transfert serait le mécanisme clé dans le développement du FR ; 2) nous présentons certaines données de recherche qui viennent appuyer l'emploi d'interprétations transférentielles dans la TFP à l'opposé de la position de Fonagy qui en déconseille l'emploi dans le traitement de patients limites et finalement ; 3) nous exposons les raisons pour lesquelles nous croyons que la TFP est supérieure au DBT (Linehan, 1993) pour développer le fonctionnement réflexif de patients limites et ce même si cette dernière

thérapie vise explicitement la pleine conscience de l'esprit (« mindfulness »).

Cadre explicatif de l'impact de la thérapie focalisée sur le transfert sur le fonctionnement réflexif

Dans la section qui suit, nous identifions les mécanismes d'action thérapeutique de la TFP qui stimulent le développement du FR. Nous argumentons également que ces mécanismes s'apparentent aux processus par lesquels le FR se développe dans le cours normal du développement. Notamment, nous étayons l'idée que le travail du transfert permet de développer le FR interpersonnel, notion référant à la capacité à comprendre les relations en termes d'états mentaux et à utiliser cette compréhension dans des contextes interpersonnels.

Premier mécanisme d'action thérapeutique

Le patient limite a surtout tendance à réagir et à externaliser ses conflits plutôt qu'à considérer les motivations internes de ses comportements. Le premier mécanisme d'action thérapeutique propre à la TFP se repère dans les efforts du thérapeute pour activer chez le patient un cadre de référence intentionnel, et à encourager un changement de paradigme notamment d'un état d'esprit centré sur le comportement vers celui de la mentalisation.

Dès le début du traitement TFP, l'établissement d'un contrat pour contenir les agissements destructeurs du patient introduit clairement la notion que le travail portera sur autre chose que sur des comportements de contrôle. Bien que le patient soit initialement surpris, choqué, incrédule voire fâché face au refus inattendu du thérapeute à s'engager dans ce qu'il considère être le problème central, le patient commence progressivement à explorer des alternatives à ses passages à l'acte et prend en considération ses motivations internes, ses pensées ou ses sentiments sous-jacents à ses comportements. En outre, la calme insistance du thérapeute à l'effet d'engager la thérapie uniquement si le patient accepte de cesser ses tentatives de suicide, ou encore qu'il consente à se présenter à l'urgence d'un hôpital s'il est incapable de contrôler ses impulsions suicidaires, voire même qu'il envisage que la thérapie soit suspendue tant qu'il ne parviendra pas à contrôler ces impulsions, permet de maintenir la thérapie en dehors du contrôle omnipotent que symbolisent souvent les comportements suicidaires du patient. En effet, le thérapeute explique au patient que s'il est sans cesse préoccupé par le risque suicidaire ou qu'il doit jouer un rôle actif dans la gestion des crises suicidaires, il n'aura plus les conditions nécessaires

pour faire le travail thérapeutique. De la même façon, la condition essentielle pour le patient présentant un problème d'abus de substances est d'assister à des rencontres des AA ou qu'il s'engage dans un programme de désintoxication. Ces conditions envoient ici encore clairement le message que le travail thérapeutique porte sur autre chose que le contrôle des comportements.

Plus tard dans le traitement TFP, les efforts répétés du thérapeute pour proposer des hypothèses quant à la signification des comportements du patient en termes d'états mentaux, de sentiments ou de désirs, visent ultimement à stimuler la curiosité du patient à l'égard des liens possibles entre ses comportements et ses états mentaux internes. Tout comme l'enfant, dans le modèle de Fonagy, apprend à concevoir ses comportements en termes d'états mentaux parce que le parent suggère des interprétations aux différentes réactions de l'enfant en termes d'intentions, de désirs ou de sentiments et ce bien avant que l'enfant ne soit capable de le faire par lui-même, le patient progresse graduellement d'un paradigme comportemental à celui d'états mentaux en apprenant à réfléchir sur les motivations internes de ses comportements.

