

LE STYLE D'ATTACHEMENT DU THÉRAPEUTE  
ET SON INFLUENCE SUR LE PROCESSUS  
THÉRAPEUTIQUE

---

*Par Diane Dulude*

*PGRO Troisième cycle*  
*Octobre 2010*

- *Mon hypothèse de travail est que l'objectif optimal pour un thérapeute, est de devenir conscient de ses propres enjeux, incluant ses forces et ses faiblesses afin de pouvoir s'appuyer là-dessus pour aider ses clients. Ce qui nous dispense d'avoir à être parfait et à ressembler à n'importe qui d'autre sauf à soi-même. Cela nous permet aussi de faire face à tous les deuils que nous avons à faire pour accepter nos imperfections qui peuvent une fois connues et apprivoisées, devenir des outils d'aide puissants et encourageants pour nos clients.*

# LES ÉTUDES SUR LES PSYCHOTHÉRAPEUTES

SELON CONRAD LECOMPTE, AQG 2003

*« Quels que soient leur niveau d'expérience, les thérapeutes éprouvent d'énormes difficultés dans des situations de conflits ou de tensions interpersonnelles (Binder et Strupp, 1997) en particulier face à des comportements hostiles » (Hill et al., 1996 selon C. Lecompte, AQG, 2003) .*

*- La plupart de ces impasses reposent sur des expériences de dérégulation émotionnelle.*

### ***Comment devient-on un psychothérapeute efficace ?***

*Il existe peu d'étude sur le développement de l'identité et de la compétence professionnelle (C. Lecompte, 2003). Voici les résultats d'une étude réalisée auprès de 100 psychothérapeutes à partir d'entrevues : du thérapeute débutant au thérapeute de plus de 40 années d'expérience.*

## Étudiant gradué débutant

- o Anxiété, enthousiasme, quête de certitude, de techniques ;
- o « J'ai réussi mes cours théoriques, mais suis-je capable d'aider des personnes ? » ;
- o « Je mesure mon succès par le succès qu'ont mes clients. »

## De 2 à 5 ans de pratique

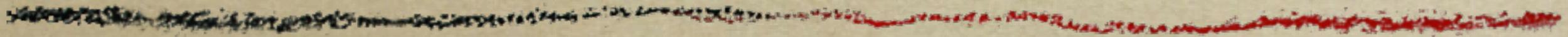
- o Essaie de ne plus imiter ou suivre l'influence de son maître ;
- o Se découvre inadéquat, pas assez formé ;
- o Théories ne sont pas suffisantes ;
- o Découvre la complexité des personnes.

## 10 ans de pratique

- o Recherche authenticité professionnelle ;
- o Recherche cohérence et son style ;
- o Recherche théories et techniques cohérentes avec sa personnalité ;
- o Recherche encore cartésienne ;
- o Processus de personnalisation ;
- o Découvre sa complexité ;
- o Satisfaction et ouverture à la nouveauté ;
- o Flexibilité et humilité ;
- o « Je n'ai plus autant besoin de l'approbation de mes clients pour me sentir adéquat ».

20-30 ans de pratique

- o Démarche encore plus individualisée et une quête plus poussée de l'authenticité et de créativité ;
- o Conscient de l'importance de ce qui est, de sa subjectivité ;
- o Engager dans un processus continu de conscience réflexive de soi ;
- o Vise à s'actualiser, à utiliser ses ressources ;
- o Ouverture aux différents modèles cohérents avec qui il est.



