

Le développement empirique de la psychothérapie focalisée sur le transfert

John F. Clarkin Ph.D.

La psychothérapie focalisée sur le transfert :
Québec-New York (1) et Windigo I (2)
Volume 32, numéro 1, printemps 2007

URI : id.erudit.org/iderudit/016508ar

DOI : [10.7202/016508ar](https://doi.org/10.7202/016508ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

ISSN 0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

John F. Clarkin Ph.D. "Le développement empirique de la psychothérapie focalisée sur le transfert." *Santé mentale au Québec* 321 (2007): 35–56. DOI : [10.7202/016508ar](https://doi.org/10.7202/016508ar)

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2007

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org



Le développement empirique de la psychothérapie focalisée sur le transfert

John F. Clarkin*

L'auteur retrace les étapes d'élaboration de la psychothérapie focalisée sur le transfert : choix d'un modèle théorique, observation et analyse menée par des thérapeutes d'expérience, discussions en équipe des difficultés rencontrées relevant tant de la pathologie elle-même que de la thérapie appliquée, cueillette de données empiriques pour expliquer autant le trouble de la personnalité que ses racines neurologiques et physiologiques, etc. L'auteur passe aussi en revue les efforts pour en arriver à la rédaction d'un manuel sur la psychothérapie focalisée sur le transfert, un manuel répondant aux critères d'une méthode manualisée. Enfin, l'auteur résume les recherches faites pour mesurer l'efficacité psychothérapeutique de la méthode et les possibilités de généralisation.

Développer une approche psychothérapeutique à l'intention d'un groupe de patients qui partagent la même pathologie s'avère un processus complexe qui se réalise par étapes. Les éléments d'un tel processus ont été clairement définis par Kazdin (2004). Ce sont la compréhension de la pathologie, la description du traitement, la recherche évaluative, la compréhension des mécanismes de changement dans le traitement, l'investigation des variables médiatrices et les possibilités de généralisation du traitement. Les étapes d'élaboration du traitement sont utilisées ici dans le but de synthétiser les efforts faits par des chercheurs du Personality Disorders Institute¹, du New York Presbyterian Hospital et du Cornell Medical Center, pour investiguer empiriquement les patients avec une organisation limite de leur personnalité et leur traitement.

Modèle du trouble

Nous utilisons un modèle opérationnel de l'organisation limite de la personnalité, basé sur l'approche psychanalytique des relations d'objet, mais enrichi par les connaissances actuelles sur le tempérament. Ce modèle de relations d'objet, relié à la tradition psychanalytique

* Ph.D., co-directeur du Personality Disorder Institute, New York Presbyterian Hospital, Division Westchester, et professeur de psychologie clinique en psychiatrie au Joan and Sanford I. Weill Medical College and Graduate School of Medical Sciences de Cornell University, New York.

(Kernberg, 2004), établit des liens intéressants avec les théories actuelles sur la personnalité et les perspectives développementales et neurocognitives de régulation de l'affect (Clarkin et al., sous presse). Le modèle des relations d'objet partage d'ailleurs avec les autres modèles importants des troubles de la personnalité (Lenzenweger et Clarkin, 2005) l'intérêt primordial accordé au soi et au soi en interaction avec autrui.

Le modèle des relations d'objet

Le modèle des relations d'objet offre l'avantage de pouvoir comprendre à chaque instant (moment to moment) l'expérience vécue par les patients souffrant de troubles graves de personnalité lors du déroulement de leur thérapie.

Au cœur de cette théorie, il y a le concept des dyades relationnelles objectales, matériaux essentiels à la construction de la structure psychologique. Ces unités des relations d'objet sont composées de représentations de soi et d'autrui, liées par un affect. Chaque individu, sain ou perturbé, est motivé par des représentations intériorisées de soi et d'autrui et ces représentations sont imprégnées d'affects. Chez les individus souffrant de troubles graves de la personnalité, ces dyades de relations d'objet sont cognitivement et affectivement déformées. Les représentations cognitives de soi et d'autrui sont pauvres, imprécises, lacunaires et dépourvues d'une compréhension multidimensionnelle (multi-faced) de soi et des autres. Certains développent une conception plus articulée d'eux-mêmes, mais font preuve de peu de compréhension des autres, alors que d'autres ont une perception déficiente d'eux-mêmes et des autres. Ces représentations sont imprégnées et parfois envahies par des affects intenses et polarisés. Ces dyades de relations d'objet informent non seulement l'individu sur ce qui se passe dans les interactions courantes, mais l'influencent aussi dans ses perceptions d'une situation. Ainsi, ces représentations intériorisées ou ces modèles opérationnels façonnent la perception immédiate et peuvent potentiellement déformer les stimuli perçus, créant ainsi un système de distorsions des représentations de soi et des autres qui se perpétue par lui-même. Ces représentations courantes et actives de soi et des autres, imprégnées par un affect à prédominance négative, affectent aussi les systèmes de la mémoire, et les interactions négatives dominent dans la mémoire au lieu des expériences positives (Korfine et Hooley, 2000). Nous présentons plus loin dans ce texte comment la psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) constitue une tentative planifiée pour mettre fin à ce système de distorsions se perpétuant par lui-même chez les patients avec une organisation limite.

Notre recherche sur la pathologie limite s'est centrée sur le diagnostic et sa phénoménologie, le tempérament, le fonctionnement neuro-cognitif et la régulation de l'affect. Au niveau des critères diagnostiques du trouble de personnalité limite, nous avons procédé à des recherches d'ordre phénoménologique pour vérifier les liens et les associations entre les critères utilisés pour définir ce trouble de personnalité.

Phénoménologie et diagnostic

Nous avons examiné, dans un certain nombre d'études, les critères du DSM du Trouble de Personnalité Limite (TPL) afin de clarifier les relations entre les neuf critères de ce trouble. La liste de ces critères n'offre en effet aucune compréhension des liens qui les rassemblent. Dans une recherche antérieure, nous avons élaboré une échelle en six points pour chacun des critères diagnostiques. Cette échelle apportait plus d'information sur chacun des phénomènes que la simple méthode du oui ou du non, du présent ou de l'absent utilisée dans le DSM. Par exemple, le critère des comportements suicidaires spécifie la présence d'au moins deux gestes du genre pour que le critère soit retenu (oui ou présent). Notre échelle propose plutôt une gradation de 0 (jamais) à 6 (plusieurs gestes suicidaires sérieux). Cette mesure dimensionnelle a permis une analyse factorielle des critères auprès d'un large échantillon de patients limites (Clarkin et al., 1993). Nous avons ainsi identifié trois facteurs spécifiques au TPL : l'impulsivité, le comportement suicidaire et l'identité.