Le deuxième mécanisme d'action thérapeutique

L'identification et la clarification répétées des affects du patient, et plus particulièrement lorsqu'il y a des contradictions entre les affects et le discours, constituent le deuxième mécanisme d'action thérapeutique de la TFP. Ce mécanisme facilite le développement de ce que nous appelons le noyau du fonctionnement réflexif sur soi (*core self reflexive function*). Il s'apparente au processus de marquage et de réflexion des affects, décrit plus tôt, et que Fonagy et al. (2002) considèrent central dans l'établissement de la notion de soi. Ce mécanisme contribue également à la prise de conscience des états affectifs fondamentaux et au développement d'un vocabulaire de base sur les états mentaux qui, bien que pouvant paraître très élémentaire, n'en constitue pas moins la première étape pour aborder les perturbations identitaires caractérisant le trouble limite de la personnalité.

L'importance des efforts de clarification du thérapeute TFP pour aider le patient à reconnaître ses affects et à développer un discours sur lui-même en termes d'états mentaux est souvent sous-estimé, et certains thérapeutes considèrent ce travail inférieur au travail interprétatif. Néanmoins, lorsque le thérapeute persévère et aide, par exemple, des patients silencieux, souvent narcissiques, à élaborer le contenu de leur monde émotionnel, le noyau du fonctionnement réflexif sur soi se développe souvent de façon drastique.

Le troisième mécanisme d'action thérapeutique

Même si cela peut sembler surprenant de suggérer que le jeu puisse être un important mécanisme d'action thérapeutique, nous croyons qu'il est nécessaire de relever cet aspect car il est trop souvent ignoré du travail thérapeutique avec les patients limites. En termes de FR, le thérapeute aide le patient à «jouer avec la réalité» au sens de Fonagy et Target (1996). En outre, le jeu permet que la perception des situations et des événements puisse être radicalement différente seulement parce que nous avons changé de perspectives, ou encore puisse radicalement changer au fil du temps parce que nous avons pris une distance émotionnelle ou physique par rapport aux situations traumatisantes, tristes ou bouleversantes.

Notre analyse de séances de TFP du groupe de thérapeutes de New York nous a permis de constater que ceux qui obtiennent les meilleurs résultats psychothérapeutiques, même auprès de patients exceptionnellement difficiles, possèdent une «attitude enjouée au service du patient». Ces thérapeutes ont la capacité de dramatiser et de décrire de façon très vivide les relations d'objet qui apparaissent à la surface des interactions entre le patient et le thérapeute en plus d'une habilité à ressentir de l'affection envers le patient, à s'attacher à lui et à démontrer du plaisir et de la curiosité à explorer ses réactions. Ils présentent aussi la capacité de demeurer désinvolte et décontracté lorsqu'ils invitent le patient à explorer le sens de réactions souvent menaçantes pour le thérapeute.

L'impact de cette attitude peut être compris de plusieurs façons. La réaction inattendue, enjouée et positive du thérapeute aide à briser le patron habituel de réactions chez le patient qui devient alors conscient des schémas négatifs coutumiers qui ne peuvent plus être joués comme à l'habitude, car le «partenaire de jeu» ne respecte pas les scénarios familiaux. Une autre explication proviendrait d'une récente recherche qui porte sur les neurones en miroir (mirror neurons) et qui suggère que les états affectifs démontrés par un membre d'une dyade évoquent, en partie du moins, un état affectif similaire chez l'autre membre de la dyade. Si des affects positifs et enjoués sont activés chez le patient, ils aident possiblement à réduire l'anxiété, et par conséquent, il se crée une fenêtre pour la réflexion où le thérapeute peut aider le patient à considérer des explications alternatives, reconnaître les réactions habituelles et les mauvaises perceptions. Tout comme Fonagy, qui reconnaît l'importance du jeu dans le développement de l'enfant, nous croyons que les affects positifs du thérapeute permettent au patient limite de constater que la réalité mentale peut sembler différente selon les lunettes que l'on porte pour la regarder, et que les gens peuvent avoir différentes

perspectives. Nous croyons ainsi qu'il est rassurant pour un patient limite de découvrir que ses perceptions paranoïdes ou déformées de la réalité sont des façons de voir la réalité, plutôt que la réalité elle-même. Nous sommes souvent impressionnées par l'observation de patients limites qui cherchent habituellement la confrontation, mais qui progressivement commencent à argumenter avec plus de plaisir et surtout avec une plus grande conscience de soi.

