

La Thérapie Focalisée sur le Transfert*

TFP

Lina Normandin, Ph.D.
Université Laval

www.borderlinedisorders.com

21 mars 2013



PERSONALITY DISORDERS INSTITUTE

Weill Medical College of Cornell University

Otto F. Kernberg, M.D., Director

John F. Clarkin, Ph.D., Co-Director

Eve Caligor, MD

Monica Carsky, PhD

Jill Delaney, MSW

Diana Diamond, PhD

Eric Fertuck, PhD

Kay Haran, PhD

Kevin Meehan, PhD

Mark Lenzenweger, PhD

Kenneth Levy, PhD

Mallay Occhiogrosso MD

Barry Stern, PhD

Michael Stone, MD

Frank E. Yeomans, MD

TFP Manual

- Clarkin JF, Yeomans FE, & Kernberg OF (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yeomans FE, Clarkin JF, & Kernberg OF (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Yeomans FE, Selzer MA, & Clarkin JF. (1992). *Treating the Borderline Patient: A Contract-based Approach*. New York: Basic Books

References (continued)

- **Yeomans FE, Delaney JC, Renaud A.** La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé Mentale au Québec* 2007; 32(1), 17-34.
- **Diamond D, Yeomans FE.** Le rôle de la TFP dans le traitement des troubles narcissiques. *Santé Mentale au Québec* 2008 ; 33(1) : 115-139.
- **Kernberg PF, Weiner AS, & Bardenstein KK (2000).** *Personality Disorder in Children and Adolescents*. New York: Basic Books

References (continued)

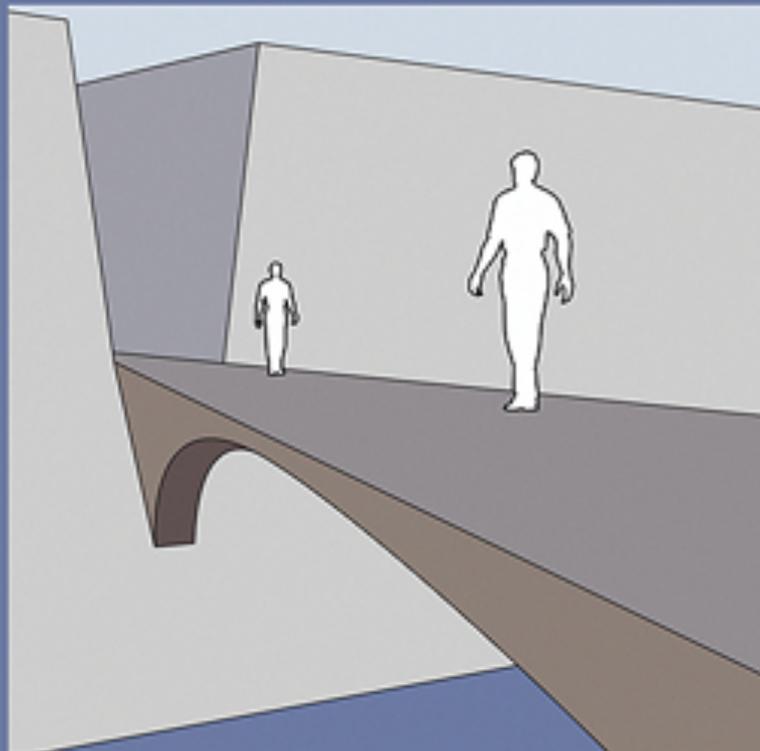
Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.

Levy, K. N.; Meehan, K. B.; Kelly, K.M.; Reynoso, J. S.; Clarkin, J. F.; Lenzenweger, M. F.; & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74:1027-1040.

Main research articles

- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Levy, K. N.; Meehan, K. B.; Kelly, K.M.; Reynoso, J. S., et al (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J of Consulting and Clinical Psychology* 74:1027-1040.
- Doering, S. et al (2010). TFP vs. treatment by community therapists for BPD: RCT. *British Journal of Psychiatry* , 196(5)

PSYCHOTHERAPY for BORDERLINE PERSONALITY Focusing on Object Relations



John F. Clarkin, Ph.D.
Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D.
Otto F. Kernberg, M.D.

Transference Focused Psychotherapy (TFP)

- Psychothérapie psychodynamique
- Développée pour les troubles sévères de la personnalité
- Traitement bénéficiant de données probantes

Différences avec la psychothérapie « traditionnelle » - I

- L'importance du cadre
- Le niveau d'activité du thérapeute
- La priorisation de la communication non-verbale et par le contre-transfert
(reconnaissance des limites de l'association libre avec ces patients)

Différences avec la psychothérapie « traditionnelle » - II

- L'attention que le thérapeute porte aux activités du patient en dehors de la thérapie **en combinaison** avec l'analyse du transfert dans le moment présent
- La conceptualisation de l'agressivité
- Un modèle d'interprétation qui insiste sur l'expérience vécue dans les séances et qui comportent des étapes spécifiques.

Organisation de la personnalité

- La relation entre les types de personnalité familiaux, prototypiques et le diagnostic structural.

Le degré de l'atteinte va de la plus faible, en haut, à la plus grave, en bas de la page. Les flèches indiquent le degré de gravité.

Kernberg & Caligor (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders*. In: Major Theories of Personality Disorders, 2nd Ed. Eds: Clarkin & Lenzenweger. NY, Guilford, 115-156.

← INTROVERTED

EXTRAVERTED →

Neurotic
Personality
Organization

Mild
Severity

Obsessive-
Compulsive

Depressive-
Masochistic

Hysterical

High
Borderline
Personality
Organization

Avoidant

Dependent

Histrionic

Sado-
Masochistic

Narcissistic

Low
Borderline
Personality
Organization

Paranoid

Hypomanic

Schizoid

Borderline
Personality
Disorder

Hypochondriacal

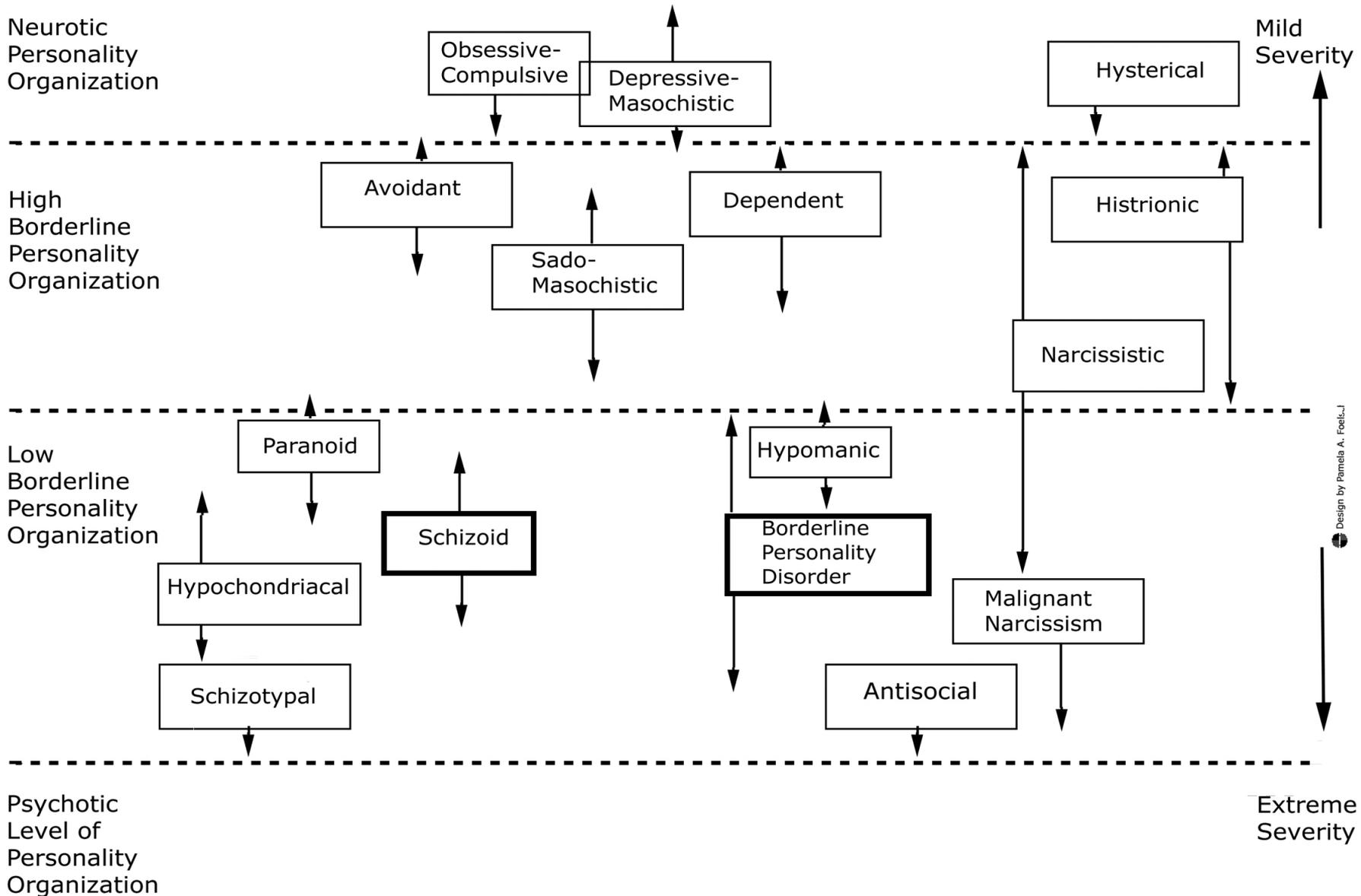
Malignant
Narcissism

Schizotypal

Antisocial

Psychotic
Level of
Personality
Organization

Extreme
Severity



BPO: conséquences et implications cliniques

- Faiblesse non-spécifique du moi: manque de contrôle des impulsions et faible tolérance des angoisses
- Relations interpersonnelles instables et perturbées
- Manque d'engagement dans le travail et dans la vie intime
- Pathologie sexuelle (inhibition totale ou vie sexuelle chaotique)
- Pathologie du fonctionnement moral