Nous avons utilisé les probabilités conditionnelles (conditional probabilities) dans la cooccurrence des critères individuels qui mènent au diagnostic du DSM du TPL. Dans un échantillon de patients externes, nous avons constaté que la combinaison de perturbation identitaire et de relations instables et intenses prédisait avec certitude le diagnostic de TPL (Clarkin et al., 1983). Cette combinaison rappelle des aspects essentiels du modèle de relations d'objet décrit ici. Puisqu'un patient peut être diagnostiqué TPL avec cinq des neuf critères du DSM, il y a donc plusieurs façons d'obtenir ce diagnostic. Nous avons démontré que différentes combinaisons des trois facteurs pouvaient mener à divers sous-groupes de personnalités limites (Hurt et Clarkin, 1990).

Ces approches statistiques de l'hétérogénéité de la pathologie limite ont permis d'initier divers travaux pour mieux analyser et comprendre d'une manière plus significative le TPL. Toutefois, les approches statistiques mentionnées ont été gênées par les limites inhérentes aux procédures statistiques et par l'interprétation des résultats de ces analyses. Les approches d'analyse factorielle, par exemple, organisent tout simplement les variables selon des facteurs (composites) plus

larges. Nous ne pouvons pas présumer que les dimensions ou facteurs obtenus dans l'analyse factorielle des caractéristiques du TPL représentent vraiment les processus sous-jacents responsables de la symptomatologie observée, étant donné que presque toutes les caractéristiques du TPL représentent des phénotypes complexes qui révèlent vraisemblablement des interactions entre les systèmes sous-jacents. Par exemple, la dimension « instabilité affective » qui se dégage de l'analyse factorielle des traits du TPL ne peut pas être perçue comme un processus cérébral fondamental, mais plutôt comme la résultante de plusieurs traits fortement corrélés avec le TPL. Il est plus plausible, par exemple, que l'instabilité affective soit une résultante de l'*interaction* diminuée de contraintes neuronales et combinées entre elles, et un système d'affects négatifs suite à une réduction des affects positifs.

Les approches analytiques de groupement sont limitées par l'absence de principe statistique sur le plan méthodologique pour décider du nombre optimal de groupements, et opter pour une solution donnée. Il existe aussi une inconsistance remarquable dans les différentes approches typologiques dans l'identification de groupements similaires (similar clusters) à l'intérieur des mêmes données (Lenzenweger et al., 2003).

En raison de ces difficultés, nous poursuivons actuellement une série d'analyses en utilisant des approches qui favorisent les modèles de classes latentes et les modèles de trajectoires (advanced finite mixture modeling²) (Lenzenweger et al., 2007), dans un effort pour examiner l'hétérogénéité du TPL de manière à être guidé par les considérations théoriques et cliniques détaillées de notre modèle de relations d'objets présenté ici (Lenzenweger et al., en préparation).

Investigations en laboratoire

Il est évident que l'on doit regarder au-delà des critères diagnostiques, un mélange de symptômes, de traits, de conduites, et de processus de personnalité impliqués dans la pathologie. Afin de mieux comprendre les processus cognitif et émotionnel, nous avons eu recours à des expériences en laboratoire. Comment les individus psychologiquement dotés d'une organisation limite gèrent-ils les stimuli cognitifs et affectifs, ces processus cognitifs et émotionnels étant au cœur des dysfonctions du patient limite et de manière d'être dans la situation psychothérapique.

La conception actuelle du tempérament guide nos efforts de recherche portant sur les patients limites. Le tempérament peut être perçu comme la réactivité et l'autorégulation émotionnelle et com-

portementale génétiquement fondées de l'individu (Posner et al., 2000). La capacité d'inhiber une réponse dominante et de produire à sa place une réponse sous-dominante se nomme un « effort de contrôle ». Cet « effort de contrôle » représente l'autorégulation volontaire du tempérament. Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle les patients limites ont un faible « effort de contrôle » et un fort affect négatif. Cette hypothèse fut confirmée par des mesures auto-administrées. De plus, nous avons utilisé une tâche de laboratoire appelée le Attention Network Task (ANT) afin d'évaluer l'efficacité des réseaux attentionnels de vigilance, d'orientation et de la résolution de conflits chez ces patients comparativement à des groupes contrôle de personnes normales, mais de tempérament impulsif (des individus sans TPL, mais qui ont des caractéristiques de tempérament avec un affect négatif élevé et un faible « effort de contrôle ») (Posner et al., 2002). Les patients limites se sont révélés différents des deux autres groupes pour la résolution de conflit, mais pas pour la vigilance et l'orientation. Sur le test *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), les patients limites se sont montrés déficients dans les tâches impliquant un processus d'exécution qui exige du contrôle et de la retenue (Lenzenweger et al., 2004).

Nous avons aussi eu recours à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle afin d'examiner la gestion de stimuli très chargés affectivement chez des patients limites (Silbersweig et al., soumis). En utilisant un paradigme émotionnel/linguistique « go/no go », nous avons trouvé chez les patients limites, une diminution de l'activation ventromédiale préfrontale dans des situations qui requièrent une inhibition comportementale face à l'affect négatif. Ces résultats suggèrent possiblement des sous-strates neuronales reliées à une dysfonction de la régulation émotionnelle chez les patients limites.

Organisation de l'attachement

Au cœur de la théorie des relations d'objet, il y a une structure interne qui organise l'expérience subjective et le comportement. Cette structure interne est composée de représentations de soi et d'autrui liées par l'affect. L'articulation de Bowlby (1969 ; 1973) des modèles opérationnels internes de l'attachement a beaucoup de similarité avec la théorie des relations d'objet. Cette approche est à l'origine d'une véritable explosion des recherches sur le sujet. Des instruments de mesures des styles d'attachement, spécialement le questionnaire *Adult Attachment Interview* (AAI) (Main et al., 1985), ont permis d'explorer les relations des patients limites aux autres, incluant le thérapeute.