Il est important de mentionner, avant de conclure sur ce mécanisme d'action thérapeutique, que nous ne suggérons pas que le jeu soit inscrit dans le manuel de traitement ou qu'il soit enseigné aux thérapeutes. Nous croyons plutôt qu'il est important d'encourager les thérapeutes qui possèdent cette habileté naturelle à jouer avec la réalité, dérivant probablement de leur personnalité ou de leurs premières expériences, pour qu'ils puissent aider les patients à découvrir de nouvelles façons de réagir ou de concevoir des réalités difficiles et extrêmes. De plus, nous reconnaissons le haut risque que prendrait le thérapeute s'il utilisait cette attitude au mauvais moment ou s'il adoptait le mauvais ton émotionnel. Par conséquent, nous n'encouragerions pas un thérapeute à utiliser ce mécanisme à moins qu'il n'ait un talent naturel et une confiance à cet égard.

Quatrième mécanisme d'action thérapeutique

Les interprétations transférentielles constituent le quatrième mécanisme d'action de la TFP. Elles contribuent au développement de la capacité du patient à comprendre les relations interpersonnelles en termes d'états mentaux et à utiliser cette compréhension dans les situations interpersonnelles. Elles se repèrent dans les efforts répétés d'identification, de clarification, de confrontation et d'élaboration du thérapeute face aux changements soudains et souvent abrupts des représentations de soi et de l'objet dans l'interrelation du patient/thérapeute.

L'enfant développe une compréhension des états mentaux fondamentaux de lui-même et des autres à partir de la relation affective qu'il entretient avec ses parents, dans la mesure où ceux-ci considèrent généralement les réactions de l'enfant comme ayant leurs propres motivations internes et interpersonnelles. De la même façon, le patient apprend à reconnaître ses propres motivations à partir de la relation transférentielle développée avec le thérapeute. Initialement, le parent ou le thérapeute émettent des hypothèses sur les motivations interpersonnelles et internes de leur vis-à-vis qui peuvent expliquer les sentiments et les comportements de l'enfant ou du patient, avant même que ceux-ci ne soient capables de le faire eux-mêmes. Le patient a ainsi de

nombreuses opportunités pour développer un vocabulaire de base nécessaire pour décrire, comprendre et réfléchir les réactions personnelles. Il applique la compréhension qu'il a de ses états mentaux à des niveaux de plus en plus sophistiqués, et il découvre les liens qui existent entre ses réactions affectives et les processus interpersonnels en explorant plus profondément ses réactions et ses interactions avec le thérapeute.

Efficacité des interprétations transférentielles

L'emploi d'interprétations transférentielles a toujours été controversée et plus particulièrement face à des patients limites (Piper et al., 1991 ; Gabbard et al., 1994 ; Høglend, 2004)). À l'exception du point de vue de Kernberg et de son équipe, la croyance veut que les interprétations transférentielles soient des interventions à hauts risques même si elle peuvent être profitables, et elles se doivent d'être formulées par des thérapeutes de grande expérience possédant une formation psychanalytique et efficaces auprès de patients présentant un niveau élevé de fonctionnement psychique. C'est pourquoi, selon Gabbard et al. (1994), les interprétations transférentielles ne sont pas recommandées avec des patients limites. Les tenants de cette dernière position prétendent que les interprétations transférentielles augmentent l'angoisse à un niveau intolérable et provoquent souvent une réaction thérapeutique négative chez des patients limites.

En accord avec cette dernière position, Fonagy et Bateman (2004) ont développé un traitement spécialisé pour les patients limites, lequel traitement est basé sur la mentalisation. Ce traitement vise à corriger les distorsions et les déficits dans le processus de mentalisation de ces patients à partir de techniques thérapeutiques favorisant une prise de distance cognitive pour parvenir à mieux réguler les affects. S'appuyant sur des résultats de recherche colligés antérieurement, ils prétendent que les interprétations transférentielles ont un impact négatif sur l'alliance thérapeutique et sur l'engagement des patients dans la thérapie (Bateman et Fonagy, 1999). Bien que les patients de leur étude ne souffraient pas d'un trouble limite de la personnalité, ces résultats ont eu pour effet de renforcer davantage l'argument contre le travail du transfert avec les patients limites.

Høglend et al. (2006) ont récemment appuyé la position de Kernberg. Utilisant des thérapeutes d'orientation psychanalytique hautement qualifiés, possédant entre dix et 15 ans d'expérience et quatre années d'entraînement au traitement, les auteurs ont noté que les patients avec des relations d'objet pauvres répondaient mieux à la

psychothérapie recourant à l'interprétation du transfert, contrairement aux patients avec de meilleures relations d'objet qui répondent mieux au traitement sans interprétation du transfert. La seule étude publiée à ce jour portant sur l'impact de différents traitements sur le développement du FR de patients limites indique que la TFP, comparativement à la DBT et à la thérapie de soutien, serait plus efficace (Levy et al., 2006).