Organisation Limite de la Personnalité

Concepts de base:

- Diffusion d'identité vs. vue intégrée du self et des autres (sens intérieur de continuité)
 - pas de concept de soi intégré
 - pas de concept intégré des autres significatifs
- Défenses primitives
- Épreuve de la réalité variable

Diffusion d'identité

- Définition: une structure du psychisme marquée par la fragmentation plutôt que l'intégration des représentations de soi-même et des autres qui sont internalisées au cours du développement de l'individu
- Manifestations: manque de croyances, valeurs ou objectifs consistants; manque d'un sens de direction dans la vie; manque de clarté dans les choix d'objet

Exemples de défenses contre le conflit psychologiques

- Défenses primitives – celles-ci distordent l'interaction immédiate
 - clivage
 - Idéalisation/dévalorisation
 - Identification projective
 - Contrôle omnipotent
 - Déné primitif
- Défenses non-primitives
 - Refoulement
 - Rationalisation
 - Formation réactionnelle
- Défenses saines
 - Anticipation, humor, suppression, sublimation

Épreuve de la réalité

- Définition:
 - La capacité de distinguer le soi du non-soi
 - La capacité de distinguer les sources intrapsychiques des stimuli et perceptions des sources extérieures
 - La capacité de maintenir l' empathie avec des critères conventionnels de la réalité

Les traitements

- Psychopharmacologie
 - SSRI, neuroleptiques, stabilisateurs de l' humeur
- Thérapies cognitivo-comportementales
 - Thérapie Comportementale Dialectique Dialectic Behavioral Therapy (DBT, Linehan)
 - Schema-focused Therapy (Young)
 - Autres
- Psychothérapies psychodynamiques
 - Les psychothérapies de soutien et mixtes
 - Thérapie Basée sur la Mentalisation Mentalization Based Therapy (MBT, Bateman and Fonagy)
 - Psychothérapie Focalisée sur le Transfert Transference-Focused Psychotherapy (TFP)

Pourquoi un traitement TFP?

- Les recherches actuelles suggèrent qu' il est plus facile de changer des symptômes que de mesurer ou de démontrer des changements dans la personnalité même
- par ailleurs, lorsqu'il y a un changement dans la structure de la personnalité, l'individu est plus heureux dans sa vie amoureuse et professionnelle :

La théorie derrière le traitement

Le concept de la **structure psychologique interne clivée** comme base de la diffusion d'identité et du tableau clinique de la pathologie limite.

La relation d'objet en dyade



UN MODELE DE LA REPRESENTATION SYMBOLIQUE DANS LE MONDE INTERNE DU PATIENT LIMITE (1)

Développement *normal* :

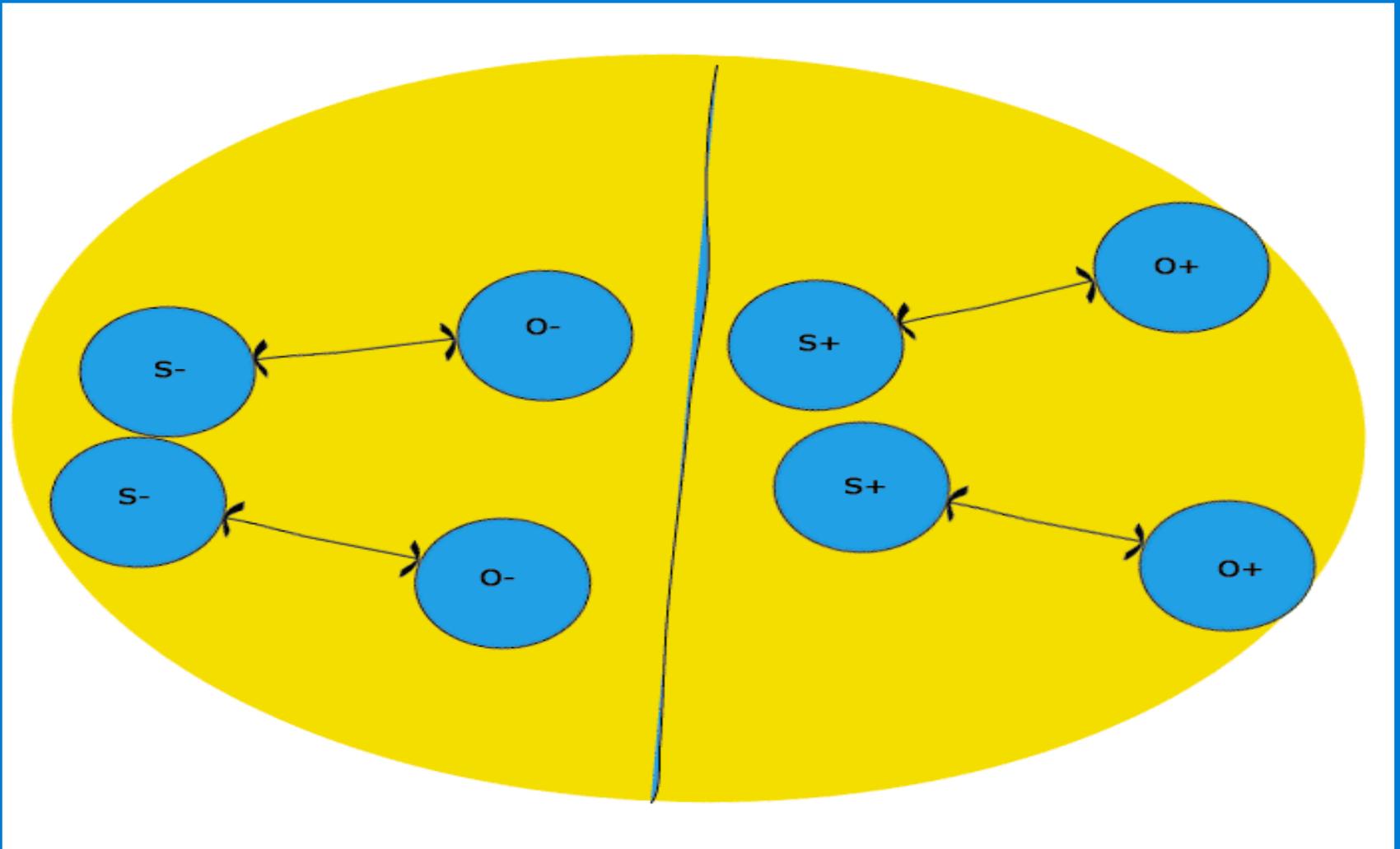
1. Dans des états affectifs aigus, l'enfant internalise une mémoire de soi-même en relation spécifique à l'autre.
2. Ces expériences se condensent en un ensemble d'affects positifs et un ensemble d'affects négatifs. A ce stade, le soi et les autres sont perçus de façon extrême, absolue.
3. Dans le développement normal, les segments mentaux positifs et négatifs extrêmes deviennent intégrés en des représentations de soi, des autres et des affects plus complexes et nuancés. L'ambivalence, l'acceptation, la flexibilité et la notion de "suffisamment bon" guident les perceptions de soi-même et des autres. Cette vision développementale d'intégration est corroborée indirectement par des résultats empiriques.