Les aspects clés de la pathologie limite tels les relations interpersonnelles instables et intenses, le sentiment de vide intérieur, les crises affectives, les peurs d'abandon et l'intolérance à la solitude, sont énoncés comme des faiblesses reliées aux difficultés de l'attachement (Blatt et Levy, 2003 ; Fonagy et al., 2000 ; Gunderson, 1996 ; Levy et Blatt, 1999). Les études empiriques démontrent que les patients limites sont vraisemblablement inquiets ou évitant à l'égard d'une position d'attachement, position souvent non résolue à cause d'un traumatisme (Patrick et al., 1994 ; Stalker et Davies, 1995 ; Fonagy et al., 1996). Dans notre propre travail auprès de patients minutieusement diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de la personnalité limite (Levy et al., 2006), nous avons trouvé que 48 % d'entre eux étaient préoccupés par leurs liens d'attachement, que 47 % les évitaient, et que seulement 5 % bénéficiaient de liens d'attachement stables. En examinant les taux des modèles d'attachement de types «non-résolution du conflit» et «impossibles à classer» (IC), nous avons trouvé que 33 % étaient du type «non-résolution du conflit» alors que 18 % se classaient dans le type «impossibles à classer». Les patients préoccupés étaient plus susceptibles d'être des personnes du type «non-résolution», alors que les patients évitant avaient plus de chances de se retrouver dans le groupe des «impossibles à classer». Dans un autre échantillon de dix patients, 60 % relevaient du type «non-résolution» et 10 %, du type «impossible à classer» (Diamond et al., 2003).

La question tout de suite soulevée par ces résultats est de savoir comment ces styles d'attachement influencent les modèles d'intimité et d'amitié des patients dans leur vie adulte, et comment ces styles influencent la relation entre le patient et le thérapeute d'orientation TFP. A-t-on besoin de différentes approches TFP pour les patients préoccupés comparativement aux patients évitant ? Est-ce que la thérapie peut changer le style d'attachement du patient pour un style d'attachement plus stable ?

Nous nous sommes intéressés non seulement au style d'attachement du patient limite, tel que mesuré par le AAI, mais aussi au style d'attachement qui se produit entre le patient et le thérapeute au cours de la thérapie TFP. Afin de mesurer l'attachement entre le patient et le thérapeute, nous avons modifié, avec la collaboration de Mary Main, le AAI, afin d'évaluer les représentations que se fait le patient du thérapeute, et les représentations que se fait le thérapeute du patient, telles que vécues en TFP. Jusqu'à présent, même si nous avons effectué des études sur ces modèles d'attachement avec seulement un petit nombre de sujets, les premiers résultats paraissent révélateurs sur le plan

clinique. Par exemple, nous avons trouvé des preuves à l'effet que les styles d'attachement du patient peuvent influencer le thérapeute TFP, même dans le déroulement du traitement manualisé TFP (Diamond et al., 2003 ; Diamond et al., 2003).

Méthodes d'évaluation

Les méthodes d'évaluation et les instruments qui mesurent adéquatement l'organisation limite pour des fins de recherche et de travail clinique sont reliées à notre compréhension, ou à notre modèle d'organisation de la personnalité limite. L'entrevue structurale est une méthode d'évaluation développée par Kernberg pour le diagnostic différentiel de l'organisation de la personnalité, avec une compréhension des problèmes du patient et de son statut mental. Cette entrevue clinique a été décrite (Kernberg, 1981 ; 2006), et est illustrée sur un disque compact (Symphora, 2005). Cette entrevue structurale a été modifiée pour en faire une version semi-structurée plus facile à utiliser en recherche (STIPO ; Clarkin et al., 2006).

En se fondant sur les symptômes et les difficultés courantes, sur le statut mental et sur les représentations de soi et d'autrui, l'entrevue structurale fournit des informations qui permettent au clinicien d'établir un diagnostic de l'organisation de la personnalité : normale, névrotique ou limite. Des décisions de traitement différentiel peuvent être prises sur la base des conclusions diagnostiques.

Il y a actuellement de nombreuses discussions sur les approches catégorielles et dimensionnelles et sur la manière la plus adéquate pour décrire ces patients, potentiellement en vue de la prochaine version du DSM. Il est généralement admis que l'approche dimensionnelle est meilleure parce qu'elle utilise des traits obtenus par analyses statistiques de questionnaires auto-administrés. Nous avons constaté que les instruments de mesure des traits et que les autodescriptions des traits faites par les patients dans une recherche, ont une valeur clinique limitée. Comme l'indique Westen (1997), les cliniciens ne se centrent pas dans leur évaluation sur les critères du trouble de la personnalité limite, mais sur la manière dont les patients se relie à eux et aux autres. Nous ne nous centrons pas directement sur les traits de personnalité dans nos traitements, mais davantage sur les dispositions à agir de certaines manières comme celles activées dans l'interaction ici et maintenant de la situation psychothérapique. Encore une fois, comme Westen l'a illustré (2006), en tant que cliniciens nous sommes intéressés par le fonctionnement du patient sous les aspects suivants : l'intégrité du processus de pensées, la régulation des affects, la complexité des représentations

de soi et des autres, la capacité de réflexion de soi, les subtilités des interactions avec les amis, les collègues de travail, les partenaires intimes. L'entrevue structurale fournit un cadre de travail pour une telle analyse.

Le STIPO est une entrevue semi-structurée basée sur l'entrevue structurale telle que menée en clinique. Alors que l'entrevue structurale exige une perspicacité clinique pour saisir les thèmes majeurs dans le discours du patient, le STIPO guide facilement le praticien dans des domaines-clés de l'évaluation ; soit 1) l'identité (l'implication au travail et dans les loisirs, sens de soi, et représentations d'autrui), 2) les relations d'objet (relations interpersonnelles, et relations intimes), 3) les défenses primitives, 4) l'adaptation/rigidité, 5) l'agressivité (dirigée vers soi et autrui), 6) les valeurs morales, 7) l'épreuve de réalité et les distorsions perceptuelles. Les échelles de cotation permettent au praticien d'étaler les réponses du patient afin de faire des résultats différenciés, et de prendre des décisions cliniques.

