

## La relation patient-thérapeute : impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche

Diana Diamond Ph.D. et Frank Yeomans M.D.

---

La psychothérapie focalisée sur le transfert :  
Québec-New York, 2e partie (1) et Débat : la garde  
partagée (2)  
Volume 33, numéro 1, printemps 2008

URI : [id.erudit.org/iderudit/018473ar](http://id.erudit.org/iderudit/018473ar)

DOI : [10.7202/018473ar](https://doi.org/10.7202/018473ar)

[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

Diana Diamond Ph.D. et Frank Yeomans M.D. "La relation patient-thérapeute : impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche." *Santé mentale au Québec* 331 (2008): 61–87. DOI : [10.7202/018473ar](https://doi.org/10.7202/018473ar)

---

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2008

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/>]

---



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](http://www.erudit.org)



## La relation patient-thérapeute : impacts de la théorie de l'attachement, de la fonction réflexive et de la recherche

---

Diana Diamond\*

Frank Yeomans\*\*

Dans cet article, les auteurs tentent d'illustrer comment les questions liées à l'attachement sont au cœur de la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT), une psychothérapie psychodynamique manualisée pour le traitement des personnes ayant un trouble de la personnalité limite (TPL). Les auteurs mettent en évidence que la façon dont le psychothérapeute prend conscience de ces questions liées à l'attachement peut l'aider à mieux comprendre les processus psychopathologiques occasionnés par les troubles de l'attachement et, plus particulièrement, comment le lien patient-thérapeute peut favoriser la désorganisation de l'attachement ou la gêner passablement.

Il y a des preuves cliniques et empiriques qui soutiennent l'hypothèse d'un lien entre un trouble précoce de l'attachement et un éventail de troubles psychopathologiques chez l'adulte (Buchheim et George, 2007) ; Dozier et al., 1999 ; Fonagy, 2002 ; Fonagy et al., 2003 ; Hesse et al., 2003 ; Liotti, 1992, 1999a, 1999b, 2004a ; Lyons-Ruth et Melnick, 2007 ; Schore, 2003). On retrouve ainsi la majorité des troubles dissociatifs (TD) et une part importante des troubles de la personnalité limite (TPL). Ces troubles sont caractérisés par trois manifestations

---

\* Ph.D., City University de New York, Weill Medical College de l'Université Cornell.

\*\* M.D., Weill Medical College de l'Université Cornell.

### Remerciements

Cet article a été rendu possible grâce au soutien financier du International Psychoanalytical Association Research Advisory Board (subvention no 75159-00 01 ; Diana Diamond, chercheuse principale), de la Research Foundation de la Ville de New York (RF-CUNY Research Fund, subvention n° 6269-1-0031 ; Diana Diamond, chercheuse principale), de la Kohler Foundation de Munich (Otto Kernberg, chercheur principal ; Diana Diamond et Kenneth Levy, cochercheurs), et du National Institute on Mental Health (subvention no R21mh53705-01 ; John Clarkin, chercheur principal). Les auteurs désirent aussi remercier leurs collègues de l'Institute for Personality Disorders du Weill Medical College de l'Université Cornell. Ils tiennent aussi à souligner la contribution de Kristen Kelley, M.A. ; Kim Kotov, Ph.D. ; Hilary Levine, Ph.D. ; Martha Pierce, Ph.D.T.S., Joe Reynoso et Kevin Meehan à la cueillette et à la codification des données.

principales : (1) la dissociation, le clivage ou d'autres formes de représentations non intégrées du soi ; (2) les déficits métacognitifs ou de mentalisation qui entravent la capacité de réfléchir aux états mentaux ; (3) une importante perturbation dans la régulation des émotions. L'hypothèse de base postule que la désorganisation précoce de l'attachement favorise des réactions de dissociation face aux événements traumatiques qui ne manquent pas de survenir à un moment ou à un autre dans le cours du développement, et que les effets cumulés de ces expériences de dissociation mènent à des troubles complexes et chroniques à l'âge adulte. Outre les troubles de l'attachement et les traumatismes, d'autres facteurs, tel que le tempérament expliquent aussi les caractéristiques qui différencient ces troubles. La pathologie limite découle donc de l'interaction entre les déficits métacognitifs (ou trouble de la mentalisation) et les conflits intrapsychiques.

Les troubles précoces de l'attachement dans la genèse des perturbations traumatiques complexes et chroniques ont incité les cliniciens à proposer diverses stratégies axées sur l'attachement en vue de mieux aborder certaines des difficultés inhérentes à la psychothérapie de ces patients. On a retenu trois principaux aspects du trouble de l'attachement comme axe possible de ces stratégies. 1) La multiplicité des représentations non intégrées de soi et des autres (Liotti, 1995, 1999, 2000a, 2000b, 2004b). 2) Les déficits métacognitifs ou de mentalisation (par exemple les entraves à la capacité de réfléchir sur son propre état mental et sur celui des autres (Bateman et Fonagy, 2004 ; Fonagy, 1999, 2002 ; Fonagy et al., 2003). 3) Les dilemmes relationnels implicites dans les troubles de l'attachement (Blizard, 2001 ; Gold, 2000 ; Holmes, 2004 ; Steele et al., 2001).

Nous présentons des extraits de récits de deux cliniciennes seniors qui réfléchissent à une année de psychothérapie auprès de patientes limite ; ces extraits ont été recueillis à partir d'une entrevue semi-structurée appelée la *Patient-Therapist Adult Attachment Interview* (PT-AAI). Les patientes concernées étaient en traitement dans le cadre d'un projet de recherche clinique au Personality Disorders Institute destiné à explorer l'efficacité de la PFT pour traiter le trouble de la personnalité limite.

Les deux patientes avaient obtenu la côte de « Non résolu » dans le cas de pertes objectales et de traumatismes et de « Préoccupé » à la suite du *Adult Attachment Interview* réalisée au début de la thérapie. Ces résultats indiquent que ces deux femmes faisaient preuve d'idéation dissociée par rapport aux pertes et aux traumatismes vécus, et d'un discours incohérent reflétant une grande implication émotionnelle et de

la colère envers les premières figures d'attachement. Au début du traitement, les deux patientes étaient aussi chroniquement suicidaires.

La première thérapeute décrit ainsi sa relation avec sa patiente :

Au début, elle m'intimidait, parce qu'elle avait fait une tentative de suicide très sérieuse qui aurait facilement pu la faire mourir... Je me souviens m'être dit que, si elle n'avait pas fait partie du projet, je ne l'aurais pas voulue comme patiente... Mais elle semblait comprendre qu'elle avait sérieusement besoin d'aide et qu'il ne s'agirait pas d'un jeu, cette fois, comme cela semblait avoir été le cas dans des traitements antérieurs... Maintenant, elle semble très engagée dans son traitement... Elle est intelligente, très astucieuse... Elle représente un défi... Lors de la dernière séance, elle m'a fait part d'une drôle d'histoire sur laquelle elle travaille... Elle est très bonne conteuse et elle a réussi à m'embarquer et à me faire rire avec son histoire... Il s'agit d'une patiente qui se fait passer pour son thérapeute sur Internet et qui développe sa propre pratique sur Internet en utilisant les techniques apprises dans sa propre thérapie... Tous les patients ne sont pas aussi ingénieux pour communiquer à la fois leur attachement et leur dépréciation... Elle a maintenant cessé ses comportements auto-destructeurs et je pense qu'une grande partie de la dynamique se retrouve maintenant dans la psychothérapie et dans la relation transférentielle.

La deuxième thérapeute décrit sa relation avec sa patiente comme suit :

Au début de la thérapie, elle clamait m'idolâtrer, m'adorer et être très impressionnée de m'avoir comme thérapeute. Elle disait me percevoir comme la meilleure thérapeute au monde. Tout ce discours, comme vous le devinez sans doute à mon attitude, m'est apparu assez vide. Puis, au cours des semaines qui ont suivi, elle raconta s'être donné comme projet de vie de prouver à sa mère qu'elle était un être essentiel, que sa mère était extrêmement importante à ses yeux et, à moins qu'une autre personne ait besoin d'elle, elle croyait que sa mère allait l'abandonner... et que j'allais agir de la même façon. Elle devait donc me montrer, non seulement jusqu'à quel point elle m'admirait et me respectait, mais aussi jusqu'à quel point elle avait désespérément besoin de moi et qu'ainsi, et seulement ainsi, je resterais intéressée à elle. Je vous dirais qu'il est difficile de répondre à votre question au sujet de la relation. Parce que moi, je ne sens pas avoir une relation avec cette patiente. Je dirais plutôt qu'elle a une relation avec une personne imaginaire. Pour ma part, je suis plutôt en quête d'une relation avec la vraie personne, une personne qui n'a pas encore vraiment émergé. C'est donc pourquoi au lieu de décrire une relation, je suis en train de décrire deux relations qui ne sont pas reliées à l'une et l'autre.