UN MODELE DE LA REPRESENTATION SYMBOLIQUE DANS LE MONDE INTERNE DU PATIENT LIMITE (2)

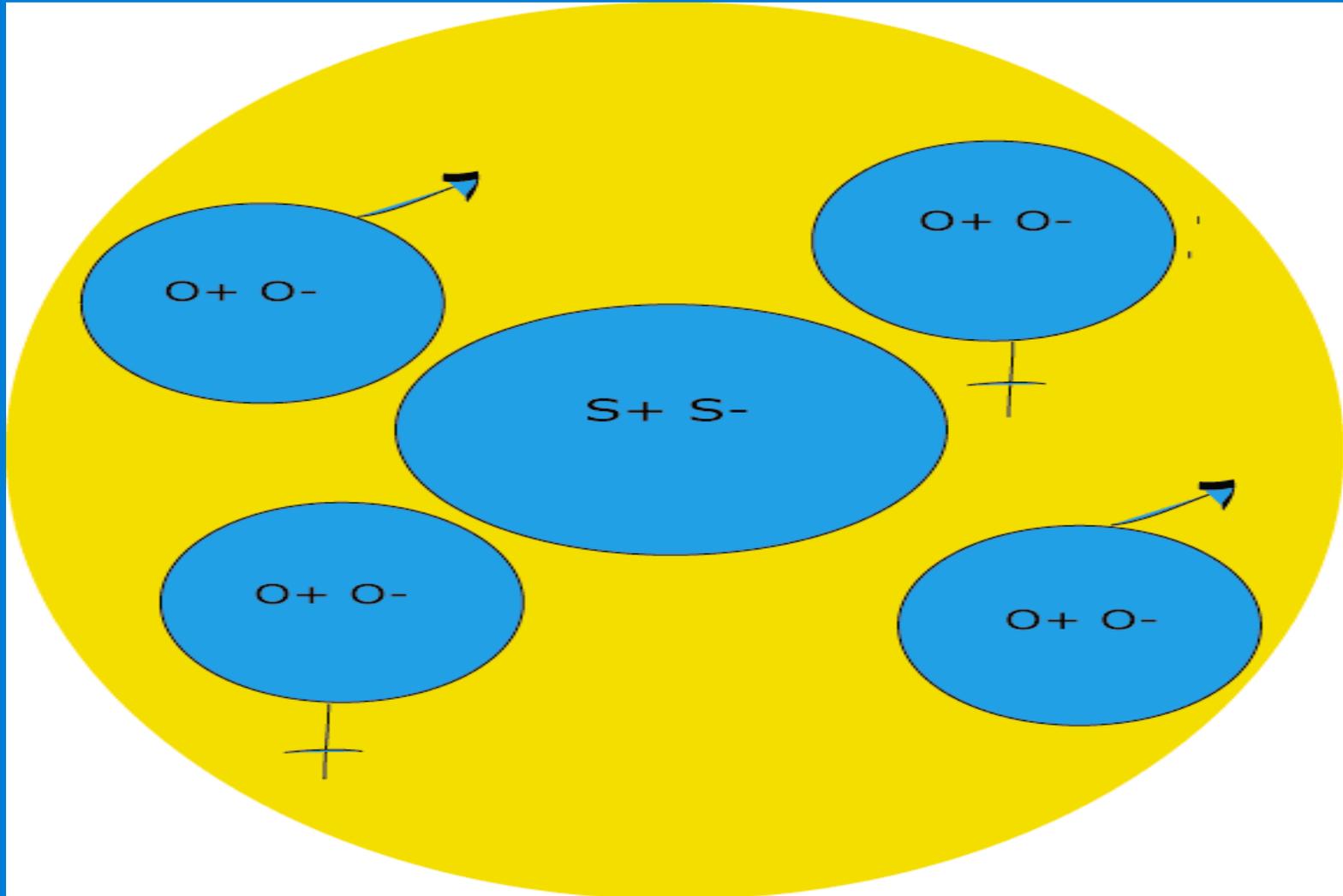
La *pathologie* limite se développe lorsque:

4. Sous le stress du maltraitement ou d' une charge constitutionnelle agressive, les expériences négatives dépassent les expériences positives ;
5. Les expériences négatives restent isolées et clivées des expériences positives, **empêchant l' intégration et menant à la fixation de ce clivage qui à l' origine était normal**. Ceci perpétue une perception de soi-même et des autres en termes extrêmes et absolus.

Organisation clivée



Organisation normale



L' évolution du traitement

Du clivage à l' intégration (en acceptant la fluctuation des structures psychologiques: l' organisation clivée et l' organisation intégrée ne sont pas tout-à-fait fixées – surtout dans l' évolution du traitement d' un patient limite) ;

De la **projection** des motivations négatives à la capacité **d' assumer la responsabilité** de ses pensées, sentiments et actions, et de les **intégrer**.

(dans la terminologie psychanalytique kleinienne: d' avancer de la position schizo-paranoïde à la position dépressive)

De quelle façon ce changement est-il facilité par la focalisation sur le transfert?

Le transfert

- Activation des relations d'objet internes dans la relation avec le thérapeute (bien sûr, le transfert n'est pas limité à la thérapie);
- Ces relations internalisées avec des autres significatifs ne sont pas des représentations directes des relations du passé, mais elles sont modifiées par des fantasmes et des défenses;
- Chez les patients limites, les relations d'objet intérieures sont, d'habitude, particulièrement marquées par des relations persécutoires et idéalisées fantasmées;
- Le travail avec des relations d'objet activées dans l'immédiat crée une thérapie “proche du vécu”

Le travail avec le transfert

- L'activation des relations d'objet intérieures mène à l'activation d'affects et de conflits
- Technique de base:
 - faire sortir ces relations internes,
 - aider le patient à:
 - tolérer la prise de conscience de ces relations internes,
 - les intégrer en un ensemble cohérent, et
 - généraliser l'expérience dans la thérapie aux autres relations