Description du traitement

Lors d'une tentative d'élaboration d'un traitement, il faut décrire ce dernier d'une façon suffisamment détaillée pour que les observateurs puissent être en mesure d'en identifier les éléments le constituant, et que ceux qui désirent le répliquer dans des études puissent le faire. Ce processus a été objectivé par la rédaction d'un manuel qui décrit le traitement en détail, souvent en termes d'éléments essentiels et uniques : les éléments essentiels et partagés avec d'autres traitements, et les aspects communs partagés avec la plupart des traitements.

Décrire un traitement à court terme d'environ 10 à 15 séances et un traitement de plus longue durée est très différent. Il en est de même lorsqu'il s'agit de décrire les deux traitements suivants : un traitement comportemental pour un symptôme spécifique, dans lequel le thérapeute est dirigé par des stratégies spécifiques d'une séance à l'autre, et un traitement qui en principe s'intéresse au patient pour lui faire élaborer ce qui se passe dans sa tête, et de construire à partir de ces informations. Ainsi, la description d'un traitement psychodynamique à long terme pour un groupe hétérogène de patients, avec le diagnostic polythétique de trouble limite, nous a mis devant un défi beaucoup plus grand que la rédaction d'un manuel sur un traitement cognitivo-comportemental de courte durée.

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour élaborer et décrire la TFP. Premièrement, nous avons enregistré sur bandes vidéos et observé le traitement de patients limites effectué par des cliniciens seniors, incluant

Otto Kernberg. Cette étape s'est prolongée sur quelques années. Par exemple, le traitement d'un patient a été observé pendant 12 ans. Graduellement, de l'observation de ces traitements dispensés par des cliniciens seniors, nous avons extrait et peaufiné des principes d'intervention. Nous avons commencé par les principes sur comment initier un traitement avec un contrat mutuellement consenti par le patient et le thérapeute qui décrit les responsabilités respectives de chacun. Ceci a été suivi par la description des stratégies, tactiques et techniques du traitement, au fur et à mesure qu'elles étaient appliquées au début, au milieu et à la fin des phases du traitement.

La seconde étape s'est attelée à la description écrite des principes de cette thérapie en s'appuyant sur les narratifs tirés de notre expérience auprès des patients. Ainsi, le manuel de traitement constitue une explication des principes de la méthode, accompagné de narratifs démontrant l'application de ces principes dans la situation individuelle. Le manuel de traitement qui en résulte n'indique pas d'instructions étape par étape au thérapeute, mais un ensemble de principes tels qu'appliqués par un clinicien expérimenté et doté d'un bon jugement aux cas individuels qui se présentent. Notre premier manuel était un guide général de TFP (Kernberg et al., 1989). Le premier livre qui rencontra les critères d'un manuel de traitement (Clarkin, 1998) consistait en une articulation des principes du traitement avec des vignettes cliniques tirées de notre propre expérience auprès de patients limites (Clarkin et al., 1999). Le dernier manuel (Clarkin et al., 2006) reflète notre expérience grandissante auprès de patients limites dans les vicissitudes du traitement à travers ses différentes phases, du début à la fin. De plus, nous avons rédigé un livre spécialisé qui porte sur le processus de contrat du traitement (Yeomans et al., 1992), et un abécédaire portant sur la TFP dans un format questions/réponses (Yeomans et al., 2002).

La troisième étape d'élaboration de la TFP comprenait l'utilisation d'enregistrement vidéo de cliniciens seniors appliquant le traitement, et la révision du manuel à des fins d'enseignement de la TFP à des collègues juniors. Une enquête menée auprès de nos supervisés pour évaluer l'efficacité des activités d'apprentissage révèle que la supervision de groupe s'avère la méthode didactique la plus appréciée, suivie par le visionnement des vidéos des cliniciens seniors et, finalement, par l'étude du manuel.

La TFP est une approche hautement structurée et grandement modifiée de l'approche psychodynamique appliquée à la psychopathologie limite. La thérapie se centre sur la vie courante du patient, sur sa manière d'entrer en relation dans le ici et maintenant avec le thérapeute,

et sur ses façons de composer avec les circonstances actuelles de sa vie, particulièrement au travail et avec les collègues, les amis, la famille. Le contrat conclu verbalement avant le début proprement dit du traitement structure l'ensemble de celui-ci, en détaillant les obligations et les devoirs à la fois du thérapeute et du patient, pour que la démarche psychothérapique soit la plus féconde possible. Par exemple, si le patient a déjà agi des conduites suicidaires ou autodestructrices, il est convenu que le thérapeute et le patient ont l'obligation d'en parler ensemble si de tels comportements réapparaissent durant la thérapie. Le cadre du contrat psychothérapique crée, potentiellement, un espace sécuritaire au sein duquel le thérapeute et le patient examinent les façons dont ce dernier expérimente, sur les plans cognitif et affectif, la relation relativement intime qui s'installe entre les deux protagonistes au cours des deux séances hebdomadaires. Possiblement, pour la première fois dans la vie du patient, celui-ci se comporte à sa manière typique mais le thérapeute essaie de rester neutre et de ne pas réagir au style d'interaction émotionnelle et réactionnelle du patient. C'est dans ce contexte que le patient peut examiner ses perceptions de soi et des autres, et prendre conscience des distorsions induites.

Les résultats de recherche

Notre approche empirique pour investiguer les résultats cliniques de la TFP a impliqué trois études d'une complexité et d'une sophistication croissantes. Grâce à une subvention du National Institute of Mental Health pour le développement de thérapies, nous avons traité, en clinique externe, pendant un an, un groupe minutieusement diagnostiqué comme ayant un trouble de personnalité limite (Clarkin et al., 2001). Les patients étaient comparés à eux-mêmes : leur état clinique pendant l'année précédant le traitement a été comparé à leur état clinique pendant et à la fin de l'année de psychothérapie. Il s'agissait de patients perturbés recrutés à l'hôpital et dans les cliniques externes.

Les patientes, des femmes, souffraient d'un trouble de la personnalité limite et avaient agi deux conduites suicidaires ou plus, ou des conduites d'automutilation au cours des cinq dernières années. Vingt-trois patientes, répondant aux critères de l'échantillon, ont accepté les conditions de l'étude et entrepris une psychothérapie. Deux patientes ont été exclues à la suite de violations de protocole; deux ont interrompu leur traitement après quatre mois, et deux autres après huit mois. Le groupe ayant complété le traitement (N = 17) avait un âge moyen de 32.7 ans. Les psychothérapeutes avaient plusieurs années d'expérience, et tous avaient démontré des compétences en TFP avant le

début de l'étude. Les thérapeutes ont enregistré toutes les séances sur bandes vidéos et ont participé à une supervision hebdomadaire.