Ces portraits fort différents de la relation et du processus psychothérapeutiques chez deux patientes ayant des symptômes et des diagnostics semblables soulignent le rôle du psychothérapeute dans le façonnement

de l'expérience du patient, peu importe les aspects déterminants et irréfutables des antécédents du patient tels que la qualité de son attachement, ou la force d'adhésion du thérapeute à une approche particulière. Nous savons que les relations transféro-contre-transférentielles qui émergent dans la situation psychothérapique reflètent l'empreinte des relations objectales intériorisées tant du patient et que du thérapeute ou, en termes d'attachement, les modèles opérationnels intériorisés d'attachement et les capacités de mentalisation. Nous tentons de voir dans quelle mesure les interactions patient-thérapeute contribuent à la construction d'états mentaux tant chez le patient que chez le thérapeute au regard de la qualité de l'attachement et des capacités de mentalisation. Comme les données subséquentes le démontreront, les patients avec les mêmes modèles opérationnels intériorisés par rapport aux figures d'attachement précoces établiront des modèles opérationnels intériorisés quelquefois différents par rapport aux thérapeutes, tout dépendant des aspects de l'entente thérapeutique, même dans un traitement manualisé. Le thérapeute est toujours au cœur de l'action et l'interaction entre le patient et le thérapeute détermine, jusqu'à un certain point, l'influence des anciens modèles opérationnels intériorisés d'attachement, et les capacités de mentalisation guident plus qu'ils ne colorent l'état mental en ce qui a trait à l'attachement dans la relation thérapeutique.

### **Devis de l'étude**

Dans une étude effectuée au Personality Disorders Institute, nous avons eu recours à un nouvel instrument, le *Patient-Therapist Adult Attachment Interview* (PT-AAI), pour étudier les dynamiques de l'attachement et de la mentalisation dans la relation psychothérapique. L'un des objectifs consistait à comprendre dans quelle mesure les patients reconstruisaient avec leur thérapeute l'état mental prédominant en ce qui a trait à l'attachement aux premiers objets, et dans quelle mesure ils pouvaient mentaliser ou donner un sens au comportement dans la situation psychothérapique en termes d'états mentaux intentionnels, comme les désirs, les sentiments et la confiance en eux-mêmes et envers le psychothérapeute. Cette recherche fait partie d'une étude longitudinale en cours, étude dirigée par Otto Kernberg et John Clarkin sur les changements dans la qualité des liens d'attachement. Ces liens d'attachement sont évalués par le *Adult Attachment Interview* (George et al., 1998). On examine aussi les changements dans les capacités de mentalisation (fonction réflexive). Ces changements sont mesurés au moyen de l'échelle de la fonction réflexive < FR > développée par Fonagy (Fonagy et al., 1997 ; Levy et al., 2006). On considère enfin les changements dans la symptomatologie des patients limites au cours

d'une année de PFT (Clarkin et al., 2007). Le *Adult Attachment Interview* (AAI) a été élaboré par Mary Main et ses collègues. Nous résumons ici les principaux résultats de l'étude en portant une attention particulière aux données préliminaires relatives aux résultats obtenus au AAI et au PT-AAI. Deux vignettes sont présentées en détail : la première illustre le changement dans le lien d'attachement et la FR au cours d'une année de PFT, et la seconde ne montre aucun changement.

### ***La théorie de l'attachement et la recherche***

Les théories de l'attachement et la recherche sur le sujet ont servi de cadre pour étudier les changements de l'état mental des patients par rapport à l'attachement, tant dans la relation parent-enfant que dans la relation patient-thérapeute. Nous passons brièvement en revue les fondements des théories de l'attachement et de la fonction réflexive. L'attachement et la FR sont des construits qui se situent à l'intersection de la neurobiologie et de la psychanalyse ; ils ont capté l'imaginaire des cliniciens quant aux moyens d'intégrer à l'expérience clinique, et à la recherche, les derniers constats sur le fonctionnement du cerveau et le développement durant la petite enfance. Ces dernières années, il y a eu beaucoup de recherches sur les bases neurobiologiques de l'attachement et sur sa pertinence clinique (Schore, 1999, 2003 ; Siegel, 1999 ; Weston et Gabbard, 2002). Certaines études ont établi un lien entre les formes d'attachement parent-enfant en bas âge et les caractéristiques du discours narratif, tant des parents que des enfants quand ceux-ci arrivent à l'adolescence et jeune adulte (pour une revue de la littérature, voir Grossmann et al., 2006).

Une vingtaine d'études ont maintenant démontré que la structure narrative que les parents construisent dans l'*Adult Attachment Interview*, au sujet de leurs propres expériences précoces d'attachement, prédisent le type d'attachement que les parents et les bébés affichent à un an dans le *Ainsworth Strange Situation* (Van Ijzendoorn et al., 1999 ; Hesse, 1999 pour une revue de littérature). Trois études récentes comparent les résultats obtenus au *Strange Situation* dans la petite enfance à ceux obtenus au AAI à l'adolescence ou jeune adulte. 1) Il y a continuité du modèle d'attachement lorsqu'il y a continuité des soins dispensés et les expériences de vie. 2) Il y a discontinuité entre le modèle d'attachement chez l'enfant et celui observé plus tard chez l'adulte lorsqu'il y a eu des perturbations importantes ou des traumatismes dans les liens d'attachement (par exemple le décès ou la maladie grave d'un parent, le divorce des parents, l'agression physique ou sexuelle de la part d'un membre de la famille) (Waters et al., 2001 ; Hamilton, 2000 ; Weinfeld

et al., 2000). Ces études révèlent aussi des changements quant à la sécurité éprouvée par la personne lorsqu'elle développe de nouveaux liens d'attachement, comme une relation thérapeutique.

Ces constatations sont significatives aux cliniciens. La continuité des modèles opérationnels intériorisés d'attachement de la petite enfance à l'âge adulte permet de croire que les résultats de la personne au AAI pourraient cerner les manifestations, dans le langage, des premiers processus organisateurs et constituer une manière de comprendre, sur plan de la syntaxe, les processus organisateurs relationnels se manifestant dans le discours verbal de la personne et du psychothérapeute (Lyons-Ruth, 1999). Les résultats de la personne au AAI pourraient permettre au psychothérapeute une voie pour aider le patient à prendre conscience des liens entre ses modes discursifs consciemment et verbalement formulés et ses expériences antérieures de rejet, de séparation et de perte, ou de besoins d'attachement qui n'auraient pas été comblés.

Freud a été le premier à formuler l'importance de la relation d'attachement au thérapeute (1913). Bowlby (1969) a émis l'hypothèse que le système comportemental d'attachement — par lequel il désigne la propension innée des jeunes enfants à rechercher la proximité et les soins d'un membre adulte de l'espèce — est actif à travers tous les cycles de vie, surtout dans les situations, par exemple, où une personne malade et en détresse cherche la protection et le contact avec une personne plus âgée ou plus sage. Bowlby affirmait que le rôle principal du thérapeute est de « fournir au patient une figure d'attachement temporaire » (1975, 291). Bowlby (1969, 1973) considérait que, comme toutes les relations d'attachement, la relation thérapeutique est intrinsèquement bidirectionnelle avec une quête d'attachement (sollicitation de proximité, sourire, téléphoner) qui appelle l'attachement adulte ou des comportements de soins (apaiser, tenir, protéger). Tout thérapeute introduit toujours dans la psychothérapie sa propre histoire des liens d'attachement, non seulement par rapport à ses premières expériences ou figures d'attachement, mais aussi par rapport au patient en particulier — et les deux auront une influence sur l'alliance thérapeutique, le processus et l'issue de la psychothérapie.