Le développement de mécanisme de  
défense pour protéger le self.  
Par Diana Fosha

# Le développement de mécanisme de défense pour protéger le self selon Diana Fosha

---

*Les qualités d'un parent efficace ont été définies par les recherches sur le développement optimal et l'attachement sécure. Ce qui semble promouvoir l'attachement sécure, sont la compétence affective (Fosha, 2000b), reflétée dans son propre modèle interne opérant et la capacité réflexive (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994 ; Fonagy, Steele, et al., 1995 ; Fonagy & Target, 1998 ; Main, 1995).*

*Réciproquement, lorsque les compétences affectives du parent sont compromises, son incapacité à s'ajuster harmonieusement à l'enfant dans le processus dyadique de régulation affective, fait en sorte que l'enfant développe des mécanismes de défenses pour compenser aux manques de son parent, conduisant à des organisations d'attachement insécure, ou un état d'esprit en lien avec un attachement désorganisé quand tous les efforts défensifs ont échoué.*

# La compétence affective du parent

---

- *Les qualités du parent sont cruciales pour la compétence affective de l'enfant.*
- *Promouvoir le développement de l'attachement sécure chez l'enfant, implique toute la compétence du parent dans la régulation des émotions, les siennes et celles de son enfant. Une qualité souvent soulignée en PGRO est la sensibilité maternelle; c'est la capacité à décoder le langage non-verbal de son enfant et donc de syntoniser d'hémisphère droit en hémisphère droit. Par ce processus, le parent s'implique activement pour aider l'enfant dans des situations stressantes ou angoissantes. Cette prise en charge émotionnelle est cruciale pour la régulation affective.*
- *La compétence affective du parent est la pierre angulaire sur laquelle s'édifie le sentiment de sécurité de l'enfant (Fosha, 2000b). Cette compétence affective du parent, tire ses informations d'un modèle interne opérant où l'affect et les rapports entre le self et les autres, les sentiments et les capacités à gérer une situation peuvent s'opérer dans l'harmonie.*

# La fonction réflexive du parent

---

*Être capable de refléter l'expérience émotionnelle, que ce soit la sienne et celle de l'autre, est un autre aspect de la compétence affective. Elle a été nommée la fonction réflexive du self par Peter Fonagy (Fonagy, Steele, et al., 1995). Elle implique aussi la capacité à maintenir un récit auto-biographique cohérent et coopératif tel que décrit par Mary Main (1995). Plus remarquablement, c'est la capacité « auto-noétique » (Siegel, 1999) qui est à l'origine de l'interruption de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie (Main, 2003), et qui contribue à la résilience de l'enfant sous le stress (Fonagy, Steele, et al., 1994).*

# La fonction réflexive du parent :

« Exister dans le cœur et dans l'esprit de quelqu'un d'autre » (Fosha, 2003).

---

- *La capacité du fonctionnement réflexif du self permet au parent de se synchroniser avec son enfant et avec ses besoins, même si cela exige de passer pardessus sa propre expérience émotionnelle. La conséquence fondamentale est que l'enfant a l'expérience d'exister dans le cœur et dans l'esprit de quelqu'un d'autre pour lui-même, et non comme une extension du parent lui-même.*
- *Tout au long de son développement, l'individu va intégrer cette capacité et, bien équipé de cette « ceinture de sécurité », il devient plus autonome au niveau psychique. L'individu développe ainsi sa propre fonction réflexive ce qui lui permet de moduler ses émotions, de coordonner la synchronisation du self et de répondre avec flexibilité aux situations nouvelles.*

# La classification des styles d'attachement

---

- *La qualité de l'attachement reflète la capacité de la dyade mère-enfant, à réguler des émotions intenses associées aux vicissitudes de leur relation tandis que le contact est maintenu. Le parent assiste l'enfant en soutenant ses émotions accablantes ; une large part de la compétence affective du parent vis-à-vis des émotions de son enfant dépendent de sa capacité à réguler ses propres émotions.*
- *Mary Main souligne qu'une qualité importante à la mère avec un attachement sécure, c'est la **métacognition**. Peter Fonagy va dans le même sens. Selon lui, une personne avec un état d'esprit sécure manifeste la capacité à réfléchir à sa propre expérience émotionnelle interne et de faire sens avec elle, et en même temps, de refléter l'état d'esprit d'une autre personne. Quand un donneur de soin est capable de lire les signaux verbaux et non-verbaux de l'enfant et de le lui refléter d'une façon juste, l'enfant se voit à travers le regard de l'autre tel qu'il est. Et c'est à partir de cet « accordage » et du processus de communication contingente que les racines du Self sont semées et qu'elles se développent.*