Dans l'année précédant la psychothérapie, neuf des 17 patientes avaient fait une tentative de suicide. Durant l'année de psychothérapie, seulement trois des 17 ont fait une telle tentative. Ce qui constitue, statistiquement, un changement significatif. Dans les analyses statistiques dites « *completer analysis* » (analyses faites avec seulement les participantes qui ont complété toutes les étapes de la recherche), le modèle multivariée (multivariate) général s'est révélé significatif pour les conduites d'automutilation, alors que l'analyse en intention de traiter (*intent-to-treat*) (analyses faites avec toutes les patientes qui ont débuté l'expérimentation même si elles n'ont pas complété toutes les épreuves) approcha du seuil statistiquement significatif pour la même variable. On a constaté une diminution significative du risque de problèmes médicaux et des conditions physiques qui en résultent. Ainsi, au cours du traitement, les conduites d'automutilation ont diminué en fréquence et celles qui se sont produites se sont avérées moins dangereuses.

Il y a eu un changement majeur dans l'utilisation des services médicaux, sociaux et autres, au cours de l'année de psychothérapie TFP. Les deux analyses statistiques précédentes se sont révélées significatives, démontrant une réduction du nombre d'hospitalisations et une tendance à la diminution du nombre de jours d'hospitalisation. Durant l'année précédant la psychothérapie, soixante-quatre pour cent (64.7 %) des patientes avaient été hospitalisées, comparativement à 29.4 % au cours de l'année de TFP.

Par la suite, une autre étude a comparé les patients limites pris en charges en TFP aux patients limites suivis selon le modèle habituel de la clinique externe du New York Presbyterian Hospital, Westchester Division, (Levy et al., 2006), c'est-à-dire un traitement dans lequel étaient utilisées une combinaison de médicaments en même temps qu'une psychothérapie considérée appropriée. Cette clinique possède une grande expérience dans le traitement de ces patients difficiles. Comparativement aux patients traités selon le modèle habituel (*treatment-as-usual* TAU), les patients en TFP ont enregistré une diminution marquée du nombre de visites à l'urgence, du nombre d'hospitalisations et de jours hospitalisés, de même qu'une amélioration de leur fonctionnement global.

Enfin, récemment, nous avons effectué un essai clinique randomisé³ qui comparait trois psychothérapies structurées et manualisées sur une période d'un an (Clarkin et al., 2004; Clarkin et al., sous presse). Les traitements ont été dispensés dans la communauté par des psycho-

thérapeutes œuvrant en bureau privé. Tous les thérapeutes possédaient une bonne expérience auprès de patients limites, et utilisaient la méthode psychothérapique généralement appliquée dans leur propre travail clinique avant l'initiation de l'étude. Cette procédure fournit à la recherche une certaine validité écologique à la dispensation des traitements, et donc, à la compréhension des résultats.

Quatre-vingt-dix patients (90) ont été ainsi randomisés (répartition aléatoire des sujets) dans l'un des traitements suivants dispensés, en clinique externe, durant un an : la thérapie dialectique comportementale (DBT), la psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et la psychothérapie psychodynamique de soutien (SPT). Nous avons mesuré les résultats dans six domaines à différents moments durant l'année de traitement : les tendances suicidaires (suicidality), l'agression, l'impulsivité, l'anxiété, la dépression, et l'adaptation sociale. Nous avons utilisé des courbes de trajectoires individuelles (growth curve) pour analyser les changements observés dans le temps. Les trois types de psychothérapie ont produit des changements positifs significatifs dans le domaine de la dépression, de l'anxiété, du fonctionnement global et de l'adaptation sociale. Les approches TFP et DBT étaient significativement associées à une diminution des tendances suicidaires (suicidality). La TFP et la SPT ont produit une amélioration au niveau du contrôle des crises de colère. Seule la TFP prédisait une amélioration dans le Facteur Barratt 2 de l'impulsivité, de l'irritabilité et de l'agression verbale. Finalement, seulement la SPT prédisait une amélioration dans le Facteur Barratt 3 de l'impulsivité.

Dans une deuxième étape d'analyse, nous avons conduit des analyses de contraste pour tester les hypothèses, à savoir qu'il y aurait des changements dans certains domaines propres à chacun des modèles de psychothérapie manualisée. Une seule analyse de contraste s'est révélée significative, soit l'hypothèse que les deux traitements focalisés sur les tendances suicidaires, la TFP et la DBT, seraient significativement meilleurs que la SPT.

Les résultats suggèrent que les trois traitements structurés et manualisés (monitored), dispensés dans la communauté à un groupe hétérogène de patients limites, sont généralement équivalents en ce qui a trait à un changement positif global. Néanmoins, la TFP et la DBT sont significativement associées à une amélioration au niveau des tendances suicidaires, alors que la TFP et la SPT sont associées à une amélioration du niveau de contrôle des crises de colère. Comparativement aux deux autres traitements, la TFP prédit des changements dans un plus grand nombre de domaines.

Cette étude comporte un certain nombre de caractéristiques spécifiques. Premièrement, il s'agit de la première étude qui compare trois modèles psychothérapeutiques par opposition à la comparaison habituelle d'un traitement expérimental à un traitement standard. Nous avons choisi de comparer deux traitements psychodynamiques (TFP et SPT) avec le standard courant dans le domaine, la thérapie cognitivo-comportementale. Les deux traitements psychodynamiques se ressemblent sauf pour ce qui est de l'utilisation des interprétations transférentielles en TFP, fournissant un certain appui à une investigation future des effets spécifiques des interprétations dans l'ici et maintenant. Deuxièmement, l'étude comportait des aspects à la fois d'efficacité et d'efficience. Comme dans toute étude portant sur l'efficacité, nous avons utilisé des juges aveugles, des traitements manualisés, une répartition aléatoire des patients dans un traitement et des mesures standardisées et fiables des résultats. De plus, comme dans une étude sur l'efficience, nous avons inclus un groupe hétérogène de patients limites (par exemple, hommes et femmes, suicidaires et non suicidaires), une médication sur une base individuelle, et la thérapie dispensée dans les bureaux privés de thérapeute.