Des recherches empiriques et cliniques récentes sur l'application des notions d'attachement dans la situation clinique ont démontré que la qualité de l'attachement et la capacité de la FR sont liés à : 1) la dynamique transféro-contre-transférentielle (Fonagy, 1991 ; Holmes, 1995, 1996, 2004 ; Szajnborg et Crittenden, 1997) ; 2) la qualité et la nature de l'alliance psychothérapique (Dozier et Tyrrell, 1998 ; Parish et

Eagle, 2003 ; Eagle, 2002), et 3) les modèles de discours narratif entre le patient et le psychothérapeute (Fonagy, 2001 ; Slade, 1999). Nos recherches approfondissent et amplifient ce travail de deux manières. Premièrement, ces études antérieures ont porté sur les états mentaux relatifs à l'attachement du patient et du thérapeute par rapport aux premières figures d'attachement, plutôt que sur la relation patient-thérapeute et, deuxièmement, elles ont été effectuées auprès de patients en thérapie de soutien plutôt qu'en thérapie psychodynamique. Notre étude est l'une des premières à évaluer l'état mental des patients et des thérapeutes par rapport à l'attachement inhérent à la relation thérapeutique psychodynamique.

Nous explorons comment, dans la rencontre clinique, le système d'attachement du thérapeute est inévitablement activé en même temps que sa capacité de mentalisation. Le développement de la capacité de mentalisation est particulièrement important dans le cas des patients limites. D'abord, un certain nombre de chercheurs (Fonagy et al., 2002) ont démontré que la capacité de mentaliser est une composante essentielle d'un attachement confiant, alors que des déficits de mentalisation sont liés à l'attachement incertain, méfiant, désorganisé. On croit que la mentalisation découle de l'intériorisation chez l'enfant des capacités des personnes, qui en prennent soin, de se représenter les processus mentaux de l'enfant de façon cohérente et juste, et de refléter les états affectifs de l'enfant de manière soutenue, nuancée, spontanée, appropriée et en temps opportun (Fonagy et al., 2002). Comme on aurait pu s'y attendre, l'attachement désorganisé ou la non-résolution des pertes et des traumatismes caractérisent, comme dans les recherches précédentes, plusieurs des patients limites de notre étude (Fonagy et al., 1996). Notre hypothèse est que la mentalisation chez l'enfant, à propos de l'état d'esprit et des intentions des premières figures d'attachement, entraîne une confrontation avec les états mentaux effrayants ou effrayés chez les personnes abusives chargées des soins de l'enfant, ce qui suscite un retrait défensif du monde interne tant du soi que d'autrui. Il est donc particulièrement important, pour les individus qui ont vécu des traumatismes ou des pertes précoces de liens d'attachement significatifs, de repérer les voies par lesquelles les capacités de mentalisation pourraient se développer en psychothérapie. Nous avons exploré et évalué la capacité des thérapeutes de se servir de ces états mentaux pour mieux se comprendre et mieux comprendre les autres, les variations de cette capacité selon les patients traités et l'incidence de ces variations sur le processus et l'issue du traitement pour les patients limites en PFT (Diamond et al., 1999 ; Koenigsberg et al., 2000).



### ***Sujets et mesures***

Nous avons choisi deux patientes à même l'échantillon comptant dix-sept (17) patientes, toutes des femmes ayant un diagnostic d'organisation limite de la personnalité (Kernberg, 1985) et de troubles de la personnalité limite (TPL ; DSM-IV, 1994). L'âge moyen était de 32,7 ans (allant de 19 à 48 ans) et la plupart étaient caucasiennes. Chacune des patientes avait tenté au moins à deux reprises de se suicider ou de s'automutiler au cours des cinq dernières années. Toutes étaient suivies en PFT au rythme de deux séances par semaine depuis au moins un an avec des psychothérapeutes seniors du Personality Disorders Institute. Tous les thérapeutes impliqués participaient à une supervision hebdomadaire entre pairs, animée par les cliniciens les plus expérimentés.

La PFT (décrite dans les articles de Yeomans et al., 2007 ; Diguier et al., 2007 du présent numéro) est une approche psychothérapique d'orientation psychanalytique manualisée et qui prend appui sur la théorie des relations d'objets (Kernberg, 1975, 1976). Cette approche vise à susciter des changements dans l'univers représentationnel du patient et dans sa structure psychique par l'interprétation de la relation transférentielle dans l'ici et maintenant (Yeomans et al., 2002 ; Clarkin et al., 2006). La focalisation intense sur le transfert sert à favoriser la réflexion sur ses propres états mentaux et ceux d'autrui par l'exploration des sentiments, des motivations et des croyances au fur et à mesure que ceux-ci émergent et sont observés dans la relation thérapeutique. L'objectif ultime de la PFT est un changement dans la structure sous-jacente de la personnalité, de même que les comportements et les symptômes. On croit que le changement de la structure de la personnalité soutient le maintien des changements symptomatiques chez le patient, et qu'il l'aide à cheminer vers une position où il peut s'engager dans un travail productif et soutenir plus profondément des relations objectales. Bien que la PFT stipule une séquence particulière d'étapes de traitement et des lignes directrices pour les interventions qui conviennent selon l'étape, le moment et la texture de la thérapie varient en fonction des caractéristiques propres à chacune des dyades thérapeutiques, par exemple la dynamique de l'attachement entre le patient et le thérapeute. L'efficacité de la PFT a été démontrée dans trois études empiriques (Clarkin, 2007, dans le volume XXXII numéro 1 de la revue). Les données présentées ici proviennent de la première étude.

Les patientes ont été évaluées au moment de leur entrée dans l'étude et après douze (12) mois, à l'aide d'instruments diagnostiques sur le risque suicidaire, les comportements d'automutilation, l'utilisa-

tion des services médicaux et psychiatriques, l'organisation de la personnalité et le monde représentationnel.

Notre principal instrument de mesure pour évaluer le changement de la personnalité, la mentalisation et le monde représentationnel est le Adult Attachment Interview administré à l'admission et après un an de traitement. L'AAI est une entrevue clinique semi-structurée conçue pour déceler les expériences et les souvenirs liés à l'attachement précoce. L'attachement et la mentalisation au sein de la relation thérapeutique ont été évalués à l'aide du Patient-Therapist Adult Attachment Interview (PT-AAI) (George et al., 1996 ; Diamond et al., 1999). La PT-AAI a le même format et suit le même ordre des questions que l'AAI, avec quelques changements dans la formulation des questions pour s'ajuster au contexte patient-thérapeute plutôt qu'à la relation parent-enfant. Il comprend aussi douze (12) questions supplémentaires destinées à explorer l'expérience des patients et des thérapeutes et leur représentation de la relation thérapeutique.

Tout comme l'AAI, le PT-AAI est coté par des évaluateurs, formés à la fidélité inter-juges par Main et Hesse pour les classifications AAI pour catégoriser les types d'attachement ou les états mentaux en ce qui a trait à l'attachement, en se servant d'une adaptation du système de classification *Adult Attachment Scoring and Classification System* (Main et Goldwyn, 1998 ; Diamond et al., 2001-2003). En s'appuyant sur des sous-échelles spécifiques qui évaluent l'expérience subjective que le patient fait de la relation et celle du psychothérapeute (par exemple le degré où la relation est aimante, négligente, rejetante, exigeante ou donne lieu à un renversement des rôles), et l'organisation de l'état mental tant du patient que du thérapeute par rapport à l'information relative à l'attachement (par exemple dans quelle mesure elle est cohérente, métacognitive ou idéalisée), on classe les récits de la PT-AAI, comme ceux de l'AAI, en quatre catégories principales : sécurisé/ autonome, évitant, préoccupé, ou impossible à classer. La catégorie « non-résolu » dans le cas de pertes et de traumatismes ne convient pas au système de classification PT-AAI. On définit les catégories comme suit :

**Sécurisé (F) :** Les entrevues PT-AAI sont catégorisées « sécurisé/ autonome » lorsque caractérisées par les traits suivants :

- une certaine valorisation de la relation thérapeutique malgré les difficultés ou les aspects problématiques ;
- un portrait interne cohérent ou en apparence fidèle de la relation thérapeutique peu importe qu'il soit favorable ou défavorable ;

- un discours cohérent, collaboratif et non défensif dans lequel les émotions sont librement exprimées de façon contrôlée ;
- le recours à des concepts fondamentaux et un langage clairs faisant preuve d'ouverture sur une réflexion nuancée quant aux aspects difficiles de la relation.