Notre expérience montre qu'il y a bel et bien une augmentation temporaire de l'anxiété, particulièrement, par exemple, lorsque le patient réalise après avoir accusé ouvertement le thérapeute d'être volontairement dur et malhonnête, que c'est plutôt lui qui a fait preuve de dureté et de malhonnêteté envers le thérapeute qui s'est montré plutôt tolérant et supportant. Le patient peut se sentir temporairement confus lorsqu'il commence à prendre conscience de sa représentation de lui-même et qu'il réalise poser des jugements très sévères sur les autres ou éprouver un profond désir de les exploiter. Par ailleurs, plus le patient développe une perception véritable et complète de lui-même, plus il commence à percevoir les autres d'une façon moins persécutrice et plus réaliste. Lorsqu'on compare ces gains à une situation thérapeutique apparemment plus sécuritaire par crainte de provoquer une augmentation de l'anxiété chez le patient, le profit vaut bien le risque.

À un autre niveau, et pour renforcer notre position face à celle de Fonagy qui déconseille les interprétations transférentielles avec le patient limite, nous croyons que ce sont plutôt les interprétations génétiques qui favorisent un haut niveau d'anxiété chez le patient et sont, par conséquent, contre-indiquées, surtout durant la première année du traitement. En outre, ces interprétations permettent peut-être d'éviter l'anxiété que déclenche inévitablement l'exploration des phénomènes interpersonnels dans un contexte relationnel, et produisent parfois une prise de conscience intellectuelle, mais, selon notre expérience, elles ont peu d'impact sur la régulation des affects et sur les difficultés interpersonnelles du patient limite. Il demeure toujours aussi angoissé et persécuté par les situations interpersonnelles. De plus, et puisque les interprétations transférentielles tel que recommandées dans la TFP incluent la clarification des représentations déformées de soi et des autres, le patient expérimente rapidement le soulagement que lui procure la prise de conscience de ses distorsions. Par exemple, le patient prend conscience que le thérapeute n'est pas aussi menaçant dans la réalité que dans sa représentation mentale de ce dernier. L'anxiété est mieux contenue, une nouvelle signification peut être trouvée aux réactions qui peuvent sembler bizarres ou pénibles pour le patient et éventuellement, le patient en vient à découvrir que le monde extrêmement

persécuteur dans lequel il vit est une représentation qui peut être changée.

La thérapie focalisée sur le transfert comparée à la thérapie dialectique du comportement

Dans cette dernière section, nous proposons certaines explications à la supériorité démontrée de la TFP sur la DBT par rapport au développement du FR et ce même si cette dernière cible explicitement la pleine conscience de l'esprit (*mindfulness*). Nous considérons surtout la différence entre les mécanismes d'action thérapeutique utilisés dans la TFP et ceux prônés dans la DBT.

La DBT utilise une approche didactique où le thérapeute encourage le patient à être plus conscient et à adopter la position mentale d'un esprit avisé (*wise mind*) lorsqu'il se sent submergé par l'affect. Lorsque le patient parvient à appliquer cette maxime, on observe un plus grand calme et un sentiment de maîtrise de soi ainsi qu'une meilleure capacité cognitive à analyser et à nommer les émotions plutôt qu'à réagir impulsivement ou à être submergé par l'affect. Sans diminuer l'importance de telles réalisations, l'impact d'une telle attitude se fait surtout sentir au niveau des affects et des comportements et par extension au niveau des symptômes. Nous savons par ailleurs, que lorsque le thérapeute DBT encourage le patient à adopter un état d'esprit avisé, il veut surtout encourager l'atteinte d'un état de tranquillité Zen où les affects sont scrutés et le patient entraîné à ne pas y réagir. Si ce processus réussit, on peut s'attendre à ce que l'anxiété et l'agir diminuent et donc à une amélioration de la symptomatologie. En termes de capacité à la mentalisation, la DBT aiderait le patient à activer ses capacités cognitives en situation de stress, à maintenir une distance affective et à réfléchir plutôt qu'à agir. Cet objectif est très différent de ceux de la TFP et du traitement basé sur la mentalisation en ce qui a trait du moins au type de cognitions recherchées. Dans ces deux derniers traitements, le type de cognitions recherchées porte sur les cognitions sociales et interpersonnelles, contrairement aux cognitions non sociales, détachées et de type Zen encouragées dans la DBT. Ces cognitions interpersonnelles reposent sur l'identification, la reconnaissance et la compréhension des affects et des réactions de soi et des autres dans les relations interpersonnelles. Dans la DBT, on instruit le patient intellectuellement, on lui conseille de pratiquer un esprit avisé en dehors des séances de thérapie. Dans la TFP, le patient apprend de manière expérientielle à partir de la relation immédiate avec le thérapeute à l'aide de clarifications constantes au niveau des représentations de soi et des