Mécanismes de changement

Nous avons été les premiers à soutenir que les approches psychothérapeutiques des troubles de personnalité et, plus spécifiquement des troubles de la personnalité limite, ne progresseront qu'avec des études sur les mécanismes de changements en psychothérapie (Clarkin et Levy, 2006 ; Levy et al, 2006). La recherche portant sur les résultats informe sur le fait que la thérapie en question mène ou non aux résultats cliniques spécifiques attendus. Toutefois, même si une thérapie spécifique, contrairement à un traitement non spécifique ou encore habituel, est significativement associée à des résultats cliniques spécifiques, ceci ne nous informe en rien sur la façon dont les résultats ont été atteints, sur les mécanismes impliqués dans ces transformations. La recherche sur les mécanismes de changement veut savoir comment la thérapie fonctionne. Elle requiert des précisions au sujet des dysfonctions particulières qui doivent être abordées afin qu'un résultat clinique ultime se produise.

Très peu d'attention a été jusqu'à présent accordée à l'investigation empirique des mécanismes de changement dans les psychothérapies des patients limites. Les chercheurs chevronnés dans le domaine se demandent maintenant comment les thérapies opèrent par le biais de leurs focalisations spécifiques et les mécanismes particuliers pour atteindre leurs effets (voir le dernier numéro spécial du *Journal of Personality Disorders*).

Tel que décrit plus haut, la TFP est une thérapie structurée offrant l'occasion au patient d'examiner, dans l'«ici et maintenant» d'une relation ses représentations de soi et d'autrui. Ces représentations de soi et des autres apparaissent dans l'interaction thérapeutique et sont souvent influencées par des affects intenses que le temps, l'analyse répétée et en profondeur sont nécessaires à leur compréhension. Ceci suggère que les mécanismes actifs en TFP impliquent une amplification graduelle et une reformulation de ces représentations de soi et des autres élaborées par la personne. Afin de mesurer ces représentations, nous avons eu recours à l'évaluation de la fonction réflexive sur la base des transcriptions du questionnaire Adult Attachment Interview (AAI).

Il est intéressant de comparer la TFP avec d'autres approches psychothérapeutiques spécifiques aux patients limites sur la question des mécanismes de changement et des résultats cliniques attendus et atteints. Il est essentiel que le traitement de ces patients soit structuré. Les psychothérapies de patients limites qui ont un appui empirique, comme la DBT, le MBT (Mentalisation Behavior Therapy) et la TFP, sont structurées de plusieurs manières. Les deux approches TFP et DBT utilisent des contrats pour structurer le traitement. En TFP, nous décrivons les responsabilités et les conduites attendues du patient et du thérapeute, pour que le traitement soit une réussite. Au-delà de la structure, la MBT et la TFP mettent l'accent sur l'analyse des représentations de soi et des autres du patient et sur l'effort pour articuler et élargir ces représentations. À l'inverse, la DBT se concentre sur les habiletés requises par l'individu pour régulariser son affect.

Généralisation

C'est une chose d'offrir un traitement dans un cadre de recherche, fait par des thérapeutes soigneusement sélectionnés dans un endroit géographique particulier, là où la thérapie a été développée. C'en est une autre de démontrer que le traitement en question peut se faire 1) par d'autres psychothérapeutes formés à l'approche, 2) dans des lieux géographiques différents, et 3) dans des pratiques cliniques régulières. En un mot, il s'agit de la question de généralisation de la méthode : le traitement peut-il être généralisé au-delà des conditions presque idéales de la recherche aux situations quotidiennes du «monde ordinaire» ?

Nos cliniciens ont donné des séminaires sur la TFP aux États-Unis, au Canada, en Amérique du Sud et en Europe. Ces séminaires d'introduction enseignent les fondements théoriques de l'approche psychothérapeutique à l'aide d'illustrations cliniques enregistrées sur bandes vidéos. Après avoir suivi des séminaires théoriques, des cliniciens

désireux de se spécialiser dans cette approche poursuivent une supervision en TFP auprès de cliniciens seniors grâce à des visites périodiques et à des supervisions réalisées en vidéoconférences via les réseaux téléphoniques ou Internet. Ainsi, des centres de cliniciens experts en TFP sont apparus au Canada (Québec), en Allemagne (Munich), en Hollande, et en Suisse (Lausanne). Sous la direction de Peter Buchheim et Stephan Doring, une recherche clinique avec des échantillons randomisés compare la TFP et le traitement habituel (treatment as usual, TAU). Cette recherche est présentement en cours avec des psychothérapeutes formés à la TFP à Munich (Allemagne) et à Vienne (Autriche).

Ces efforts pour familiariser les cliniciens d'autres cultures et d'autres langues ont fourni une opportunité de voir comment la TFP était reçue par d'autres psychothérapeutes, tout en donnant une vue prospective des aspects plus ou moins essentiels de la TFP. À titre d'exemple, la focalisation sur l'« ici et maintenant » entre le patient et le thérapeute avec l'utilisation du processus par étapes de clarification, de confrontation, et d'interprétation dans l'« ici et maintenant » apparaissent vraiment essentielles, alors que le style du thérapeute dans la conduite d'un tel travail varie selon l'âge, la culture et la personnalité. Certains thérapeutes expérimentés sont formels dans leur approche auprès du patient, alors que d'autres emploient un ton plus détendu (Yeomans, communication personnelle). Ces styles cognitifs et émotionnels idiosyncrasiques des divers thérapeutes peuvent se révéler importants pour le pairing avec des patients particuliers, mais ne semblent pas définir un élément technique essentiel de la TFP.

Nous pensons que le champ de la psychothérapie pour les troubles sévères de la personnalité doit accorder plus d'attention à la question de la formation des thérapeutes dans le traitement de ces patients. À mesure qu'augmente la gravité de la maladie du patient, les habiletés requises de la part du thérapeute doivent être plus articulées. Ces habiletés, génériques aux soins de ces patients ou spécifiques à une orientation thérapeutique, par exemple, la DBT, la MBT, la TFP, ne sont pas facilement développées. Par exemple, une étude danoise compare la TFP et la Thérapie centrée sur les schémas (TCS). Les auteurs de cette étude prétendent que les résultats indiquent une supériorité de la thérapie centrée sur les schémas sur la TFP. Bien que la conceptualisation de l'étude soit minutieuse, sa réalisation comporte des faiblesses importantes, principalement dans la façon dont les thérapies sont menées. En effet, la formation des thérapeutes à la TFP était minimale et seulement 50 % des thérapeutes ont dispensé la TFP d'une manière

conforme et compétente (Yeomans, sous presse). Il est fort probable qu'un traitement structuré (DBT, MBT, TFP, TCS) bien appliqué est supérieur à tout autre traitement qui est mal dispensé. La conformité et la compétence des thérapeutes dans les psychothérapies de patients sévèrement perturbés pour une période d'un an est une question importante qui requiert plus d'attention.