# L'établissement de mécanisme de défense pour compenser les manques du « caregiving ».

---

*Les individus, présentant un schème d'attachement insécurisant, perdent cette fonction réflexive parce que leur monde émotionnel n'est pas décodé de façon juste et que le reflet est déformé. Alors soit que leur monde émotionnel est réprimé comme dans le cas de l'attachement minimisant ou qu'il est exacerbé comme dans le cas de l'attachement préoccupé. Ces individus sont incapables d'identifier leurs propres expériences internes ou de refléter ce qui se passe chez l'autre. Si la méthode de régulation du système d'attachement se trouve à l'une de ces extrémités, la capacité réflexive (sur soi-même ou sur l'autre) est compromise.*

# De la mère au thérapeute

---

- *Selon ces recherches, ce n'est que si le parent sait bien voir ses propres actions et celles d'autrui en termes d'états mentaux qu'il pourra comprendre et ainsi mieux tolérer les signaux de détresse de son enfant.*
- *Nous pourrions faire le parallèle avec le thérapeute et penser que ce n'est que si le thérapeute sait bien voir ses propres actions et celles d'autrui en termes d'états mentaux qu'il pourra comprendre et ainsi mieux tolérer les signaux de détresse de son client.*

# De la mère au thérapeute

---

- *Selon Winnicott (1958), c'est au moyen de l'identification projective que la mère doit pouvoir contenir les affects accablants de l'enfant, anticiper ses besoins physiques et psychologiques, s'adapter et ajuster le monde externe à lui. Pour cela, elle doit saisir l'expérience mentale du bébé et la lui re-présenter dans un langage que l'enfant peut comprendre (Fonagy et al., 1991).*
- *Ici encore, nous pouvons nous inspirer de ce processus et penser que c'est au moyen de l'identification projective que le thérapeute doit pouvoir contenir les affects accablants du client, saisir son expérience mentale et la lui re-présenter dans un langage que le client peut comprendre.*

# ALAN SHORE

---

- *«Une perspective transactionnelle dyadique suppose non seulement de regarder de plus près la dynamique émotionnelle du patient,*
- *elle met aussi en évidence la structure de personnalité et les émotions du thérapeute ».*



# WALLIN 2006

---

- *STYLE D'ATTACHEMENT ÉVITANT ET PRÉOCCUPÉ*
  - *Diana Fosha (2003) : He can deal but he cant feel. He can feel but he cant deal.*
  - *Comment, ils se présentent.*
  - *Estime de soi.*
  - *Capacités de support Interne /Externe.*
  - *Niveau neurologique.*
  - *Style de thérapeute.*

Selon Wallin (2006), les thèmes du travail en psychothérapie, sont :  
pour l'état d'esprit évitant : *De L'Isolement à l'Intimité*  
et pour l'état d'esprit préoccupé : *Faire de la place pour une pensée -----  
personnelle.*

Selon Diana Fosha (2003), les patients évitants peuvent gérer, *faire face à une situation (deal)*- mais ils ne peuvent pas sentir.  
Ceux qui sont préoccupé *peuvent se sentir (feel et reel)*, mais ils ne peuvent pas gérer la situation.

« *He can deal but he cant feel* »      « *He can feel but he cant deal.* »

## ÉTAT D'ESPRIT

### ÉVITANT

### PRÉOCCUPÉ

#### **Comment, ils se présentent ?**

Les personnes évitantes apparaissent souvent peu vivante, coupant leurs sentiments, se sentant inconfortables en proximité des autres.

Les préoccupés se présentent souvent comme des personnes vivantes et plein d'entrain –mais elles sont aussi submergées par leurs émotions et absorbées par la mise à distance mises par les autres.

-----

#### **Estime de soi**

Superficiellement, au moins, les patients évitants ont un petit problème avec leur propre estime d'eux-mêmes ou leur autonomie.

Les patients préoccupés sont remplis de doutes et de peur d'être trop indépendant.