#### **Évitant (D) :**

- tentatives de minimiser les sentiments par rapport à la relation thérapeutique et leur influence ;
- idéalisation de la relation thérapeutique à partir de peu d'exemples à l'appui ;
- discréditation impassible de l'importance de la relation thérapeutique ;
- discours bref et constrictif.

#### **Préoccupé (E) :**

- des préoccupations et un engagement excessifs dans la relation psychothérapique au-delà de ce qui est normalement attendu en psychothérapie ;
- discours incohérent et confus, constitué de longues phrases grammaticalement embrouillées, de jargon ou de mots insensés ;
- confusion discrète à explicite du soi, tant pour le patient que pour le thérapeute ;
- évaluation tantôt négative, tantôt positive de l'interrelation patient-thérapeute.

#### **Impossible à classer (IC) :**

- Aucun état mental concernant l'attachement ne prédomine ; il y a des indices de deux ou plusieurs stratégies différentes de discours (par exemple Évitant et Préoccupé) ;
- Changements spectaculaires et de l'état mental à l'égard du thérapeute en cours de séance.

### ***Échelle de mesure de la fonction réflexive***

L'AAI et la PT-AAI sont aussi cotées pour évaluer la FR à l'aide de la *Reflective Function Scale* (Fonagy et al., 1997) qui opérationnalise le concept de mentalisation par des évaluateurs formés à cet effet par Fonagy et Target. La *Reflective Function Scale* va de -1 (FR négative — les entrevues sont totalement stériles ou rejettent la mentalisation, ou

déforment grossièrement les états mentaux des autres) à 9, (FR exceptionnelle — les entrevues révèlent un raisonnement exceptionnellement complexe, élaboré et original au sujet des états mentaux). Le point milieu de l'échelle, 5, renvoie un niveau ordinaire de la FR signifiant que les personnes se font un modèle assez cohérent sur l'état d'esprit des autres, mais le modèle reste un peu unidimensionnel, banal, naïf ou simpliste (Fonagy et al., 1997).

### Résumé des résultats de recherche

Deux études précédentes effectuées au Personality Disorders Institute et portant sur les résultats de traitement auprès de 17 patients ayant complété une année de PFT, indiquent que les patients limites affichaient une réduction importante des tentatives de suicide et de comportements suicidaires, une diminution des consultations médicales et de la gravité de leur état après des épisodes de comportements d'automutilation, et une diminution du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence (Clarkin et al., 2001). Nous nous intéressons aussi aux changements de la structure intrapsychique et du monde représentationnel. À cet effet, nous avons eu recours aux changements observés dans les modèles opérationnels intériorisés d'attachement et dans les capacités de mentalisation tels qu'observés dans les résultats aux AAI et la PT-AAI. Dans une autre étude, nous avons examiné les changements traduits par les résultats aux AAI et PT-AAI chez un sous-échantillon de dix patients pour lesquels nous avons les résultats de l'AAI au moment de leur admission et un an plus tard, et les résultats obtenus au PT-AAI après un an, et pour le patient et le thérapeute. La plupart des patients affichaient un changement dans leurs modèles opérationnels intériorisés d'attachement de non-résolu/désorganisé à organisé (insécurisant ou sécurisant) après un an en PFT (Diamond et al., 2003). Tous les patients, sauf un, affichaient des améliorations de la FR après un an en PFT (Diamond et al., 2003), un résultat qui a été reproduit dans l'étude plus globale de Levy et al. (2006), dont environ la moitié des patientes ont accru leur résultat d'au moins une catégorie plus élevée de la FR, passant, par exemple d'une FR de bas niveau ou discutable à une FR ordinaire. De plus, nos analyses des données de la PT-AAI ont révélé que la plupart des patients avaient des états mentaux peu sécurisés (évitant, préoccupé ou impossible à classer) par rapport à leur thérapeute, bien que deux d'entre eux se soient aussi classés avec des états mentaux sécurisants après un an en PFT. Il est intéressant de noter que, dans tous les cas sauf un, l'état mental de l'attachement par rapport au thérapeute à la PT-AAI concorde avec un des aspects ou plus de l'état mental de l'attachement par rapport aux parents constatés à l'AAI au

temps 1 ou au temps 2. Par exemple, si la patiente affichait à l'AAI un état mental d'attachement sécurisant, évitant ou préoccupé, ou un amalgame quelconque de ces états (impossible à classer) par rapport aux relations de l'enfance, elle était susceptible d'afficher à la PT-AAI des états mentaux parallèles en ce qui a trait au thérapeute. Ces constats permettent de supposer que la PT-AAI administrée au cours de la thérapie de pair avec l'AAI pourrait être utile pour suivre des aspects du transfert à mesure qu'ils se manifestent au fil du temps, surtout pour repérer quels aspects de la relation première avec les parents sont repris dans la relation au thérapeute.

Les résultats obtenus par les thérapeutes à la PT-AAI aident aussi à clarifier la dynamique transféro-contre-transfert de la dyade thérapeutique. En PFT, on croit que les sentiments et les *fantasmes contre-transférentiels* constituent l'une des plus importantes sources d'informations au sujet des relations précoces d'attachement chez le patient ; c'est pourquoi nous nous intéressons tout particulièrement aux résultats qui s'avèrent sensibles à la dynamique contre-transférentielle. Tous les thérapeutes ont obtenu une cote d'état mental sécurisant par rapport à leurs patients, c'est-à-dire qu'ils étaient cohérents, bien que, du côté de la classification sécurisée, ces cotes allaient d'émotionnellement constrictif (bien que cohérent) à quelque peu fâché, conflictuel ou empreint de ressentiment (F1 à F5) (Diamond et al., 2003). Les résultats de la FR des thérapeutes à la PT-AAI donnent un portrait plus nuancé de la dynamique de transfert/contre-transfert. Dans la plupart des cas, les cotes de la FR des thérapeutes étaient plus élevées que celles de leurs patientes. Cependant, contrairement aux patients, les résultats des thérapeutes révélaient une FR très variable ; entre 3, soit une FR faible ou discutable, et 8, soit une FR remarquable ou exceptionnelle. Peut-être encore plus notable, c'est que l'on a constaté que la cote de la FR de chacun des thérapeutes était très proche de celle de leurs patients, excédant habituellement le niveau de la FR de leurs patients que par quelques points. Une conclusion intéressante et inattendue de notre étude est donc la capacité du thérapeute à se servir des états mentaux pour se comprendre lui-même et les autres peut varier en fonction du patient en traitement. Les situations dans lesquelles la FR du thérapeute et celle du patient étaient extrêmement différentes l'une de l'autre — une FR de très haut niveau chez le thérapeute en même temps qu'une FR faible chez le patient après une année de PFT — n'ont pas abouti à de bons résultats. Ceci porte à croire que la FR pourrait être co-élaborée, de telle sorte que patient et thérapeute contribuent réciproquement à créer un climat interpersonnel particulier qui pourrait permettre à la FR soit de s'épanouir, soit de s'étioler chez les deux participants.

## Illustrations de cas

Nous vous présentons ici deux cas qui illustrent les points soulevés ci-dessus. Les deux patientes ont été classées à l'aide de l'AAI à l'admission comme Non résolu face aux pertes et aux traumatismes vécus, et furieusement et craintivement préoccupées par rapport aux premières figures d'attachement. Les deux patientes, à l'admission, affichaient une capacité rudimentaire de mentalisation (bas, 3). Les deux patientes ont connu des changements au niveau de la symptomatologie et du fonctionnement social; mais elles ont connu des changements plutôt contradictoires pour ce qui est de la FR et de l'attachement selon l'AAI après un an. L'histoire et la situation de ces deux patientes ont été composées de manière à protéger la confidentialité.