Conclusion

La prestigieuse revue Cochrane (Binks et al., 2006) a conclu récemment qu'il n'y a pas de traitement définitif pour les patients limites, et que nous sommes toujours dans une phase de développement des thérapeutiques. Cela apparaît très juste, puisque, dans l'ensemble, seulement un petit nombre de patients ont été traités dans des recherches cliniques randomisées. De plus, il existe maintenant un corpus grandissant de données empiriques sur la pathologie limite qui indique qu'un nombre important de sous-groupes de patients limites peut nécessiter des traitements différents avec des buts distincts. Enfin, la recherche en psychothérapie sera un succès seulement lorsqu'elle mettra l'emphase sur les mécanismes de changement en relation avec les changements cliniques. Il n'existe que très peu d'études à ce niveau en ce moment.

Au Personality Disorders Institute, nous sommes identifiés à un traitement psychodynamique modifié pour les patients limites. Il s'agit là de seulement un aspect de la réalité. Grâce au soutien généreux de la Fondation Borderline Personality Disorder Research Foundation, nous avons réuni un groupe interdisciplinaire pour investiguer les troubles limites et leur traitement. Seules les recherches conjointes qui impliquent des perspectives cliniques, développementales et neuro-cognitives, peuvent élargir nos connaissances de ces troubles, et améliorer notre efficacité thérapeutique. Nos efforts ont inclus des études en laboratoire des processus cognitifs et affectifs, des études phénoménologiques, des études sur les résultats des traitements, et des rapports sur des cas cliniques tirés de notre corpus de données.

NOTES

1. Directeur : Otto F. Kernberg ; codirecteur : John F. Clarkin.
2. Consulter le site suivant pour une définition : http://www.ciqss.umontreal.ca/Docs/Formation/EcoleEte/2007/11juin2007_Forest_girard.pdf
3. Répartition aléatoire des sujets.

RÉFÉRENCES

- BINKS, C. A., FENTON, M., MCCARTHY, L., LEE, T., ADAMS, C.E., DUGGAN, C., 2006, Psychological therapies for people with borderline personality disorder, *Cochrane Database Syst Rev*, 25, CD005652.
- BLATT, S. J., LEVY, K. N., 2003, Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology, *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 102-150.
- BOWLBY, J., 1969, *Attachment and Loss : Vol. 1 : Attachment*, New York, Basic Books.
- BOWLBY, J., 1973, *Attachment and Loss : Vol. 2, Separation, Anxiety and Anger*, New York, Basic Books.
- CALIGOR, E., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., sous presse, *Handbook of Dynamic Psychotherapy Treating Higher Level Personality Pathology*, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., 2004, The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods and Patient Characteristics, *Journal of Personality Disorders*, 18, 1, 52-72.
- CLARKIN, J. F., 1998, Intervention research : Development and manualization, in Bellack, A.S., Hersen, M., eds., *Comprehensive Clinical Psychology*, vol. 3, Oxford, Pergamon, 189-200.
- CLARKIN, J. F., 2006, Conceptualization and treatment of personality disorders, *Psychotherapy Research*, 16, 1-11.
- CLARKIN, J. F., CALIGOR, E., STERN, B., KERNBERG, O. F., 2006, *Structured Interview for Personality Organization (STIPO)*, New York, Personality Disorders Institute, unpublished manuscript.
- CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., LEVY, K. N., HULL, J. W., DELANEY, J. C., KERNBERG, O. F., 2001, The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change, *Journal of Personality Disorders*, 15, 6, 487-495.
- Clarkin, J.F., Hull, J.W., Hurt, S.W., 1993, Factor structure of borderline personality disorder criteria, *Journal of Personality Disorders*, 7, 2, 137-143.
- CLARKIN, J. F., LENZENWEGER, M. F., YEOMANS, F., LEVY, K. N., KERNBERG, O. F., sous presse, An object relations model of borderline pathology, *Journal of Personality Disorders*.

- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., 2006, Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Focusing on the mechanisms of change, Special issue *Journal of Clinical Psychology*, 62, 405-516.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., 2004, The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics, *Journal of Personality Disorders*, 18, 1, 52-72.
- CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., sous presse, Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study, *American Journal of Psychiatry*.
- CLARKIN, J. F., WIDIGER, T., FRANCES, A., HURT, S. W., GILMORE, M., 1983, Prototypic typology and the borderline personality disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F., KERNBERG, O. F., 1999, *Psychotherapy for Borderline Personality*, New York, Wiley.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F., KERNBERG, O. F., 2006, *Psychotherapy of Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, Washington, D.C., American Psychiatric Publishing Inc.
- DIAMOND, D., STOVALL-McCLOUGH, C., CLARKIN, J. F., LEVY, K. N., 2003, Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 3, 224-257.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J. F., STOVALL-McCLOUGH, K. C., LEVY, K. N., FOELSCH, P., LEVINE, H., YEOMANS, F., 2003, Patient-therapist attachment: Impact on therapeutic process and outcome, in Cortina, M., Marrone, M., eds., *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*, London, Whurr Press, 179-203.
- GUNDERSON, J. G., 1996, The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments, and therapist availability, *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- HURT, S. W., CLARKIN, J. F., 1990, Borderline personality disorder: Prototypic typology and the development of treatment manuals, *Psychiatric Annals*, 20, 1, 1-6.
- KAZDIN, A. E., 2004, Psychotherapy for children and adolescents, in Lambert, M. J., ed., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley, 5th edition, 543-589.
- KERNBERG, O. F., 1981, Structural interviewing, in Stone, M. H., ed., *The Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 4, Philadelphia, Saunders.