#### **Capacités de support.** Interne/Externe

Les patients évitants ont toujours eu la plupart du temps de la difficulté à faire confiance aux autres; ils n'ont aucune difficulté à s'appuyer sur eux-mêmes.

Les patients préoccupés ont de la difficulté à croire en eux et à s'appuyer sur eux-mêmes. Ils ont plus confiance aux autres et ils recherchent plus l'aide chez les autres

## **Au niveau neurologique**

Les patients évitants semblent couper des ressources socio-émotionnelles de leur cerveau droit.

-----

## **DIFFICULTÉ AU NIVEAU DE LA COMPÉTENCE AFFECTIVE**

### **Style du thérapeute**

Un thérapeute détaché, qui traite seulement avec son hémisphère gauche, ne peut pas activer les ressources développées du client à se relier intimement aux autres et à ressentir les émotions dans ces interactions.

Devenir plus sensible aux sentiments qui l'habitent et qui est implicite ou explicite chez le client, tenir compte dans sa façon de penser et de refléter ce qui se passe avec son client.-----  
-----

Les patients préoccupés ont de la difficulté à aménager les habiletés linguistiques de leur cerveau gauche pour mettre en ordre et donner un sens à leur expérience lorsqu'elle est désordonnée.

## **DIFFICULTÉ AU NIVEAU DE LA COMPÉTENCE RÉFLEXIVE**

Un thérapeute préoccupé qui a de la difficulté à utiliser les capacités linguistiques et interprétatives du cerveau gauche, peut ne pas être capable de parler dans un langage auquel le patient peut répondre.

Besoin de se calmer afin que son état d'esprit devienne moins réactif, qu'il puisse tenir compte de l'expérience réelle du client et d'avoir une pensée plus ajustée en fonction de ses besoins.

# LA RÉACTION DU THÉRAPEUTE

---

- *Plus précisément, quelles émotions et comment elle sont exprimées dépendra largement de votre propre pattern d'attachement.*
- *Les thérapeutes évitants peuvent devenir froids ou retranchés. Ou, ils peuvent devenir contrôlants. Ils peuvent interpréter ce qui se passe pour le client.*
- *Les thérapeutes préoccupés au prise avec des peurs immenses d'abandon peuvent trouver impossible de ne pas montrer comment ils se sentent accablés par leurs sentiments ou ils peuvent devenir enragés.*

# LA RÉACTION DU THÉRAPEUTE

---

- *Idéalement, le thérapeute est assez sécure pour communiquer certains sentiments, ce qui est suffisant pour toucher le niveau émotionnel du client.*
- *Être capable de reconnaître et de comprendre certains patterns caractéristiques du transfert/ contre-transfert qui peuvent survenir avec vos clients avec un style d'attachement donné n'est pas une garantie d'une relation optimale mais cela peut aider.*  
*(Wallin, 2006)*

# RÉSULTATS D'UNE THÈSE DOCTORAT 2008

PAR GAYTRI EKAMPARAM

*Insecure attachment and the therapeutic relationship :  
Relational dynamics between therapists and addicts in  
psychotherapy.*

# L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

- Les recherches ont démontrés qu'une bonne alliance thérapeutique est reliée à des résultats positifs en thérapie.
- Le lien se réfère à un attachement émotionnel entre le thérapeute et le client.

- Le processus par lequel s'établit l'alliance est semblable à celui par lequel un enfant développe un attachement avec sa mère (Grotstein, 1990).
- L'attachement entre le thérapeute et le client est décrit comme un aspect fondamental de l'alliance et la pierre angulaire de la confiance d'où les changements émergent (Dunkle & Friedlander, 1996 ; Brisch, 1999 ; Meissner, 2007 ; Rubino, Barker, Roth & Fearon, 2000 ; Ligiero & Gelso, 2002 ; Diamond et al., 2003 ; Sauer, Lopez & Gormey, 2003).