Le monde intérieur du patient: un exemple

S = représentation de soi-même

O = représentation de l'objet

a = l'affect

S1 = personnage faible et abusé

O1 = " sévère/autoritaire/abusif

a1 = la peur

S2 = personnage infantile/dépendant

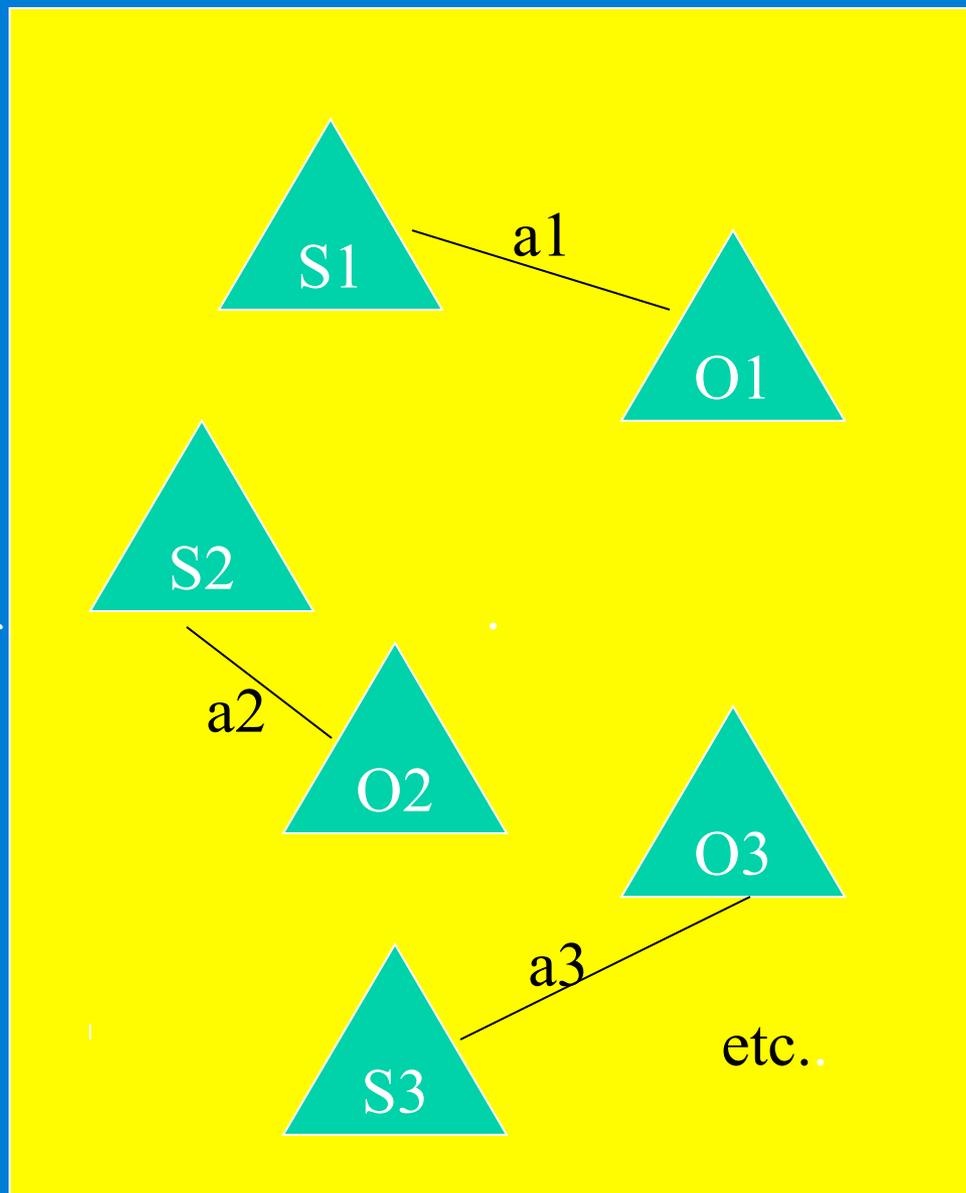
O2 = " idéal/nourrissant

a2 = l'amour

S3 = personnage puissant/contrôlant

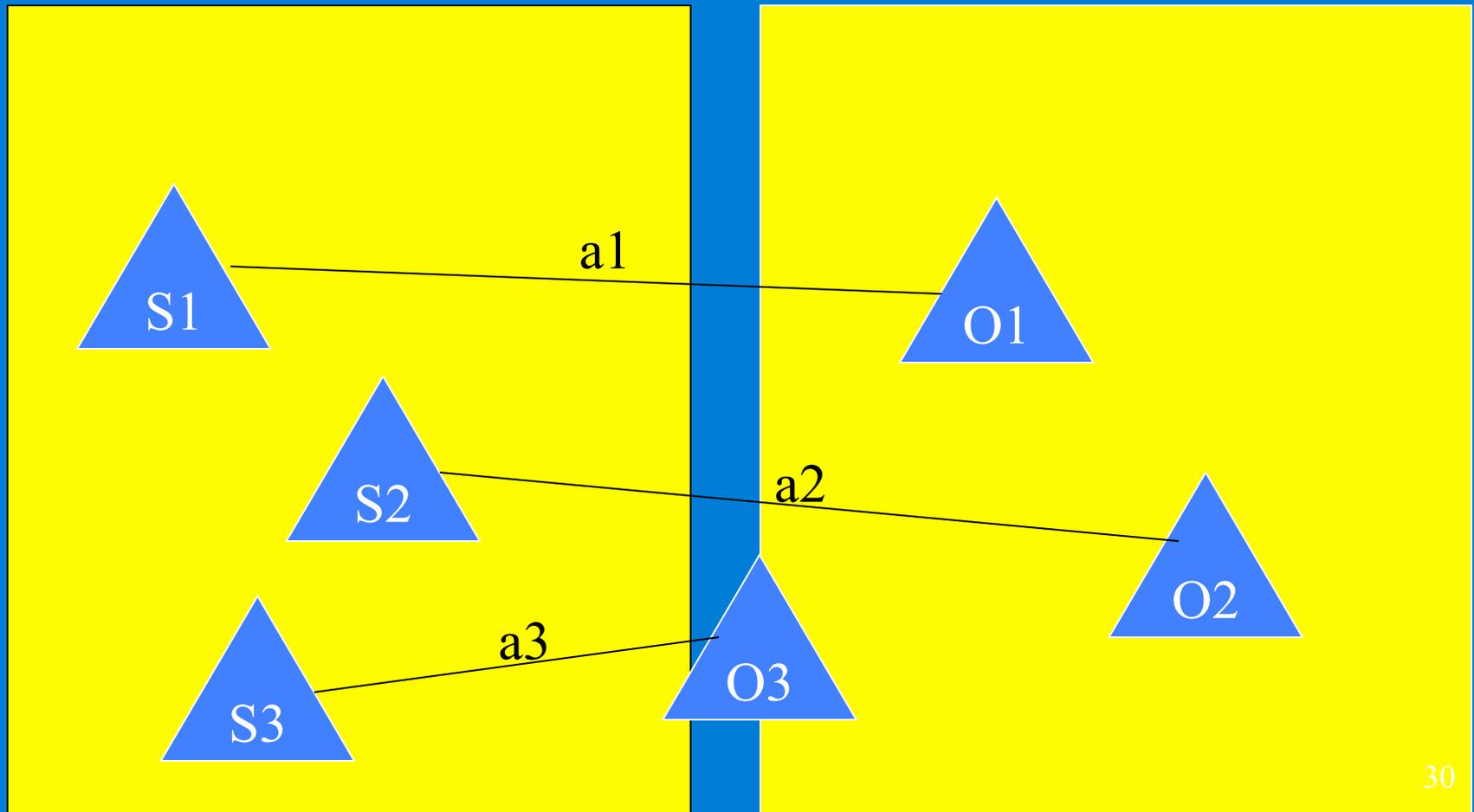
O3 = " faible/esclave

a3 = la rage



Le monde intérieur du patient

- Le vécu de soi-même
- ...et du thérapeute



Nota bene

- La projection et la réintégration de la représentation de l'objet se passent en va-et-vient au cours de la phase du milieu de la thérapie

INTERACTIONS ENTRE RELATIONS D'OBJETS : L'OSCILLATION

Représentation de soi

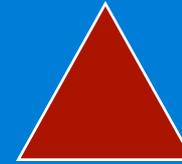
Représentation de l'autre



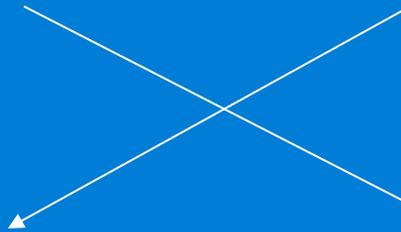
Victime



angoisse, suspicion, haine



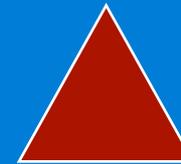
Persécuteur



Persécuteur



angoisse, suspicion, haine

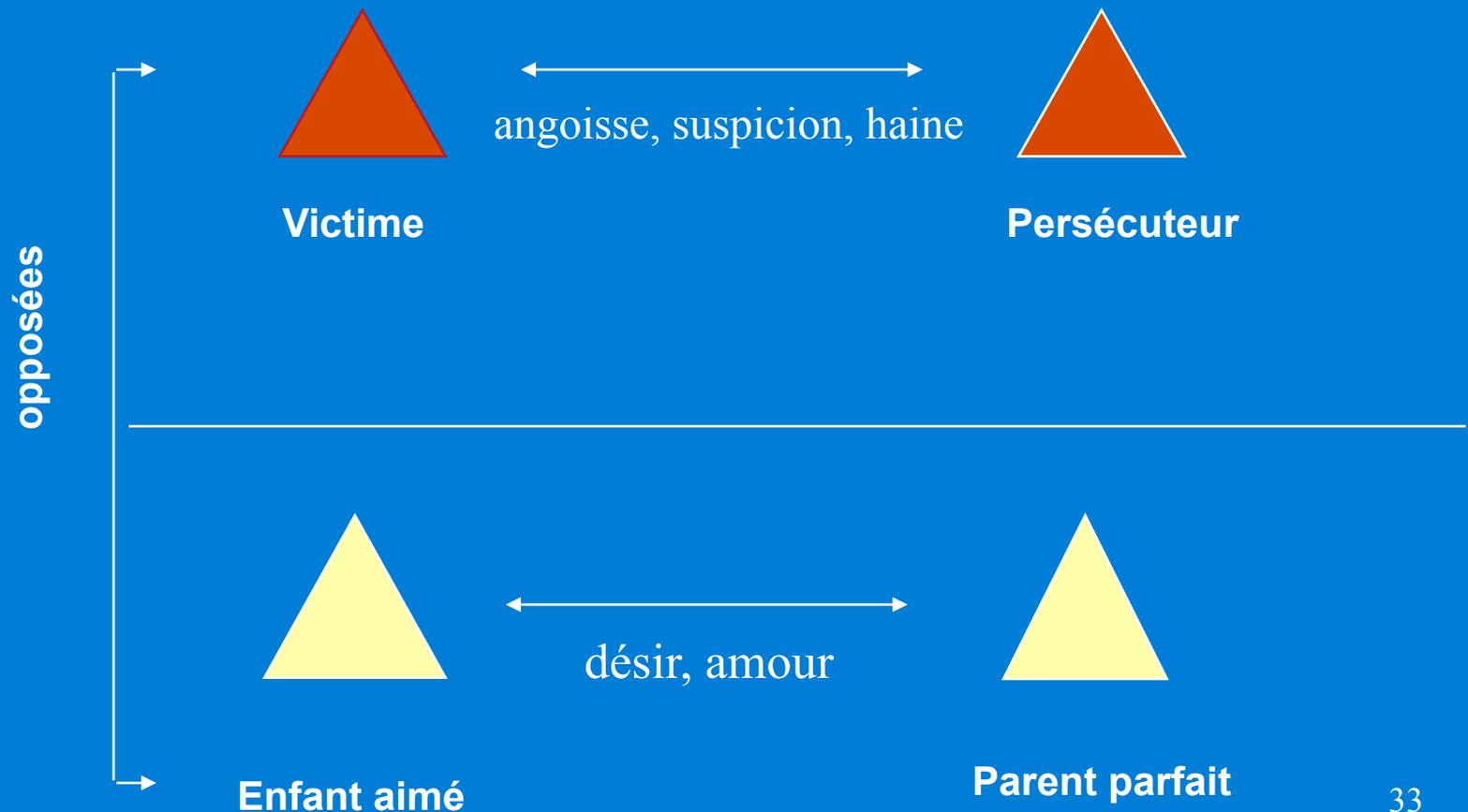


Victime

(l'oscillation a lieu d'habitude dans le comportement et pas dans le vécu conscient)