- KERNBERG, O. F., 2004, *Contemporary Controversies in Psychoanalytic Theory, Techniques, and Their Applications*, New Haven, Yale University Press.
- KERNBERG, O. F., 2006, Identity: Recent findings and clinical implications, *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 969-1004.
- KERNBERG, O. F., SELZER, M. A., KOENIGSBERG, H. W., CARR, A. C., APPELBAUM, A. H., 1989, *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, New York, Basic Books.
- KORFINE, L., HOOLEY, J. M., 2000, Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 214-221.
- LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., 2005, *Major Theories of Personality Disorder*, 2nd edition, New York, Guilford.
- LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F., LEVY, K., *Refining the borderline personality disorder phenotype: Resolving heterogeneity with finite mixture modeling* (manuscript in preparation).
- LENZENWEGER, M. F., JENSEN, S., RUBIN, D. B., 2003, Finding the “genuine” schizotype: A model and method for resolving heterogeneity in performance on laboratory measures in experimental psychopathology research, *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 457-468.
- LENZENWEGER, M. F., MCLACHLAN, G., RUBIN, D. B., sous presse, Resolving the latent structure of schizophrenia endophenotypes using EM-based finite mixture modeling, *Journal of Abnormal Psychology*.
- LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., FERTUCK, E. A., KERNBERG, O. F., 2004, Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder, A preliminary study, *Journal of Personality Disorders*, 18, 421-438.
- LEVY, K. N., BLATT, S. J., 1999, Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns, *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 541-575.
- LEVY, K. N., CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., KERNBERG, O. F., 2006, Transference focused psychotherapy for patients diagnosed with borderline personality disorder: A comparison with a treatment-as-usual cohort, manuscript submitted for publication.
- LEVY, K. N., CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., SCOTT, L., WASSERMAN, R., KERNBERG, O. F., 2006, The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481-501.

- LEVY, K. N., MEEHAN, K. B., KELLY, K. M., REYNOSO, J., WEBER, M., 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*, 74, 1027-1040.
- LEVY, K. N., MEEHAN, K. B., REYNOSO, J. S., LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., 2005, The relation of reflective function to neurocognitive functioning in patients with borderline personality disorder, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 1305-1309.
- MAIN, M., KAPLAN, N., CASSIDY, J., 1985, Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- PATRICK, M., HOBSON, P. CASTLE, D., HOWARD, R., MAUGHAN, B., 1994, Personality disorder and the mental representation of early social experience, *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.
- POSNER, M. I., ROTHBART, M. K., 2000, Developing mechanisms of self-regulation, *Development and Psychopathology*, 12, 427-441.
- POSNER, M. I., ROTHBART M. K., VIZUETA, N., LEVY, K., THOMAS, K. M., CLARKIN, J., 2002, Attentional mechanisms of borderline personality disorder, *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 99, 16366-16370.
- SILBERSWEING, D., CLARKIN, J., GOLDSTEIN, M., KERNBERG, O., TUESCHER, K., LEVY, K., BRENDDEL, G., PAN, H., BEUTEL, M., EPSTEIN, J., LENZENWEGER, M., THOMAS, K., POSNER, M., STERN, E., under review, Failure of fronto-limbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder.
- STALKER, C. A., DAVIES, F., 1995, Attachment organization and adaptation in sexually-abused women, *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 234-240.
- WESTEN, D., 1997, Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II, *American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903.
- WESTEN, D., 2006, Commentary on Trull : Drizzling on the 5 +- factor parade, in Widiger, T., Simonsen, E., Sirovatka, P., Regier, D., eds., *Dimensional models of personality disorders : Refining the research agenda for DSM-V*, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 189-204.
- YEOMANS, F. E., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., 2002, *A Primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Northvale, N.J., Jason Aronson.

YEOMANS, F., sous presse, Letter to the editor, *Archives*.

Yeomans, F., Selzer, M., Clarkin, J. F., 1992, *The Treatment Contract: Framing Dynamic Therapy with Borderline Patients*, New York, Basic Books.

WIDIGER, T., HURT, S., FRANCES, A., CLARKIN, J. F., GILMORE, M., 1984, Diagnostic efficiency and DSM-III, *Archives of General Psychiatry*, 41, 1005-1012.

ABSTRACT

The empirical development of Transference-Focused Psychotherapy

The author describes the stages of elaboration of Transference Focused Psychotherapy (TFP): choice of theoretical model, observation and analyses of several sessions of psychotherapy led by experienced therapists, team discussions on problems encountered that rise both from the pathology itself and from the therapeutic approach applied, a quest of empirical data to explain as much the personality disorder as its neurological and psychological roots, etc. The author reviews the efforts made to arrive at the description in writing of a manual on TFP, a manual that meets the criteria of a treatment method. Finally, the author summarizes studies conducted to measure the psychotherapeutic efficacy of the method and the possibilities of generalizability.

RESUMEN

El desarrollo empírico de la psicoterapia focalizada en la transferencia

El autor reconstituye las etapas de elaboración de la psicoterapia focalizada en la transferencia: elección de un modelo teórico, observación y análisis de numerosas sesiones de psicoterapia llevadas a cabo por terapeutas experimentados; discusiones en equipo sobre las dificultades encontradas que provienen tanto de la patología misma como de la terapia aplicada; búsqueda de datos empíricos para explicar tanto el trastorno de la personalidad, así como sus raíces neurológicas, psicológicas, etc. El autor también revisa los esfuerzos para llegar a la redacción de un manual sobre la psicoterapia focalizada en la transferencia, un manual que responde a los criterios de un método manualizado. Finalmente, el autor resume las investigaciones realizadas para medir la eficacia psicoterapéutica del método y las posibilidades de generalización.

RESUMO**Desenvolvimento empírico da psicoterapia focada na transferência**

O autor relata as etapas de elaboração da psicoterapia focada na transferência: escolha de um modelo teórico, observação e análise de várias sessões de psicoterapia dirigidas por terapeutas experientes, discussões em equipe sobre as dificuldades encontradas tanto sobre a patologia quanto a terapêutica aplicada, busca de dados empíricos para explicar tanto o transtorno da personalidade quanto as raízes neurológicas e fisiológicas, etc. O autor passa em revista também os esforços para chegar à redação de um manual sobre a psicoterapia focada na transferência, um manual que responda aos critérios de um método “manualizado”. Finalmente, o autor resume as pesquisas feitas para medir a eficácia psicoterapêutica do método e as possibilidades de generalização.