# PHASE INITIALE

LES DYNAMIQUES DE  
L'ATTACHEMENT ET LE PROCESSUS  
THÉRAPEUTIQUE

# LES DYNAMIQUES D'ATTACHEMENT ET LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

- Certaines dynamiques d'attachement insécure apparaissent être plus problématiques et cela tient au fait que leurs modèles internes opérants engendrent des transferts particuliers et des réactions contre transférentielles dans la dyade thérapeutique.
- Les études qui ont explorées l'interaction entre les styles d'attachement du client et du thérapeute révèlent que des dynamiques problématiques influencent le processus thérapeutique.

# LES DYNAMIQUES D'ATTACHEMENT ET LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

- Les thérapeutes évitants peuvent être enclin à punir le besoin de dépendance chez le client, besoin qui n'est pas tolérer chez eux-mêmes, pour eux-mêmes.
- Tandis que les thérapeutes préoccupés peuvent percevoir la perte de la relation avec le client détaché comme relevant de ses propres incapacités ou faiblesses et ils projettent ses frustrations sur leurs clients.

# LES DYNAMIQUES D'ATTACHEMENT ET LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

- Ces dynamiques indiquent que :
  - les individus préoccupés tendent à avoir besoin de relations ;
  - les individus évitants préfèrent être autonome et éviter l'intimité.

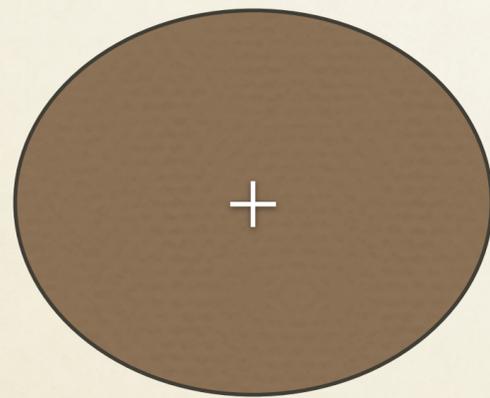
Quatre différents styles d'attachement sont ressorti basé sur le mode de représentation de soi et de l'autre.

(Bartholomew et Horowitz, 1991)

## Modèle du self

		<i>Positif</i>	<i>Négatif</i>
Modèle de l'autre	<i>Positif</i>	<b>SÉCURE</b> Confortable avec l'intimité et l'autonomie	<b>PRÉOCCUPÉ</b> Préoccupé par ses relations
	<i>Négatif</i>	<b>ÉVITANT</b> Évitant l'intimité Contre-dépendant	<b>APEURÉ ( FEARFUL)</b> Peur de l'intimité ; Socialement évitant.

# THÉRAPEUTE ÉVITANT



*Self positif,*



*Autre négatif*

# THÉRAPEUTE DÉTACHÉ ( SELF POSITIF, L'AUTRE NÉGATIF)

**CLIENT DÉTACHÉ**  
( self positif, l'autre négatif)

Thérapeute      Client

—————>      —————>

Parce que les deux acteurs –client et thérapeute- sont le miroir l'un de l'autre, la dépendance saine peut être découragée et les stratégies de régulation affective du client ne seront pas confrontées.

Le thérapeute ne va pas faciliter l'utilisation du thérapeute comme une base sécurisante pour l'exploration et la correction émotionnelle ne sera pas possible.

Cette dynamique renforce le MIO négatif du client qui croit que l'autre- le thérapeute n'est pas nourrissant ou réceptif de sorte que si la thérapie progresse, le client devient de plus en plus résistant.

Il peut être difficile de maintenir l'alliance et le travail de collaboration comme la thérapie progresse due à la confiance en soi et aux caractéristiques hostiles dans leurs relations interpersonnelles.

# THÉRAPEUTE DÉTACHÉ ( SELF POSITIF, L'AUTRE NÉGATIF)

CLIENT PRÉOCCUPÉ

(self négatif, l'autre positif)

Thérapeute

Client



Le client peut initialement rester en thérapie parce qu'il est susceptible de voir le thérapeute de façon positive et de se voir comme inadéquat. Le thérapeute va avoir de la difficulté avec les besoins immenses de son client et sera tenté de punir ces parties du client qui confronte trop ses propres stratégies de régulation affective.

Cette dynamique sera concordant avec le style d'attachement du client, encourageant moins la dépendance et supportant plus ses fonctions cognitives.