INTERACTIONS ENTRE RELATIONS D'OBJETS :

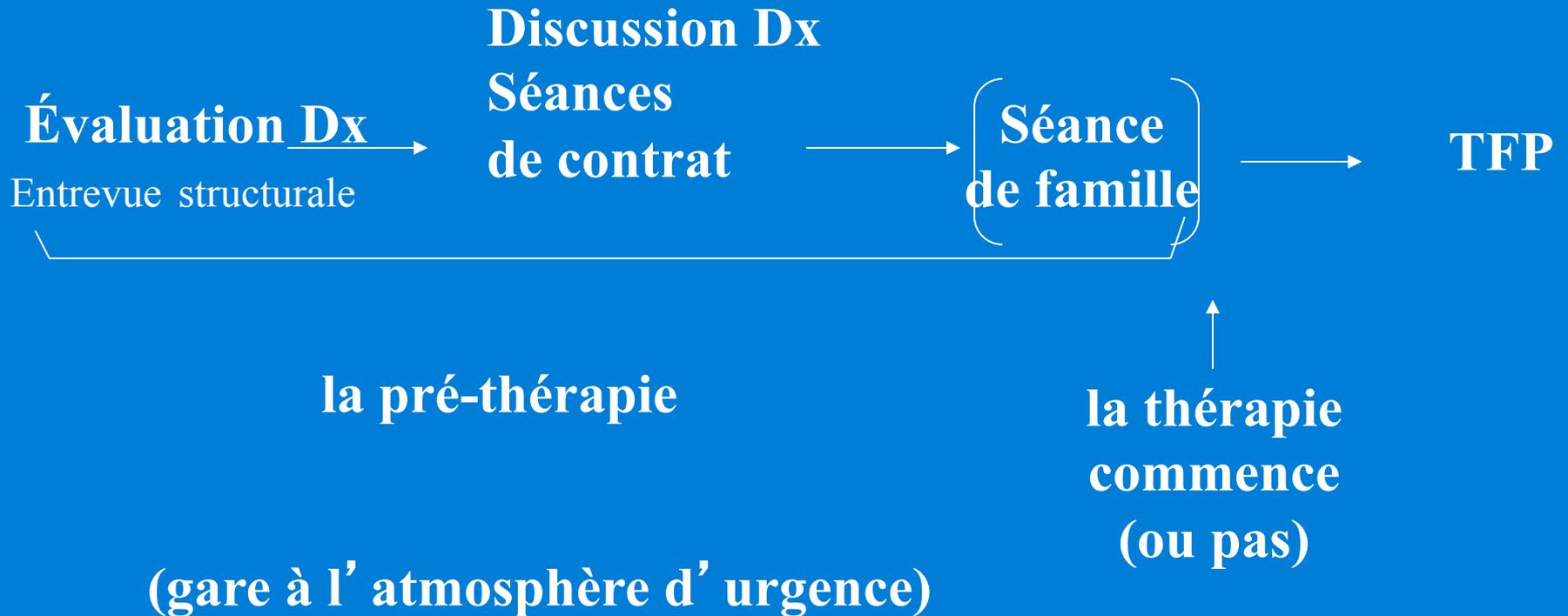
Une dyade défend contre son opposé
(l'autre côté du clivage)



Les TROIS CANAUX de COMMUNICATION

- Verbal
- Non-verbal
- Contre-transfert

Le début du traitement



Objectif: évoluer des passages à l'acte au transfert

Evaluation Structurale

Evaluation clinique = Evaluation Structurale

Evaluer:

- L'identité
- Les relations d'objet
- Les défenses, le *coping*, et la rigidité
- Éthique et système de valeurs
- Le contact avec la réalité

L'évaluation structurale:

- Implications pour le pronostic
- Guide la planification du traitement

Entrevue Structurale

Kernberg, Severe Personality Disorders (1984)

Définition:

Une méthode standardisée d'évaluation systématique de l'organisation (la structure) de la personnalité qui, en même temps, encourage l'utilisation de l'insight et de l'intuition en se servant de l'interaction avec le patient pour guider l'évaluation.

Entrevue structurale

- Les trois questions:
 - Pourquoi êtes-vous ici?
 - Quelle est l'étendue de vos difficultés et comment les comprenez-vous ?
 - Quelles sont vos attentes face à un traitement?
- La description, aussi détaillée que possible, de soi et d'un autre.

Quelques caractéristiques de l'entrevue structurale

- Porter attention aux trois canaux de communication
- La neutralité du thérapeute
- La possibilité d'une augmentation de la tension et de l'anxiété chez le patient
- L'empathie

A propos du clivage

- Le “tout bon” n’est pas bon.
- L’agressivité n’est pas mauvaise en soi.
- La possibilité et l’utilité du transfert négatif.

L'entrevue structurale comme microcosme de la TFP

- Progression de
 - La clarification, à
 - La confrontation, à
 - Des interprétations d'essai

STIPO : *Structured Interview of Personality Organization*

Mesure la structure et les dimensions de la personnalité

- **Structure :**
 - Normal
 - Névrotique
 - Limite
 - Psychotique
- **Dimensions:**
 - Consolidation de l'identité,
 - Qualité des relations d'objets
 - Usage de défenses primitives ou évoluées
 - Nature du contact avec la réalité et symptômes dissociatifs
 - Qualité de l'agression
 - Intégration du Surmoi

Identité

Identité intégrée

- Expériences de Soi et de l'Autre intégrées, subtiles et avec profondeur
- Objets entiers
- Stables

Identité fragmentée

- Expériences de Soi et de l'Autre polarisées, contradictoires et superficielles
- Objets partiels
- Hautement instables

Mesures de l'identité avec STIPO

Questions

- **Implication dans le travail, les études et les activités de loisirs**
 - Quel sorte de travail (rémunéré ou bénévole) avez-vous fait au cours des 5 dernières années ?
 - Quel est votre degré de stabilité au travail ? Au cours du dernier mois, combien de jours avez-vous manqués?
 - Avez-vous des loisirs qui nécessitent un investissement régulier?
- **Degré d'intégration et de stabilité du sens de Soi**
 - Parlez-moi de vous en tant que personne. Comment vous décririez-vous?
 - Quelles sont vos ambitions et buts dans la vie? Est-ce qu'ils changent souvent ou demeurent stables?
 - Dans vos relations intimes, avez-vous peur de perdre votre sens de vous-même?
 - Comment décririez-vous votre état lorsque vous êtes seul?
- **Nature de la régulation de l'estime de soi**
 - Comment vous situez-vous en comparaison avec les autres? Inférieur, similaire ou supérieur aux autres?
 - Est-ce que votre estime de vous-même est affectée par la perception des autres?
 - Est-ce que votre estime de vous-même tend à alterner entre des sentiments d'être une personne spéciale et merveilleuse et une personne inférieure et sans valeur?

Défenses primitives / évoluées

- **Clivage**
 - Est-ce que vous vous comportez de façon qui apparaît aux autres comme imprévisible et désordonnée?
 - Avez-vous tendance à voir les choses en noir et blanc (ou « tout ou rien »)?
- **Idéalisation/dévalorisation**
 - Avez-vous déjà senti que quelqu'un ou quelque chose, qui vous apparaissait merveilleux, devient soudainement inintéressant et sans valeur?
- **Déni primitif**
 - Avez-vous tendance à éviter de sentir les choses qui vous dérangent de sorte qu'elles semblent ne plus exister? Est-ce que cela vous cause des problèmes tels que oublier des échéanciers, ne pas faire de suivi médicaux?
 - Est-ce que les gens mentionnent que vous avez tendance à blâmer les autres?
- **Externalisation**
- **Anticipation/Humour**
 - Si quelque chose vous dérange et que vous n'y pouvez rien pour l'instant, êtes-vous capable de mettre ça de côté?
 - Êtes-vous capable de rire de situation triste? Êtes-vous capable de rire de vous?

Épreuve de la réalité

- Dépersonnalisation
 - Est-ce qu'il vous arrive de ne pas vous sentir vous-même?
- Perceptions de sensations corporelles
 - Est-ce qu'il vous arrive d'entendre ou de voir des choses que personne n'entend ou voit?
- Compréhension de l'impact de Soi sur l'Autre
 - Est-ce que votre façon d'entrer en relation avec les autres peut parfois être perçue bizarre?
 - Est-ce que vous vous considérez différent du monde ordinaire?