### *Cas 1 — Allison*

Allison avait une longue histoire d'automutilation, de boulimie, de tentatives de suicide et de troubles somatiques, d'hospitalisations répétées et des traitements échoués en clinique externe. Elle avait cinq ans lorsqu'un accident d'automobile blessa grièvement sa mère et tua son jeune frère sur le champ. Sa mère a conservé des incapacités physiques demandant des soins permanents. Sa mère est aussi une personne dépressive ne comptant que sur Allison pour prendre soin d'elle. Son père, un scientifique, était aussi un toxicomane physiquement agressif et sexuellement provoquant et offensant envers Allison, s'exhibant ou se masturbant devant elle et lui faisant des attouchements. Bref, les deux parents avaient érotisé, chacun à sa manière, leur relation avec Allison en s'engageant dans des interactions sexuelles manifestes ou cachées. Malgré sa psychopathologie, elle a été en mesure de terminer ses études collégiales et de se marier. Elle est entrée dans le projet d'étude après un certain nombre de thérapies de soutien et d'hospitalisations répétées à cause de tentatives de suicide.

Au cours de la première année de thérapie, le parcours clinique d'Allison a été orageux, ponctué d'impulsions d'automutilation. Elle a dû être hospitalisée brièvement à trois reprises au cours des six premiers mois du traitement. À un moment donné, elle planifia un suicide qui devait se dérouler dans le bureau du thérapeute et qui aurait pu mettre le thérapeute en danger autant qu'elle. Après un début orageux, elle s'installa dans la thérapie, cessa ses comportements autodestructeurs et devint de plus en plus engagée et dévouée par rapport à son traitement.

Allison afficha des changements substantiels au niveau des symptômes, des comportements et de l'organisation de la personnalité et de la FR après un an de PFT :

- Changement de Non résolu/préoccupé (U/E2/E3) à Sécurisant/non résolu (F5/U) à l'AAI
- Changement de la FR de bas (3) à ordinaire (5) à l'AAI
- Changement de l'organisation de la personnalité à l'*Inventory of Personality Organisation* (IPO; de *borderline* à névrotique)

Nous avons formulé l'hypothèse que l'un des mécanismes de changement est l'augmentation de la FR ou mentalisation (Levy et al., 2006a, 2006b). Nous pensons aussi à la possibilité que la capacité de réfléchir sur les états mentaux, tant du patient que du thérapeute, a pu se renforcer mutuellement. La capacité de mentalisation (FR) du thérapeute, selon les résultats à la PT-AAI, correspondait à celle de la patiente. La côte de 6 de la FR du thérapeute — se situant entre une FR ordinaire et une FR remarquable — était légèrement au-dessus de celui de la patiente, dont la côte de la FR se situait entre bas et ordinaire (4 à la PT-AAI et 5 à l'AAI après une année de psychothérapie). Les représentations que se faisait le thérapeute de sa relation avec la patiente variait entre un état d'esprit et des intentions originaux et intégrés chez sa patiente, et un état d'esprit des intentions quelque peu superficiels et intellectualisés, comme l'indique le commentaire suivant :

Je pense que, plus que toute autre patiente, elle m'a fait prendre conscience à quel point la personne limite peut être captivante et combien il faut être très prudent pour ne pas se laisser engager à ce niveau... Il faut donc se rappeler que, sous la surface, il y a toutes ces difficultés qui peuvent surgir à nouveau, bien qu'elle soit charmante pour le moment. Ma façon de concevoir cela — et c'est ce que je lui dis à elle, c'est qu'elle semble vouloir avoir une séance comme s'il s'agissait d'une pièce de théâtre de Noel Coward avec tout ce charme et cet humour sophistiqués, mais sous la surface, c'est un roman de Stephen King qui se dissimule, et nous ne devons pas l'oublier. Je dirais qu'elle est en quelque sorte la patiente la plus charmante, mais aussi la plus difficile que j'aie eu à traiter. Et je dois être sur mes gardes, car il serait facile de céder à son charme.

Bien que dans ce passage, le thérapeute présente une vision intégrée et complexe de l'état mental de la patiente, dans le passage qui suit, il indique qu'il se sent parfois comme un « chevreuil surpris par les phares d'une voiture » face à cette patiente et fait preuve alors d'une compréhension plus simpliste des états mentaux de sa patiente :

Je ne la comprends pas complètement. Je la comprends assez bien, mais je ne suis pas certain d'où vient toute son agressivité. C'est le genre de patiente qui vous amène à vous demander à quel point tout ça pourrait être constitutionnel. Parce que je peux bien comprendre dans son histoire l'origine d'une grande partie de sa rage, mais je n'arrive pas à vraiment bien comprendre son côté sadique.

Le combat du thérapeute pour comprendre les états mentaux d'Alison se réfléchit sur la conscience de plus en plus grande d'Alison, non seulement de ses propres états mentaux et de ceux des autres, mais aussi de la manière dont ils sont liés à son comportement. En réfléchissant à ses propres motivations et intentions, elle revit parfois des sentiments ou des expériences envahissantes qui interfèrent avec sa capacité de faire le lien entre les événements émotionnels et sa compréhension cognitive, ce qui a parfois eu comme effet de réduire sa FR. On trouve dans sa réponse à la question à savoir si sa vision d'elle-même a changé comme résultat de la thérapie un exemple manifeste de comment une véritable réflexion peut se dérouler. Elle commence en affirmant : « On dirait qu'en devenant un petit peu moins folle, j'ai constaté que je suis plus folle ou que j'étais plus folle que je ne le pensais. J'ai découvert que je suis beaucoup plus en colère, que j'ai plus de haine que je voudrais l'admettre. » Puis, elle commence à aller au delà d'une FR de bas niveau en explorant son propre comportement et les états mentaux qui les alimentent, mais là, elle s'étiole, finissant par dire : « J'ai peur de sembler bizarre... J'ai tellement l'impression d'avoir l'air si décousue et toute éparpillée ».

Il est intéressant de noter que la PT-AAI d'Alison et celle de la thérapeute étaient toutes les deux cotés comme sécurisant/autonome (F5) après un an, indiquant que, bien qu'il y ait eu des zones de ressentiment, de colère ou de conflit au sujet de la relation thérapeutique, les deux avaient un point de vue cohérent, franc, et même humoristique des difficultés de leur relation et de leur apport respectif à ces difficultés. Malgré les phases orageuses au début du traitement, le thérapeute a été en mesure, tout comme la patiente, d'établir une base sûre pour le travail thérapeutique. Le thérapeute a rapporté ne pas être trop anxieux au sujet de la sécurité d'Alison au cours des séparations :

C'est le genre de patiente qui apparemment ferait tout pour rendre le thérapeute misérable juste avant les vacances — elle ne me torture pas à ce niveau... Je n'ai pas donc pas eu de raison de croire qu'elle présentait un risque particulier, et je ne me suis pas inquiétée à son sujet.

De même, les descriptions de la patiente de ses propres réactions aux séparations du thérapeute indiquent le développement de comportements plus fondamentalement sécurisés, y compris la valorisation du lien d'attachement et s'ennuyer du thérapeute pendant les séparations (Bowlby, 1973 ; Main, 1999), contrairement à son oscillation initiale entre nier l'incidence des séparations ou les vivre comme « si elles étaient sans fin » :

Bien, la dernière séparation a eu lieu en juin, et je me suis assez bien débrouillée. En fait, j'ai même cessé de fumer pendant une semaine pour



montrer que je n'étais pas du tout dérangée. Mais, en même temps, j'ai commencé à penser qu'il me fallait un nouveau thérapeute. Donc, j'imagine qu'il y a vraisemblablement un lien. Je ne pensais pas qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas à ce moment là, mais je suppose que j'étais probablement un peu fâchée. Et, cette fois, il (le thérapeute) sera absent à la première semaine de janvier, et en réalité, j'éprouve beaucoup d'appréhension...

Le passage ci-dessus met en évidence sa capacité de surveiller ses propres pensées et d'y réfléchir (surveillance métacognitive), ce qui est une caractéristique des locuteurs sûrs. Sa réponse aux questions relatives à la manière dont ses expériences avec le thérapeute ont influencé sa personnalité est aussi caractéristique du discours des cas sécurisés ; Alison a montré des indices qu'elle pouvait se servir de son thérapeute comme fondement de sa sécurité :

Je suppose que je me sens plus sécurisée en général parce que j'ai pu compter sur lui comme facteur stabilisant.... J'ai un peu l'impression de mieux survivre aux choses sur lesquelles on ne peut compter dans la vie de tous les jours, parce que quelque chose a une certaine stabilité. Et avoir en soi une chose qui soit sûre, aide à composer avec toutes les autres qui ne le sont pas. La manière dont un chez-soi devrait idéalement être lorsque l'on est petit.