Cette dynamique peut aussi renforcer chez le client le modèle du self négatif et le pousser à confirmer qu'il est sans valeur ou pas capable de prendre soin de lui. Dans les phases initiales du traitement, cela peut amener le client à regarder ailleurs à la recherche de réconfort.

# THÉRAPEUTE DÉTACHÉ ( SELF POSITIF, L'AUTRE NÉGATIF)

## **CLIENT APEURÉ ( self négatif et l'autre négatif)**

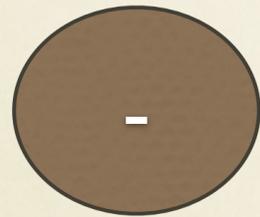
Cette dynamique sera problématique dans le développement de l'alliance. Comme les clients apeurés sont sensibles aux signaux de rejet, le thérapeute détaché va renforcer les peurs du client en étant détaché dans le contact intime dans la relation.

Le client va être d'autant plus résistant en thérapie qu'il ne se sentira pas en sécurité dans la relation.

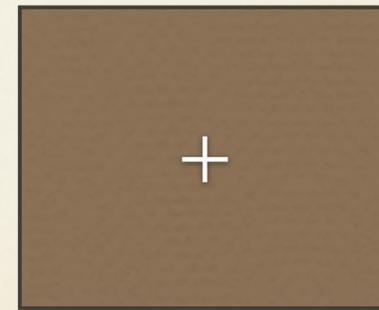
Tout comme les deux, le client et le thérapeute minimisent leurs besoins d'attachement, le thérapeute peut ne pas être capable d'offrir une base de sécurité suffisante à ces clients pour supporter leur exploration.

Le client peut bien se protéger dans la relation et être susceptible de ne pas rester en traitement dans une dynamique qui renforce son modèle interne opérant négatif (MIO).

# THÉRAPEUTE PRÉOCCUPÉ



Self négatif



*l'Autre positif*

# THÉRAPEUTE PRÉOCCUPÉ

(SELF NÉGATIF , L'AUTRE POSITIF)

## **CLIENT DÉTACHÉ** **( self positif, l'autre négatif)**

Cette dynamique est problématique pour le développement de l'alliance avec les clients car ils peuvent se sentir submergés et se défendre contre la proximité sollicitée par le thérapeute.

Le client peut trouver le thérapeute intrusif et devenir résistant au processus thérapeutique. Le thérapeute peut lutter contre l'hostilité témoignée par son client et trouvé difficile de gérer ses réactions contre-transférentielles qui pourraient l'entraîner à être punitif ou contraignant avec le client.

Le thérapeute peut rechercher la reconnaissance du client et se sentir rejeté. Le thérapeute peut trouver qu'il travaille plus fort dans cette relation que le client.

# THÉRAPEUTE PRÉOCCUPÉ

(SELF NÉGATIF , L'AUTRE POSITIF)

## **CLIENT PRÉOCCUPÉ ( self négatif, l'autre positif)**

Le client peut rester en thérapie mais développer une dépendance malsaine envers son thérapeute. Cela peut- être une relation de codépendance. Une alliance pourrait se former dans laquelle le thérapeute sent que le client a besoin de lui et qu'il répond à ces besoins alors que les stratégies de régulation affective de son client ne sont pas interpellées.

Le thérapeute peut décourager l'autonomie de son client et ce dernier peut ne pas apprendre à avoir des frontières saines.

Le thérapeute peut travailler fort pour rencontrer les demandes émotionnelles de son client mais le client peut ne pas apprendre à résoudre ses propres problèmes et à améliorer ses capacités cognitives.

# THÉRAPEUTE PRÉOCCUPÉ

(SELF NÉGATIF , L'AUTRE POSITIF)

## **CLIENT APEURÉ ( self négatif et l'autre négatif).**

Le thérapeute peut essayer de faire les bonnes choses pour son client et cela peut conduire soit à une réparation quand le client sent que l'on prend bien soin de lui ou si la proximité est trop grande, qu'elle fasse en sorte que le client peut appréhender qu'on le laisse tomber.