Qualité des relations d'objet

- Relations avec la famille d'origine
 - Est-ce que vous maintenez des contacts avec votre famille? Est-ce que vous vous tenez loin d'eux ou avez-vous été exclu par eux?
 - Est-ce qu'il y a beaucoup de conflits dans la famille? (batailles, argumentations, rejets, etc.)?
- Relations d'amitié
 - Est-ce que vous avez des amis intimes? Donnez-moi un exemple.
 - Est-ce que vous faites des efforts pour maintenir et entretenir vos relations d'amitié?
 - Diriez-vous que vous avez des problèmes avec vos amis?
- Relations au travail
 - Est-ce que vous vous entendez bien avec vos collègues de travail?
 - Comment décririez-vous votre relation avec votre supérieur (batailles, arguments, menaces, etc.)?⁴⁸

Qualité des relations d'objet (suite)

- Relations intimes
 - Parlez-moi d'une relation amoureuse que vous considérez avoir été la plus importante pour vous.
 - Est-ce qu'il est difficile de faire preuve d'intimité dans cette relation?
 - Est-ce que vous considérez pouvoir dépendre de cette personne?
 - Est-ce que vous pensez que cette personne peut dépendre de vous?
- Sexualité
 - Au cours des 5 dernières années, combien avez-vous eu de partenaires sexuels?
 - Est-ce que vous sentez souvent le besoin de changer de partenaire? Si oui, pourquoi?
 - Considériez-vous être inhibé dans votre façon d'établir ou de maintenir des relations intimes sexuelles?
 - Êtes-vous celui qui initie les contacts sexuels?
 - Aimez-vous l'expérience sensuelle de la sexualité?
 - Est-ce difficile de combiner des sentiments tendres avec la gratification sexuelle?

Qualité des relations d'objet (suite)

- Est-ce que vous vous décririez comme une personne empathique? Pourriez-vous me donner un exemple.
- Est-ce qu'il vous arrive de vous mettre en colère lorsque quelqu'un ne se comporte pas de la façon que vous croyiez qu'il devrait?
- Est-ce que des gens vous ont déjà décrit comme quelqu'un de contrôlant?
- Avez-vous tendance à vous associer à des gens mieux que vous de sorte que vous vous sentez plus important?
- Avez-vous tendance à percevoir les relations en terme de ce que l'un peut apporter à l'autre?
- Est-ce qu'on vous dit parfois être égoïste ?
- Est-ce que vous avez tendance à vous ennuyer en présence des gens?
- Avez-vous tendance à laisser tomber des gens envers qui vous avez pu être proche?

Agressivité / Rage

- Agressivité contre soi
 - Est-ce que vous négligez votre santé?
 - Faites-vous parfois des choses dangereuses telles avoir des relations sexuelles non-protégées, consommation abusive d'alcool, vitesse excessive?
 - Est-ce que vous vous coupez ou infligez des douleurs?
 - Avez-vous fait des tentatives de suicide? Est-ce que votre vie a été en danger?
- Crise de rage (Tamper Tantrum)
 - Est-ce qu'il vous arrive de perdre le contrôle envers les autres? Comment vous sentez-vous après?
- Agressivité envers autrui / absence de remords
 - Avez-vous déjà blessé sérieusement et intentionnellement quelqu'un ?
 - Est-ce que vous prenez plaisir à faire souffrir les autres?
 - Avez-vous des activités sexuelles qui sont physiquement dangereuses?
- Sadisme
 - Est-ce que vous prenez plaisir à voir l'autre souffrir?
 - Est-ce que vous avez déjà blessé quelqu'un?
 - Est-ce que vous aimez sentir que l'autre vous craint?
- Haine
 - Est-ce que vous nourrissez des sentiments de haine ou de mépris envers quelqu'un?

Aspects moraux / Surmoi

- Comportements
 - Est-ce que vous mentez aux autres?
 - Avez-vous déjà commis des actes illégaux? (vols, prostitution, trafics de drogue)?
 - Avez-vous des problèmes avec la justice?
 - Avez-vous déjà triché dans des examens ou plagié?
- Culpabilité
 - Est-ce que vous ressentez de la culpabilité parfois? (dans quelles circonstances?)
 - Est-ce que vous avez tendance à vous fixer des standards moraux très élevés et irréalistes?

Cadre thérapeutique

Cadre

Les principes du contrat

0. Etablir un consensus sur la nature des problèmes
- I. Définir les responsabilités du patient et du thérapeute
- II. Protéger la capacité du thérapeute de penser avec clarté et de réfléchir
- III. Permettre à la “dynamique” du patient de se déployer dans un cadre solide
- IV. Permettre l’anticipation des interprétations relatives aux déviations du cadre qui se présenteront plus tard dans la thérapie
- V. Offrir un cadre thérapeutique organisateur qui établit la thérapie comme ancre ou objet transitionnel dans la vie du patient

Le CONTRAT du TRAITEMENT: Le contenu universel

Les responsabilités du patient

- assister et participer aux séances
- régler les honoraires
- exprimer ses pensées et ses sentiments sans se censurer

Les responsabilités du thérapeute

- s'occuper de l'horaire (consacrer au patient des heures fixes; avertir le patient bien à l'avance des absences)
- faire de son mieux pour comprendre et, quand c'est utile, commenter
- préciser les limites de son engagement

Prévoir les menaces au traitement (selon le cas particulier)

Établissement du Contrat

- Le thérapeute présente une partie du contrat;
- le patient répond (ou pas) a cette partie du contrat;
- le thérapeute élabore de cette réponse;
- Consensus/ou pas (combien de patients n' acceptent pas?)

Exemples de menaces au traitement - 1

- Comportements suicidaires et auto-destructeurs:
 - fatals
 - non-fatals
- Pulsions homicidaires
- Menaces au thérapeute; épier, traquer le thérapeute
- Mentir ou retenir des informations
- Toxicomanie/alcoolisme
- Troubles d'alimentation non-contrôlés

Exemples de menaces au traitement - 2

- Absences fréquentes
- Appels de téléphone excessifs; autres intrusions dans la vie du th.
- Non-paiement des honoraires
- Problèmes créés en dehors de la thérapie qui empêchent la continuité
- Style de vie passif qui peut mettre en échec tout effort thérapeutique afin de maintenir les gains secondaires de la maladie

Contrat concernant la suicidalité chez un(e)
patient(e) limite chroniquement suicidaire
qui se sent poussée au suicide entre les séances

Scénario I

Patient a des idées suicidaires mais sent qu' il
peut se contrôler



Patient n' appelle pas le thérapeute et en parle
à la séance suivante

Scenario II

Patient sent qu' il n' arrive pas à contrôler l' impulsion

Patient va seul aux Urgences;



I. Patient sort des Urgences et va à la séance suivante

OU

II. Hospitalisation conseillée

a) Patient d' accord, reprend sa therapie après la sortie

OU

a) Patient refuse → thérapie terminée

Patient appelle le thérapeute qui lui rappelle le contrat. ↓

I. Patient va aux Urgences

OU

II. Patient refuse. Le thérapeute remplit son devoir médical dans l' immédiat et dès que le cadre du traitement est de nouveau fonctionnel il discute avec le patient si la thérapie peut continuer⁶⁰

Scenario III – **Patient a fait une tentative**

Patient appelle la famille,
des amis, le 117, etc. pour
se faire hospitaliser



Décision: admission ou pas

Patient appelle le thérapeute
qui fait ce qu' il peut pour
sauver la vie du pat.

Dès que le calme et la
neutralité reviennent, le
thérapeute aborde la
possibilité de continuer le
traitement ou pas.

Offrir une deuxième chance

- Certains patients ne croient pas que les autres veulent vraiment dire ce qu'ils disent:
 - La réponse du thérapeute: il signale les risques et les conséquences de faire cela
- Rompre le contrat peut être une tentative d'interrompre la thérapie en blâmant le thérapeute
 - La réponse du thérapeute: interpréter l'ambivalence du patient à l'égard de la thérapie ainsi que ce qui le pousse à résister ainsi

Une fois le contrat établi...

- Souvent, le patient va tester ou mettre à l'épreuve un élément du contrat afin de:
 - Voir si il peut contrôler le thérapeute (chose qui est à la fois désirée ET crainte)
 - Voir si le thérapeute se soucie assez du patient pour maintenir le contrat
- De façon typique, il y a diminution des actings après les premiers mois de thérapie; la vie du patient devient plus calme alors que sa dynamique se concentre dans la thérapie
- On observe une reconnaissance accrue de l'importance du thérapeute pour le patient et des défenses contre celle-ci (enjeux d'attachement); les affects vécus dans les séances deviennent plus intenses.

TFP

Stratégies, Tactiques, Techniques

Les relations entre stratégies, tactiques et techniques



Les STRATEGIES de la TFP

STRATÉGIE 1: Définir les relations d'objet prédominantes

A: éprouver et tolérer la confusion du monde interne du patient telle qu'elle se déploie dans le transfert

B: identifier les relations d'objet prédominantes à un moment donné

C: nommer les acteurs

D: être attentif aux réactions du patient

Les STRATÉGIES de la TFP

STRATÉGIE 2: observer et interpréter les renversements de rôle

STRATÉGIE 3: observer et interpréter les liens entre des dyades objectales qui se défendent les unes contre les autres, maintenant ainsi le conflit et la fragmentation interne

STRATÉGIE 4: intégrer les représentations clivées de soi et de l' autre. Explorer la capacité du patient à éprouver une relation différemment dans le transfert, et revoir les autres relations significatives du patient dans la perspective de ce changement.