Le fait qu'il s'agisse de l'un des cas les plus réussis de notre étude, tant de l'amélioration de la symptomatologie que de la structure intrapsychique, permet de supposer que la capacité, un peu au-dessus de la moyenne ordinaire, du thérapeute à réfléchir sur les états mentaux du patient a assuré suffisamment de support à la patiente pour qu'elle puisse réfléchir à ses sentiments parfois douloureux et turbulents, et aux « mises en scène » de ses sentiments pour développer un modèle relativement cohérent de son esprit et de celui des autres.

### ***Cas 2: Camille***

Camille avait une longue histoire de comportements autodestructeurs et parasuicidaires, y compris des automutilations superficielles, chroniques, des crises de boulimie, des comportements antisociaux comme mentir, voler et des tentatives de suicides chroniques qui ont nécessité des hospitalisations à répétition. Ses parents travaillaient tous les deux dans l'industrie du divertissement, son père travaillant surtout à Los Angeles et sa mère à New York. Les parents avaient l'un envers l'autre une relation abusive, tant émotionnellement que physiquement. Camille raconte qu'elle a tout fait pour les garder ensemble, à plusieurs reprises elle s'est jetée entre eux, lorsque sa mère, par exemple, menaçait son père avec une arme ou lorsque les deux en venaient

mutuellement aux coups. Après leur divorce, alors que Camille était âgée de 12 ans, celle-ci faisait la navette entre les deux résidences parentales. Camille racontait qu'en rentrant à la maison après l'école, elle retrouvait souvent sa mère complètement ivre morte, hors d'elle-même ou en état de stupeur. Sa mère l'envoyait parfois à la pharmacie chercher ses médicaments sur ordonnance contre la douleur. Camille se sentait alors responsable de la dépendance de sa mère aux médicaments et à l'alcool. Sa mère l'entraînait aussi dans des activités antisociales, comme le vol à l'étalage. Camille décrivait leur relation en des termes solennellement positifs. Elle qualifiait sa relation avec son père comme étant « à distance » et « vide ».

Le parcours clinique de Camille pendant la première année de la thérapie s'est caractérisé par de nombreuses provocations de la thérapeute par le biais de menaces et des actions destructrices et d'autodestruction. Camille était assidue à ses séances de psychothérapie et assez avenante pendant les séances, mais affirmait ne pas pouvoir abandonner son « rôle de patiente dangereusement et fatalement suicidaire », et ses comportements autodestructeurs rebelles ont entraîné de fréquentes interruptions et des crises pendant le traitement. À la fin de l'année de traitement, la patiente avait partiellement réussi à contrôler ses comportements autodestructeurs, sa boulimie, ses mensonges et ses vols chroniques. Ses comportements parasuicidaires ont connu une réduction de 50 % par rapport à l'année précédant le traitement ; cependant, le traitement est resté focalisé sur les fantasmes, les idéations et les comportements suicidaires, en particulier sur les façons dont ces comportements étaient destinés à entraîner le thérapeute dans un rôle de sauveur. Malgré des changements au plan de la symptomatologie, il y eut peu de changements dans l'organisation de la personnalité par rapport à l'attachement ou aux capacités de mentalisation :

- Aucun changement de son état de Non résolu/désorganisé à l'AAI (de U/E1/E2 à U/CC/E3/Ds1) après un an
- Un changement modéré de FR à l'AAI après un an (de 3,5 à 4,5)
- Aucun changement de l'organisation de la personnalité selon l'IPO (restée dans l'éventail borderline).

À la PT-AAI, il est très frappant de constater le contraste entre la compréhension rudimentaire et superficielle de Camille des états mentaux qui alimentent ses comportements parasuicidaires, et le raisonnement complexe et élaboré du thérapeute au sujet des intentions et des motivations de Camille. Cette thérapeute obtenait l'un des résultats les plus élevés en ce qui concerne la FR dans notre échantillon. Elle donnait

des formulations perspicaces et superposées au sujet des conflits, des croyances et des désirs qui convergeaient dans le transfert et alimentaient les comportements autodestructeurs chroniques de Camille. Elle exprimait aussi de la tristesse, de la frustration et du désarroi face à son incapacité d'aider la patiente à éliminer ses comportements. Quand on lui a demandé pourquoi sa patiente se comportait comme elle le faisait, la thérapeute a répondu :

Elle s'est identifiée à une mère ivre, qui non seulement est ivrogne, mais aussi profondément fausse, trompeuse et abandonnée. Cette mère menace ouvertement, encore aujourd'hui, de l'abandonner et, en effet, elle a abandonné deux autres de ses enfants. Et ceci a beaucoup marqué la patiente; elle désire donc être la mère ivre dont elle a pris soin... Il s'agit d'un désir conscient et résolument sincère. Et elle voit aussi l'autre personne comme une ivrogne... Il est évident qu'elle me voit comme étant une sorte de *défoncée*, comme si rien ne me touche, à moins qu'il ne s'agisse de quelque chose de tellement macabre que même une personne en semi-stupeur serait interpellée. Je pense donc que l'alternance entre être et avoir cette mère ivre et dépendante explique beaucoup de choses.

La thérapeute adopta une position humoristique et philosophique face à son travail avec sa patiente, malgré des lueurs évidentes de colère et de conflit dans des passages comme ci-dessus (caractéristique de F5). Typique des locuteurs ayant une FR remarquable et exceptionnelle et des états mentaux sûrs par rapport à l'attachement, la thérapeute a reconnu son propre apport aux difficultés de ce traitement, et a admis avec remords que son travail avec Camille a été rendu plus difficile par les manières dont elle percevait chez Camille des aspects d'elle-même qu'elle déteste ou qu'elle valorise. Par exemple, elle affirma :

La partie de moi-même que je n'aime pas est en quelque sorte énormément magnifiée chez cette patiente, dans la mesure où je suis aussi préoccupée par les apparences, de faire bonne impression sur les gens, et toute cette partie narcissique de mon caractère... D'un autre côté, il y a certains aspects sublimatoires de mon caractère que je vois chez elle en miniature et ça, j'aime ça : le fait qu'elle aille à l'école, qu'elle veuille apprendre, par exemple. Elle lit beaucoup, elle écrit et autres éléments du genre. J'apprécie donc ces aspects en elle.

Comme le thérapeute précédent, cette thérapeute a obtenu un score de F5, soit sécurisant/autonome, indiquant un portrait cohérent, quoiqu'un peu empreint de colère conflictuelle face au travail et à la relation thérapeutiques.

**PT-AAI : Camille**

Contrairement à son thérapeute qui a obtenu un résultat signifiant, soit un état mental sécurisant/autonome en ce qui a trait à la relation thérapeutique, l'état mental préoccupé de Camille par rapport aux figures et aux traumatismes liés à l'attachement vécus ont imprégné la relation thérapeutique, ce qui lui a mérité une classification au PT-AAI de E3, soit accablé de préoccupations craintives à l'égard de la relation thérapeutique après un an. L'aspect le plus remarquable du PT-AAI de Camille était l'entretien préoccupé de fantasme d'être sauvée par son thérapeute d'une mort provoquée. Son processus de pensée est déformé par ses inquiétudes accablantes à propos de ses impulsions autodestructrices qui lui semblaient incontrôlables. Dans le passage cité plus haut, on voit aussi l'immersion dans des fantaisies et des rêves terrifiants qui caractérisent ceux qui obtiennent à l'AAI une côte d'épouvantablement préoccupée face à des événements traumatisants. À certains moments, par contre, la patiente donne des indications qu'elle réfléchit aux états mentaux qui suscitent ces fantaisies et leur incidence sur l'esprit du thérapeute, comme dans le commentaire suivant :

Si nous avons eu une séance très difficile, je me sens horrible et dégoûtante. Je sens que c'est ce qu'elle croit que je suis. C'est peut-être pourquoi j'aime toujours jouer le rôle de la patiente dangereuse, au bord d'un suicide fatal... Je serais comme sa patiente limite la plus atteinte, sans cela, je ne peux pas concevoir qu'elle me trouve intéressante... vous savez sans cette palpitation...