Cette dynamique peut aider les clients dépendants à former une alliance au début du traitement car le thérapeute apparaît disponible affectivement.

Les difficultés dans cette dynamique viendraient du focus que le thérapeute met sur l'expérience émotionnelle laquelle peut être difficile pour un client qui utilise des stratégies d'évitement.

Le client peut lutter contre les attentes du thérapeute, trouvé le thérapeute exigeant et se sentir défectueux.

**RECHERCHES DE A.  
BERNIER,  
ET M. DOZIER (2002).**

La dyade thérapeute /client dans laquelle les partenaires ont des styles relationnels dissemblables ou opposés devraient obtenir des résultats et un processus optimal ;

La position naturelle du thérapeute l'aide à résister à la sollicitation du client et à ne pas adopter une position renforçant le schéma relationnel rigide et inadapté du client.

# STYLES D'ATTACHEMENT

- L'attachement évitant est caractérisé par une confiance en soi, une restriction émotionnelle, une méfiance à l'égard des autres, et un déni de sa détresse personnelle tandis que
- L'attachement préoccupé est associé à la dépendance, l'exagération de sa détresse personnelle, un grand besoin de support et de proximité (Dozier & Lee, 1995; Main & Goldwyn, 1998).

# CONCLUSION

... la tâche centrale du thérapeute est de résister à l'invitation du client à répondre de manière complémentaire à son orientation interpersonnelle, afin de ne pas renforcer la manière rigide de leurs approches relationnelles.

Les études empiriques (...) viennent supporter ces affirmations, suggérant que c'est en fournissant au client une orientation relationnelle opposée que cela peut être bénéfique en psychothérapie (Andrews, 1991) et en consultation académique (Bernier et al., 2001).

# LA PHASE MÉDIANE

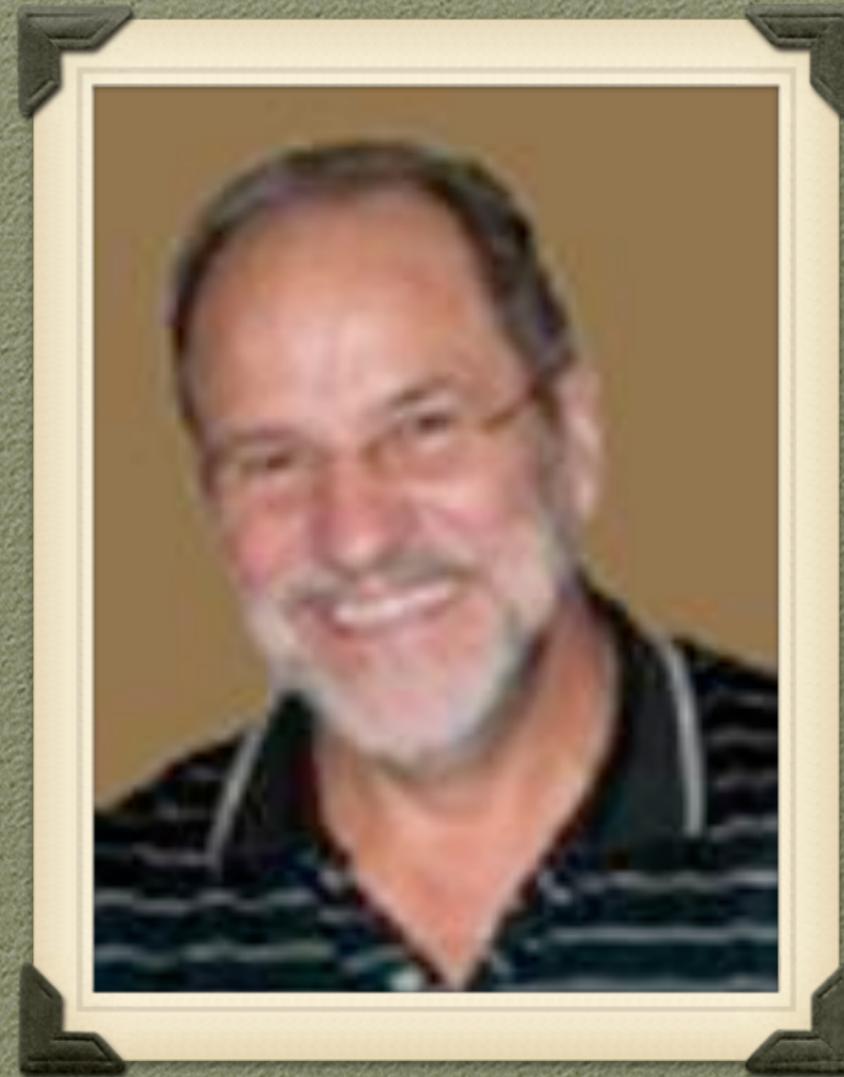
- Selon Gilles Delisle (2005) le processus thérapeutique optimal en phase médiane suppose :
  - Une proportion élevée d'états mentaux réflexifs
  - Une capacité du thérapeute à reprendre en posture réflexive, ses éventuels états mentaux réactifs
  - La croissance et l'intégration neuronales dépendent d'une prépondérance d'états mentaux réflexifs simultanés entre le client et le thérapeute