TFP – Qu' est-ce qui change ?

Le changement au plan clinique résulte d' un changement structural

- Amélioration des capacité réflexives facilitée par:
 - La fonction de contenant du thérapeute
 - L' interprétation
- Moins de clivage
- Consolidation de l' identité

TFP- Quels sont les mécanismes de changement ?

Kernberg

- Explorer les conflits psychologiques et les défenses basées sur le clivage qui sont activées dans le transfert
- Intervenir ainsi à l'intérieur de la structure du traitement, du contrat, des limites du traitement et de la relation de contenance
- Il s'en suit une meilleure capacité de contenir cognitivement les affects, moins de clivage et une intégration de l'identité

Fonagy

- Explorer la compréhension du patient et son expérience interne et de celle d'autrui
- Intervenir ainsi dans la relation d'attachement
- Il s'en suit une amélioration de la "mentalisation"⁶⁹

TFP- Sommaire du processus de changement

- L'exploration des relations d'objet qui sont activées dans les relations interpersonnelles
- La focalisation d'abord sur le transfert, puis sur le matériel chargé d'affects
- L'exploration de l'expérience psychologique vécue dans l'ici et maintenant permet de mettre au jour les états internes, et la mentalisation s'en trouve améliorée
- Promouvoir l'intégration en confrontant et interprétant le clivage et les mécanismes de défenses associés
- L'intégration et la diminution du clivage favorisent:
 - La capacité de contenir les états affectifs et de réfléchir sur ces derniers
 - La capacité de se comprendre et de comprendre autrui avec plus de profondeur et de façon plus complète

Les tactiques : elles assurent les conditions du travail analytique et aident le thérapeute à conserver un sentiment de sécurité

Fonctions des tactiques du traitement

- Les tactiques permettent d'intégrer : 1) les stratégies du traitement et 2) les interventions du thérapeute d'un moment à l'autre
- Les tactiques guident le thérapeute dans ses efforts pour appliquer les techniques d'intervention dans la poursuite des objectifs du traitement:
 - Elles guident le processus décisionnel en ce qui a trait au quand, où, comment et sur quoi intervenir

TACTIQUES

- La mise en place du contrat, le maintien du cadre du traitement et l' élimination des gains secondaires de la maladie
- Maintien des limites du traitement et contrôle des actings
- Choix du focus d' intervention par l' observation des trois canaux de communication
- Adhérence aux priorités générales du traitement
- Maintien d' une perception commune de la réalité
- Analyse a la fois du transfert positif et négatif, et des défenses primitives
- Régulation de l' intensité de l' engagement affectif

Les TECHNIQUES

Les interventions dans l'immédiat, fondées
sur une compréhension globale

- la clarification, la confrontation, et l'interprétation
- l'analyse continue du transfert
- la gestion de la neutralité technique
- l'utilisation du contretransfert

La Clarification

- Le thérapeute *demande* plutôt que d'offrir une clarification;
- le thérapeute résiste à la tentation contretransférentielle d'être l'objet omniscient
- cette technique sert non seulement à susciter de l'information, mais également à élaborer davantage les distortions du patient (surtout dans le transfert)

La Confrontation - I

- Cette technique ne doit pas être un défi hostile, mais plutôt une enquête honnête au sujet d'une contradiction dans les propos du patient;
- il s'agit d'inviter le patient à réfléchir;
- nous supposons que les éléments divers de la contradiction représentent des aspects du Soi qui sont clivés les uns des autres

La Confrontation - II

- La contradiction peut se manifester dans un seul canal de communication: “Vous venez de dire que je suis un thérapeute excellent, et maintenant vous dites que je suis nul....”
- Ou la contradiction peut se manifester entre deux canaux de communication: “Vous me dites que vous êtes furieuse, mais vous me regardez avec un grand sourire.”

Processus d'interprétation du transfert

- Conceptualisé comme un ensemble d'interventions qui s'organisent les unes par rapport aux autres
- Plusieurs séances peuvent être nécessaires afin de compléter un seul cycle d'interprétation. Ou encore plusieurs cycles peuvent se dérouler dans une même séance

L'interprétation *per se*

- Une hypothèse à propos de déterminants inconscients de l'expérience actuelle
- Les interprétations concernent des conflits psychologiques et visent leur dénouement
- Les interprétations visent à accroître la reconnaissance par le patient de l'impact que des contenus inconscients peuvent avoir sur ses pensées, affects et comportement

Objectifs du processus interprétatif

- Mettre fin à des cycles de dysrégulations et de défenses pathologiques
- Intégrer les composantes dissociées de l'expérience du patient
- Remplacer des défenses basées sur le clivage par le refoulement
- Diminuer la diffusion d'identité
 - L'intégration de l'identité entraîne à son tour une amélioration de la capacité de réguler les affects et de symboliser des conflits psychologiques
- Améliorer la capacité d'auto-réflexion et de contextualisation de l'expérience

Comment le patient limite vit-il le transfert ?

- Les relations d'objet primitives sont activées dans le transfert – mais elles sont expérimentées sous la forme d'affects intenses
- Le patient a une expérience concrète et superficielle de la personne du thérapeute (e.g. le patient arrive difficilement à distinguer la réalité interne de la réalité externe)
- L'expérience transférentielle du patient est dominée par des affects primitifs (haine ou idéalisation) sans qu'il y ait une représentation cognitive de la relation d'objet qui est activée

Comment le patient limite vit-il le transfert? (suite 2)

- Des affects intenses envahissent le traitement
- Le patient n'arrive pas à maintenir une distance avec le transfert, à le mettre en perspective
- Le thérapeute et le patient vivent une expérience de confusion et d'anxiété
- La dynamique transférentielle peut être plus manifeste dans le comportement du patient ou dans le contre-transfert

Comment le patient limite vit-il le transfert?

(suite 3)

- Le patient ne peut faire faire du sens avec son expérience en recourant à des interprétations traditionnelles sur l'anxiété et les défenses sous-jacentes
- Le patient peut voir toute intervention comme une critique, voire une attaque
- Le patient peut recourir à des interventions plus de base afin de contenir son expérience affective et se la représenter cognitivement
- Ceci entraîne chez le patient une meilleure capacité de réfléchir sur son expérience transférentielle et de composer avec celle-ci au plan symbolique

Focus de l'interprétation avec des patients limites

En raison de la prédominance de défenses basées sur le clivage (et non basées sur le refoulement), on observe que chez le patient limite :

- L'interprétation se focalise sur **des aspects mutuels dissociés qui peuvent être accessibles à la conscience mais à des moments différents** (au lieu d'être refoulés de façon stable)

Au fur et à mesure que progresse le traitement, les défenses dissociatives donnent lieu à des défenses basées sur le refoulement qui deviennent alors le sujet d'interprétations

En général, l'interprétation avec le patient limite : ...

- 1 Porte d'abord sur la nature de la **relation d'objet dominante** et sur la difficulté du patient à se **reconnaître dans chaque pôle de la dyade objectale**
- 2 L'interprétation porte ensuite sur le **clivage défensif entre les dyades persécutoires et les dyades idéalisées**. La dyade qui paraît en surface peut changer rapidement d'un moment à l'autre

Étapes de l'interprétation - I

- Comprendre/identifier l'état de soi (*self state*) du moment (premier niveau de mentalisation)
- Élaborer une compréhension du thérapeute
- Considérer que l'expérience vécue par le thérapeute peut différer beaucoup de ce qu'en perçoit le patient
- Si nécessaire, le thérapeute peut communiquer au patient comment lui expérimente la relation du moment

Étapes de l'interprétation - II

- Situer le moment présent dans un contexte plus large: Contraster l'expérience immédiate du soi et du thérapeute avec ce qui est éprouvé en d'autres circonstances (2e niveau de mentalisation)
- Traiter les clivages/conflits en
 - Clarifiant les oscillations entre l'identification avec les représentations de soi et celles de l'objet
 - Interpréter la raison d'être du clivage entre des dyades de valences affectives opposées

Interprétations centrées sur le thérapeute

- Les interprétations centrées sur le thérapeute (Steiner, 1993) mettent des mots sur l'expérience concrète et chargée d'affects du patient
 - Sans suggérer des points de vue alternatifs
 - Sans suggérer que le patient ait quelque chose à voir avec l'expérience
- Elles procurent un contenant cognitif de ces expériences concrètes et affectives
- Elles procurent au patient l'expérience d'être entendu par un thérapeute qui tente sincèrement de comprendre