Parfois, comme dans le passage ci-dessus, la patiente se sert, de manière étonnamment rafraîchissante et originale, d'un langage d'état mental, mais sans pour autant montrer clairement ou explicitement qu'elle comprend vraiment les implications de ses affirmations. En fait, la transcription de son PT-AAI indiquait une variabilité considérable de la mentalisation, certains passages révélant la capacité de penser en termes d'états mentaux au sujet d'elle-même et de ses relations; ces passages étaient toutefois parsemés de formulations grandioses, bizarres ou intéressées, ce qui a donné au PT-AAI un résultat global de 4 pour ce qui est de la FR.

Un exemple de sa capacité limitée de réfléchir en termes d'états mentaux transparait dans la description de sa relation avec sa mère et de son incidence sur ses propres états mentaux. Ainsi, dans la PT-AAI elle affirme : « Je devais être là pour elle et prendre soin d'elle... et maintenant on dirait que je veux faire la même chose et je sens que c'est à mon tour ». De tels passages ont amené l'évaluateur de la FR à remarquer que la patiente affichait une certaine capacité rudimentaire de « réfléchir à la réflexion » et à commencer à « intérioriser l'esprit de son thérapeute de manière utile ».

Toutefois, sa réaction aux séparations telle que décrite à la PT-AAI — où, comme à une occasion à l'AAI, elle avait été classée comme épouvantablement préoccupée par des événements traumatisants — indique la nature incomplète de cette intériorisation et l'échec d'une constance d'évocation (Auerbach et Blatt, 2001 ; Blatt et Auerbach, 2000). Camille décrit ses séparations du thérapeute comme une source d'anxiété extrême et se compare à un nourrisson incapable d'évoquer une quelconque représentation de sa mère en son absence.

... Elle (la thérapeute) a dit qu'elle penserait à moi, vous savez. Mais... c'est comme si vous passez la porte et ça y est. Et, c'est comme un bébé en pleurs qui voit sa mère et qui pleure dès que sa mère s'en va... Oh, elle n'est plus là.

Il est intéressant de noter que la description faite par la thérapeute de sa réaction aux séparations fait écho à l'incapacité de la patiente de garder sa thérapeute à l'esprit :

Bien, je crois que je me suis dit que, lorsqu'elle quitte le bureau, c'est fini. Je sens que ce n'est plus entre mes mains. Il n'y a rien que je puisse faire pour elle entre les séances ; elle posera des gestes qui lui seront nuisibles... Donc, quand elle quitte le bureau, je ne me sens pas soulagée. Je ne sens pas cette espèce d'excitation que l'on sent parfois quand on a réussi quelque chose avec un patient et qu'on a l'impression d'avoir très bien collaboré. Je ne sens rien : c'est un sentiment de vide.

Ces passages indiquent que ni la patiente ni la thérapeute n'ont le sens d'une base de sécurité dans le traitement.

## **Conclusion**

Les résultats cliniques et empiriques présentés dans cet article indiquent que l'utilisation conjointe du PT-AAI et de l'AAI procure un moyen efficace de l'évolution de l'attachement dans le transfert et le contre-transfert à mesure que ces sentiments se manifestent en cours de thérapie. Bien que préliminaires, les résultats confirment empiriquement l'idée longtemps tenue en psychanalyse que les patients ont tendance à récapituler avec le thérapeute les états mentaux déjà vécus avec les premières figures d'attachement. Toutefois, le fait d'observer, après une année de psychothérapie focalisée sur le transfert, des résultats différents dans les formes d'attachement, la symptomatologie et les capacités de la fonction réflexive chez les deux patientes semblables en début de traitement pour ce qui est de l'attachement et du niveau de la FR à l'AAI, permet de supposer que l'attachement dans le couple patient-thérapeute pourrait influencer les résultats, même dans un traitement structuré manualisé. Nos constats portent à croire que l'attachement et

la FR ne sont pas des concepts intrapsychiques statiques, mais qu'ils seraient plutôt le résultat de la transaction activée entre le patient et le thérapeute en constante fluctuation dynamique au cours de la thérapie. On peut envisager la mentalisation sur la scène psychothérapique comme un processus co-construit, en ce sens que les capacités de la FR, tant du thérapeute que du patient, s'influencent mutuellement. L'état mental du patient, pour ce qui est de son mode d'attachement, des capacités de sa FR et des réactions du thérapeute à ces caractéristiques peuvent être considérées comme constituant un « tiers inclus » ou « tiers analytique » reflétant la dialectique particulière engendrée entre les subjectivités distinctes de chaque dyade patient-thérapeute (Ogden, 1994). Tout comme la capacité ou l'incapacité du thérapeute à comprendre et réfléchir aux états mentaux de son patient pourrait amplifier ou restreindre celle du patient de penser en termes d'états mentaux, à comprendre la nature et le fonctionnement des états mentaux et pourrait aussi renforcer ou inhiber les capacités de mentalisation du thérapeute.

Il est clair que les résultats isolés de la FR du patient et du thérapeute ne saisissent pas le profil de la fonction réflexive de chacun en relation l'un à l'autre. Il est intéressant que les deux patientes aient eu des résultats semblables à la PT-AAI après un an. Pourtant, dans la dyade thérapeute-patient où la FR de la patiente et celle du thérapeute différait légèrement, la patiente s'était améliorée de façon remarquable, alors que dans la dyade où il y avait une différence marquée entre la FR de la patiente et celle de la thérapeute, la patiente n'a pas fait de progrès substantiel. En somme, nos extraits de récits illustrent que, si on veut que le patient se serve de la relation thérapeutique comme d'un échafaudage à partir duquel développer sa propre capacité de se comprendre lui-même et les autres en termes d'états mentaux intentionnels, la FR du thérapeute doit être jaugée, afin qu'elle ne soit ni trop différente, ni trop parallèle à celle du patient.

## Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington D.C.
- AUERBACH, J. S., BLATT, S. J., 2001, Self-reflexivity, intersubjectivity, and therapeutic change, *Psychoanalytic Psychology*, 18, 427-450.
- BATEMAN, A., FONAGY, P., 2004, *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : Mentalization-based Treatment*, Oxford University Press, New York.

- BLATT, S. J., AUERBACH, J. S., 2001, Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 113-159.
- BLIZARD, R., 2001, A Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 4, 2001, 37-58.
- BOWLBY, J., 1969, *Attachment and Loss*, vol. 1, Attachment, Basic Books, New York.
- BOWLBY, J., 1973, *Attachment and Loss*, vol. 2, Separation, Basic Books, New York.
- BOWLBY, J., 1975, Attachment theory, separation theory, and mourning, in David A. Hamburg, D. A., Brodie, K.H., eds, *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edition, VI, New Psychiatric Frontiers, chapter 14, 292-309.
- CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., LEVY, K. N., HULL, J. W., DELANEY, J. C., KERNBERG, O. F., 2001, The development of a psychoanalytic treatment for patient with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change, *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F., KERNBERG, O. F., 2006, *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J., LEVY, K. N., LEVINE, H., KOTOV, H., 1999, *The Patient Therapist Adult Attachment Interview (PT-AAI)*, unpublished manuscript, Department of Psychology, City University of New York.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J. F., STOVALL-McCLOUGH, C., LEVY, K. N., FOELSCH, P., LEVINE, H., YEOMANS, F., 2002, Patient-therapist attachment: impact on the therapeutic process and outcome, in Cortina, M., Marone, M., eds., *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*, Whurr Press, London
- DIAMOND, D., STOVALL-McCLOUGH, C., CLARKIN, J., LEVY, K., 2003, *Patient-Therapist Adult Attachment Scoring and Classification Systems*, Department of Psychology, The City University of New York, Unpublished research manual.
- DOZIER, M., TYRRELL, C., 1998, The role of attachment in the therapeutic relationship, in Simpson, J. A., Rhodes, W.S., eds., *Attachment Theory and Close Relationship*, Guilford Press, New York.
- DOZIER, M., CHASE STOVALL, K., ALBUS, K. E., 1999, Attachment and psychopathology in adulthood, in Cassidy, J., Shaver, P., eds., *Handbook of Attachment*, Guilford Press, New York, 497-519.