relations d'objets manifestes dans la relation. Le patient est encouragé à considérer ses réactions en termes de perceptions du thérapeute ou en termes de ses propres intentions, affects ou désirs. Cet accent sur la relation et sur l'incitation à considérer la signification de ses réactions, contribue à créer chez le patient un état d'émoi affectif (*hot cognitions*) qui ressemble à celui vécu dans des relations interpersonnelles exigeantes de la vie courante.

En somme, nous considérons que la TFP contribue au développement du FR chez le patient limite puisqu'elle active l'affect du patient dans un contexte interpersonnel et l'incite à développer et à utiliser ses cognitions interpersonnelles, dans la sécurité de la séance de thérapie. Contrairement à la DBT, qui peut être comparée à un cours où l'on vous enseigne à mieux skier et ce que vous devez faire si vous tombez. En TFP, vous êtes sur les pentes de ski avec votre propre instructeur qui vous donne une rétroaction constante sur votre façon de skier et continue à le faire, lorsque vous ressentez de l'anxiété parce que vous prenez de la vitesse et que les pentes deviennent soudainement plus prononcées. Dans la TFP, et tout comme le skieur avec son instructeur, le patient apprend à reconnaître ce qu'il fait aux moments mêmes où il tombe ; à l'aide de la rétroaction du thérapeute, il parvient à être plus conscient de lui-même et à être en mesure de déterminer ce qu'il doit contrôler et ce qu'il doit laisser-aller, ce qu'il doit corriger et ce qu'il doit améliorer de lui-même.

Conclusion

Dans cet article, nous avons identifié un certain nombre de mécanismes d'action de la TFP en calquant les processus clés à travers lesquels le FR se développe au cours de la petite enfance. Il est clair que nous considérons la thérapie centrée sur le transfert (TFP) en général, et l'interprétation du transfert en particulier, comme étant centraux pour le développement du FR chez le patient limite dans la mesure où ils stimulent le développement des capacités d'interprétations interpersonnelles de ces patients, et les aide à prendre conscience des distorsions dans leur façon de percevoir et d'être en relation avec les autres. La valeur du travail centré sur le transfert a été établie et la complexité de la tâche ainsi que les exigences pour le thérapeute deviennent également beaucoup plus claires.

NOTES

1. Version française et abrégée de l'article paru dans un périodique anglais.
2. Traduction de « marked affect mirroring »

RÉFÉRENCES

- BATEMAN, A. W., FONAGY, P., 1999, The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- BATEMAN, A. W., FONAGY, P., 2004, *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*, Oxford University Press, London.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F., 2006, *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- DENHAM, S. A., 1998, *Emotional Development in Young Children*, The Guildford Press, New York.
- DENHAM, S. A., GROUT, L., 1992, Mothers' emotional expressiveness and coping: Topography and relations with preschoolers' emotional competence, *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 118, 75-101.
- DENHAM, S. A., RENWICK-DEBARDI, S., HEWES, S., 1994, Affective Communication between Mothers and Preschoolers: Relations with Social-emotional Competence, *Merill-Palmer Quarterly*, 40, 488-508.
- DUNN, J., BROWN, J. R., BEARDSALL, L., 1991, Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions, *Developmental Psychology*, 27, 448-455.
- ENSINK, K., NORMANDIN, L., LEMIEUX, R., BERTHELOT, N., 2005, *Child and Maternal Reflective Functioning in the Context of Sexual Abuse*, Paper presented at the International Society for Psychotherapy Research, Montréal.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E., TARGET, M., 2002, *Affect Regulation, Mentalisation and the Development of the Self*, Other Press, New York.
- FONAGY, P., STEELE, H., MORAN, G. S., STEELE, M., HIGGITT, A., 1991, The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- FONAGY, P., TARGET, M., 1996, Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality, *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- FONAGY, P., TARGET, M., 1997, Attachment and reflective function: Their role in self-organization, *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