Sommaire du cycle interprétatif

- D'abord, aider le patient à **clarifier** son expérience émotionnelle consciente du transfert à différents moments en élaborant les représentations particulières du soi et de l'objet qui sont alternativement actualisées et projetées sur le thérapeute
- Puis, **confronter** le patient avec son expérience de la même relation objectale telle qu'elle a été activée en d'autres temps et dans des rôles inversés
- Subséquemment, **relier de façon interprétative** les relations persécutoires et idéalisées avec le thérapeute qui ont été rendues conscientes mais qui sont clivées/dissociées/déniées ; puis tenter de comprendre les raisons d'être de ces défenses

Caractéristiques des interprétations

- Profondeur de l'interprétation
 - De la surface vers le plus profond = les défenses avant les pulsions avec un maximum de profondeur dans les moments de crise
- *Timing* et rythme des interprétations
 - Compte tenu des changements (*shifts*) rapides chez le patient ; on doit tenter de suivre chaque changement
- Les interprétations du début se concentrent sur l'ici et maintenant
- Les interprétations suivantes relient l'ici et maintenant au passé
- La justesse des interprétations : signalée par l'émergence de nouveau matériel / compréhension⁹⁰

Analyse de transfert cohérente

- Analyse constante des distortions par rapport à une relation “normale” (“comment réagirait une personne “normale” dans cette situation?”)
- Relier ces distortions à des distortions similaires dans les relations extérieures du patient
- Difficulté avec les patients narcissiques (la non-relation *est* la relation)

La neutralité technique

- Le thérapeute qui intervient à partir d'une position de neutralité évite de prendre position pour l'une ou l'autre des forces impliquées dans les conflits du patient;
- Le thérapeute maintient la position d'un observateur neutre par rapport au patient et ses difficultés
- Ceci dit, le thérapeute s'allie avec le "moi observateur" du patient et reste aux côtés du traitement et de la santé

La neutralité technique

- Maintenir une distance égale:
 - du Ça
 - du Moi agissant
 - du Surmoi
 - de la réalité externe
- Ceci *ne veut pas* suggérer une attitude indifférente, distante, monotone: on se montre *engagé* dans le traitement

Pulsion
libidinale

L' interdiction

La position
du thérapeute

Pulsion
aggressive

La realite externe

L'abandon provisoire de la neutralité

- L'abandon de la neutralité fait partie des stratégies de la TFP
- Il arrive quand les actings dangereux ne peuvent être contenus ni par la confrontation ni par l'interprétation
- L'abandon de la neutralité qui n'est pas nécessaire résulte du contretransfert

Définition du contre-transfert

- La totalité de la réaction émotionnelle du thérapeute au patient
“Contretransfert dans le sens large”
- Le transfert du thérapeute au patient
Cette perspective classique vise le thérapeute
- Les réactions du thérapeute au transfert du patient
Cette perspective kleinienne vise plutôt le patient

Rapport entre le contretransfert et la neutralité technique

- Le contretransfert est la cause la plus fréquente de déviations non-désirées de la neutralité;
- Ce n'est que d'une position de neutralité que le thérapeute peut réfléchir sur et métaboliser ses réactions contretransférentielles avec l'objectif d'approfondir sa compréhension du patient

Rappel des TACTIQUES

- Mise en place du contrat, maintien du cadre du traitement et élimination des gains secondaires de la maladie;
- Maintien des limites du traitement et le contrôle des actings;
- Choix du focus d'intervention par l'observation des trois canaux de communication;
- Adhérence aux priorités générales du traitement;
- Maintien d'une perception commune de la réalité;
- Analyse a la fois du transfert positif et négatif, et des défenses primitives;
- Régulation de l'intensité de l'engagement affectif.

Le choix du matériel auquel on s'adresse

- La **hiérarchie de priorités**
- Le principe *économique*: l' on intervient là où il y a le plus d' **affect**
- Le principe *dynamique*:
 - 1) le conflit: la dyade activée comme défense et la dyade activée comme pulsion;
 - 2) l' on procède de la défense (de la surface) à la pulsion (au niveau plus profond)
- Le principe *structural*: la configuration de défense et de pulsion, qui peuvent s' échanger chez le patient limite

Hiérarchie des priorités - I

• Les obstacles à l'exploration du transfert

- menaces suicidaires ou homicidaires
- menaces ouvertes à la continuité du traitement (p.ex., fréquentes séances manquées; évocation d'un arrêt de traitement)
- malhonnêteté, retenue délibérée d'informations (mentir au thérapeute, refuser de discuter de certains sujets, silences qui occupent la plupart des séances)
- transgressions du contrat (ne pas maintenir son poids, appels téléphoniques fréquents)
- passages à l'acte dans la séance (abîmer les meubles du cabinet, refuser de sortir à la fin de la séance, crier)
- passages à l'acte non-fatals entre les séances
- propos triviaux ou dénués d'affectivité

Hiérarchie des priorités - II

- **Manifestations de transfert**
 - se référant directement au thérapeute
 - se référant non-verbalelement au thérapeute (par ex., posture corporelle séductrice)
 - inférées par le thérapeute (références à des figures d' autorité, a d' autres médecins, etc.)
 - la manière d' être avec le thérapeute
- **Matériel affectif non-transférentiel**

Complications du traitement

- Suicide et “parasuicide”
- Passages à l’acte, somatisation
- Menaces d’abandon de traitement
- Épisodes psychotiques; régression paranoïde (réalités incompatibles) – les viser par l’interprétation
- Épisodes dépressifs
- Troubles alimentaires, toxicomanie
- Transfert érotisé
- Urgences/hospitalisations
- Réactions dissociatives
- Comportements antisociaux
- Absences du thérapeute
- Réactions thérapeutiques négatives

Évolution typique du traitement

- Mises à l'épreuve du contrat et du cadre, lutte pour le contrôle
- Insistance sur les canaux de communication non-verbal et contretransférentiel
- Diminution des actings; la vie se calme plus ou moins, tandis que l'intensité des affects augmente dans les séances
- Prise de conscience de l'importance du thérapeute pour le patient et des défenses du patient contre celle-ci (thèmes d'attachement)
- Interprétation des défenses contre l'intégration

Évolution typique du traitement (suite 2)

- Alternance entre le “mauvais objet” projeté et le “mauvais objet” senti à l’intérieur
- Alternance entre les transferts positifs et négatifs
- Un cycle où le cercle des conflits devient plus restreint, plus contenu
- L’intégration comme tentative mais sujet à des régressions fréquentes vers la position clivée
- Problèmes pratiques créés par les choix précédents dans la vie qui s’alignent mal avec l’état évolué

INDICATEURS d'INTÉGRATION et de CHANGEMENT STRUCTURAL

- Commentaires du patient qui suggèrent une exploration plus profonde des commentaires du thérapeute;
- Le patient paraît capable d'accepter l'interprétation des mécanismes de défense primitifs;
- Le patient accepte de reconnaître l'aggression et la haine;
- Le patient tolère l'activité fantasmatique et le développement d'un espace transitionnel;
- Travail de perlaboration du Soi grandiose pathologique (chez les patients narcissiques);
- L'évolution des transferts prédominants;
- La capacité du patient d'éprouver de la culpabilité et d'entrer dans la position dépressive

Manifestations cliniques du changement structural

Le changement au plan des structures psychiques – intégration et diminution du clivage – donne lieu à:

- Réduction des symptômes et comportements inadaptés
- Meilleur fonctionnement
- Changement dans la perception de soi du patient et de son expérience du monde
- Habilité accrue de composer avec le stress et l'adversité
- Satisfaction accrue en amour et au travail
- Poursuite d'un but : vivre un vie plus pleine

Thérapeute

Établit le cadre via le contrat →

Patient

Fait l'expérience d'un lien/lieu sur pour s'exprimer et réfléchir aux affects qui émergent



L'expression des affects, surtout ceux qui sont basés sur les dyades de relations d'objets implicites.

Observe l'action sans réagir ou juger.

Tente de comprendre/expliciter les relations d'objet sous-jacentes aux actions en utilisant

1- La clarification

2- La confrontation

3- L'interprétation

(Celles-ci font appel à la réflexion et adressent les obstacles à cette dernière.)

Augmente la réflexion

réflexion approfondie, avec plus de contextualisation

progrès vers l'intégration

augmentation de la modulation affective

RÉSUMÉ

Objectifs de la TFP

- Tolérer le conflit plutôt que l'agir ou le somatiser
- Identifier les parties clivées ou les affects intolérables
- Intégrer les parties clivées = Identité intégrée
- Améliorer relations personnelles
- Vie plus satisfaisante : Amour et Travail

Comment atteindre ces objectifs :

Cadre

- Contenir les passages à l'acte en établissant un **cadre**
 - Permet de contenir le conflit et tolérer confusion
 - Comprendre que les agirs sont l'expression d'une relation d'objet qui si elle était reconnue créerait trop d'angoisse

Comment atteindre ces objectifs :

Travail du Transfert

- Dyades s'activent dans le transfert
- Ici-Maintenant : Expériences non-mentalises
- Externalisation ---- » Transfert --- »
Internalisation

Comment atteindre ces objectifs :

Processus Interprétatif

- Clarification
- Confrontation
- Interprétation