- EAGLE, M., 2003, Clinical implications of attachment theory, *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 12-27.
- FONAGY, P., 1991, Thinking about thinking, *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- FONAGY, P., LEIGH, T., STEELE, M., STEELE, H., KENNEDY, R., MATTOON, G., TARGET, M., GERBER, A., 1996, The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., TARGET, M., 1997, *Reflective-Functioning Manual: Version 4.1. For Application to the Adult Attachment Interviews*, unpublished manuscript, University College, London.
- FONAGY, P., 1999, Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research, in Cassidy, J., Shaver, P.R., eds., *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, Guilford Press, New York, 595-625.
- FONAGY, P., 1999, Points of contact and divergence between psychoanalytic and attachment theories: Is Psychoanalytic theory truly different, *Psychoanalytic Inquiry*, 448-481.
- FONAGY, P., 2001, *Attachment Theory and Psychoanalysis*, Other Press, New York.
- FONAGY, GERGELEY, G., JURIST, E., TARGET, M., 2002, *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, Other Press, New York.
- FONAGY, P., TARGET, M., GERGELY, G, ALLEN, J., BATEMAN, A., 2001, The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence, *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 3, 412-459.
- FREUD, S., 1913, *On Beginning the Treatment*, S.E., 13.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M., 1985, *The Berkeley Adult Attachment Interview*, Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- GOLD, S., 2000, *Not Trauma Alone: Therapy for Child Abuse Survivors in Family and Social Context, SE, The Series in Trauma and Loss*, Brunner-Routledge, New York.
- GROSSMAN, K., GROSSMANN, K., WATERS, E., 2006, *Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies*, Guilford Press, New York.
- HESSE, E., 1999, The adult attachment interview, in Cassidy, J., Shaver, P. R., eds., *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York.



- HESSE, E., MAIN, M., ABRAMS, KELLY. Y., RIFKIN, A., sous presse, *Unresolved states regarding loss or abuse can have “second generation” effects: disorganization, role inversion, and frightening ideation in the offspring of traumatized, non-maltreating parents.*
- HOLMES, J., 1996, *Attachment, Intimacy and Autonomy: Using Attachment Theory in Adult Psychotherapy*, Jason Aronson, Northvale, New Jersey.
- HOLMES, J., 1995, Something there is that doesn't love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis, in Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J., eds., *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, 19-43.
- HOLMES, J., 2004, *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*, Brunner Routledge, New York.
- KERNBERG, O. F., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O. F., 1976, *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson, New York.
- KERNBERG, O. F., 1984, *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.
- KOENIGSBERG, H., KERNBERG, O., APPELBAUM, A., STONE, M., YEOMANS, F., DIAMOND, D., 2000, *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*, Basic Books, New York.
- LEVY, K. N., CLARKIN, J. F., YEOMANS, F.E., SCOTT, L. N., WASSERMAN, R. H., KERNBERG, O. H., 2006, Mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481-502.
- LEVY, K. N., KELLY, K. M., MEEHAN, K. B., KELLY, K. M., REYNOSO, J. S., CLARKIN, J. F., LENZENWEGER, M. F., KERNBERG, O. F., 2006b, 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.
- LEVY, K. N., CLARKIN, J. F., FOELSCH, P. A., KERNBERG, O. F., in review, *Transference Focused Psychotherapy of Patients with Borderline Personality Disorder: Comparison of a Treatment as Usual Cohort*, Manuscript submitted for publication.
- LIOTTI, G., 1995, Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders, in Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. eds., *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, 343-367.

- LIOTTI, G., 1992, Disorganized attachment in the etiology of the dissociative disorders, *Dissociation*, 4, 196-204.
- LIOTTI, G., 1999, Understanding the dissociative processes: The contributions of attachment theory, *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 5, 757-783.
- LIOTTI, G., 2000a, Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy, in Gilbert, P., Bailey, K., eds., *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, Brunner-Routledge, New York 232-256.
- LIOTTI, G., 2000b, Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 4, 472-486.
- LIOTTI, G., 2004, The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach, in Gilbert, K. P., ed., *Evolutionary Theory and Cognitive Therapy*, Springer Publishing Co., New York, 137-160.
- LYONS-RUTH, K., 1999, The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization, *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 4, 40-45.
- MAIN, M., 1999, Epilogue, Attachment Theory: Eighteen points with suggestions for future studies, in Cassidy, J., Shaver, P. R., eds., *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York.
- MAIN, M., GOLDWYN, R., 1985-1998, sous presse, Adult Attachment Scoring and Classification System, Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California at Berkeley, in Main, M., (ed.), *Systems for Assessing Attachment Organization through Discourse, Behavior and Drawings* (working title), Cambridge University Press, in press.
- PARISH, M., EAGLE, M., 1999, Attachment to the therapist, *Psychoanalytic Psychology*, 271-286.
- SIEGEL, D., 1999, *The Developing Mind: Towards a Neurobiology of Interpersonal Experience*, Guilford Press, New York.
- SCHORE, A. N., 2003, *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, Norton and Company, New York.
- SCHORE, A. N., 2003b, *Affect Regulation and Repair of the Self*, Norton and Company, New York.
- SLADE, A., 1999, Attachment Theory and research: Implications for theory and practice of individual psychotherapy, in Cassidy, J., Shaver, P., eds.,

*Handbook of Attachment Theory and Research*, Guilford Press, New York.

- SZAJNBERG, N. M., CRITTENDEN, P. M., 1997, The Transference Refracted Through the Lens of Attachment, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 25, 3, 409-438.
- STEELE, K., VAN-DER-HART, K. NIJENHUIS, O, ELLERT, R.-S., 2001, Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 4, 79-116.
- VAN IJZENDOORN, M. H., SCHUENGEL, C., BAKERMANS-KRANENBURG, M. K., 1999, Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae, *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- WATERS, E. MERRICK, S, TREBOUX, D., CROWELL, J., ALBERSHEIM, L., 2000, Attachment security in infancy and early adulthood: A 20 year longitudinal study, *Child Development*, 71, 684-689.
- WESTEN, D., GABBARD, G. O., 2002, Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference, *Journal of the American-Psychoanalytic Association*, 50, 1, 99- 134.
- YEOMANS, F.E., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., 2002, *A Primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson, New Haven.
- YEOMANS, F. E., DELANEY, J. C., RENAUD, A., 2007, La psychothérapie focalisée sur le transfert, *Santé mentale au Québec*, 32, 1, 17-34.

## ABSTRACT

### **The Patient Therapist Relationship : Implications of Attachment Theory, Reflective Functioning and Research**

This paper illustrates the centrality of attachment issues in a manualized psychodynamic psychotherapy for BPD, Transference-focused psychotherapy (TFP). The focus is on how the psychotherapist's awareness of these issues may advance the understanding of psychopathological processes mediated by attachment disorganization, and in particular how the patient-therapist match may foster or impede disorganized attachment.

## RESUMEN

### **La relación paciente-terapeuta: Impactos de la teoría del apego, de la función reflexiva y de la investigación**

En este artículo los autores intentan ilustrar la manera en que las cuestiones relacionadas con el apego se encuentran en el centro de la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT), una psicoterapia psicodinámica hecha manual para el tratamiento de las personas con un trastorno de la personalidad límite (TPL). Los autores ponen en evidencia que la forma en la que el psicoterapeuta toma conciencia de las cuestiones relacionadas con el apego puede ayudarle a comprender mejor los procesos psicopatológicos ocasionados por los trastornos de apego y, en particular, la manera como el lazo paciente-terapeuta puede favorecer la desorganización del apego o entorpecerlo bastante.

## RESUMO

### **A relação paciente/terapeuta: Impactos da teoria do apego, da função reflexiva e da pesquisa**

Neste artigo, os autores tentam ilustrar como as questões ligadas ao apego estão no centro da psicoterapia focalizada na transferência (PFT), uma psicoterapia psicodinâmica manualizada para o tratamento das pessoas que sofrem de um transtorno da personalidade *borderline* (TPB). Os autores evidenciam que a maneira como o psicoterapeuta toma consciência destas questões ligadas ao apego pode ajudá-lo a melhor compreender os processos psicopatológicos ocasionados pelos transtornos do apego e, principalmente, como a relação paciente/terapeuta pode favorecer a desorganização do apego ou atrapalhá-lo razoavelmente.