- FONAGY, P., TARGET, M., 2003, *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*, Brunner-Routledge, New York.
- GABBARD, G. O., 2006, When Is Transference Work Useful in Dynamic Psychotherapy?, *American Journal of Psychiatry*, 163, 1667-1669.
- GABBARD, G. O., HORWITZ, L., ALLEN, J. G., FRIESWYK, S., NEWSOM, G., COLSON, D. B., COYNE, L., 1994, Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon, *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 59-69.
- GARNER, P. W., JONES, D. C., GADDY, G., RENNIE, K., 1997, Low income mothers' conversations about emotions and their children's emotional competence, *Social Development*, 6, 37-52.
- HARRIS, P. L., 2000, Understanding emotion, in Lewis, C., Haviland, J., eds., *Handbook of Emotions*, The Guildford Press, New York, 253-322.
- HOFFMAN, M. L., 1994, Discipline and internalization, *Developmental Psychology*, 30, 1, 26-28.
- HØGLENDE, P., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K., SØRBYE, Ø., COSGROVE SJAASTAD, M., HEYERDAHL, O., 2006, Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations, *American Journal of Psychiatry*, 163, 1739-1746.
- LEVY, K. N., KELLY, K. M., MEEHAN, K. B., REYNOSO, J. S., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., 2006, Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, New York.
- LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, D., HEARD, H., 1991, Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archive of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- PIPER, W. E., AZIM, H. F., JOYCE, A. S., MCCALLUM, M., 1991, Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy, *Archive of General Psychiatry*, 48, 10, 946-953.
- SHIPMAN, K. L., ZEMAN, J., 1999, Emotional understanding: A comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads, *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 3, 407-417.

ABSTRACT

Transference focused psychotherapy and reflective functioning

Reflective functioning is a relatively new concept which broadly speaking, refers to the capacity to interpret human behaviours and interpersonal reactions in terms of underlying intentions and mental state motivations. This capacity is particularly important in the regulation of affects and the management of challenging interpersonal relations. In comparison to dialectical behavioural therapy (DBT) and supportive therapies, transference focused psychotherapy (TFP) has been shown to have unique advantages in terms of producing improvements in RF of borderline patients. In the present article, we propose a developmental perspective for understanding how TFP produces these changes in RF. Using this perspective, we identify a number of therapeutic mechanisms through which TFP facilitate the development of RF and specifically transference interpretations.

RESUMEN

La psicoterapia centrada en la transferencia (TFP) y el funcionamiento reflexivo

El funcionamiento reflexivo (FR) es un concepto relativamente nuevo y se refiere a la capacidad de un individuo de interpretar los comportamientos humanos y las reacciones interpersonales en términos de las intenciones subyacentes y los estados mentales. Es particularmente importante en el proceso de regulación de los afectos y la gestión de las relaciones interpersonales difíciles. Comparativamente a la terapia comportamental dialéctica (DBT) y las terapias de apoyo, la terapia centrada en la transferencia (TFP) tiene la única ventaja de producir los cambios a nivel del FR de los pacientes límite. En este artículo, adoptamos una perspectiva de desarrollo para explicar los cambios a nivel del FR inducido por la TFP. Proponemos un cierto número de mecanismos de acción terapéutica por medio de los cuales la TFP actuaría en los pacientes límite.

RESUMO

Psicoterapia focada na transferência (TFP) e o funcionamento reflexivo

O funcionamento reflexivo (FR) é um conceito relativamente novo e refere-se à capacidade de um indivíduo de interpretar os comportamentos humanos e as reações interpessoais em termos de intenções

subjacentes e estados mentais. Ele é particularmente importante no processo de regulação dos afetos e da gestão das relações interpessoais difíceis. Em comparação à terapia comportamental dialética (DBT) e as terapias de apoio, a terapia focada na transferência (TFP) tem a única vantagem de produzir mudanças ao nível do FR dos pacientes *borderline*. No presente artigo, adotamos uma perspectiva do desenvolvimento para explicar as mudanças ao nível do FR induzido pela TFP. Propomos um certo número de mecanismos de ação terapêutica pelos quais a TFP agiria nos pacientes *borderline*.