PGRO

Les états mentaux du  
thérapeute

Gilles Delisle, juin 2005

Le processus thérapeutique II



## **Attitude objective-rationnelle :**

Une certaine distance, adaptative et non-défensive, d'observation non-participante

Un mode Je - Cela (Buber, 1970)

Observe de l'extérieur, hors champ intersubjectif (Atwood et al., 1989)

Un processus d'objectivation visant à comprendre le client à partir d'un schème théorico-clinique.

## **Attitude processuelle**

Activité psychique préconsciente ou consciente

Sujet et objet, impliqué dans l'auto-analyse (Reik, 1949).

Prend appui sur la continuité et la profondeur du contact avec soi-même (Racker, 1957)

L'état mental sert d'instrument

Suppose une certaine reconnaissance et une élaboration de ses réactions internes en tant que sujet participant.

L'attention flottante de Freud (1912)

## **Attitude réactive**

Le contre-transfert en tant qu'obstacle et défense.

Point de vue freudien classique, d'une réaction inconsciente, d'une aire aveugle, d'une névrose résiduelle ou d'une contre - identification projective (Freud, 1910; Reich, 1951; Grinberg, 1962).

# PHASE FINALE

JEREMY HOLMES

# LE STYLE D'ATTACHEMENT ET LES RUPTURES EN THÉRAPIE

- Les ruptures en thérapie méritent toute notre attention
- Eames et Roth (2000) voient les ruptures comme des moments où les modèles internes opérants du client sont reproduits dans le contexte thérapeutique représentant une partie vitale du changement dans le processus.
- Les individus avec un attachement préoccupé rapportent plus de ruptures comparativement à ceux qui ont un attachement évitant, qui en rapportent moins.

# LE STYLE D'ATTACHEMENT ET LES RUPTURES EN THÉRAPIE

- Les thérapeutes évitants sont moins susceptibles d'utiliser une stratégie défensive de dénie à la fin de la thérapie.
- Les thérapeutes préoccupés qui ont un score d'anxiété élevé tendent à répondre de façon moins empathique aux ruptures d'alliance.

Selon Holmes (2001) ...

*les thérapeutes aussi bien que les clients ont leur propre style personnel. Certains sont bons dans l'ajustement et moins dans les frontières, et vice-versa.*

La matrice transférentielle / contre transférentielle entre le thérapeute et son client (Gabbard, 1995).

Le dilemme du « trop tôt - trop tard » peut être compris selon cette matrice et l'interaction des schémas d'attachement du patient et du thérapeute.

Jeremy HOLMES (2001). *The search for the secure base. Attachment Theory and Psychotherapy*. NY ; Routledge. Taylor & Francis group.

## Racker (1968)

- (a) le contre transfert « complémentaire » où il y a un pairage entre le thérapeute et le patient qui n'est pas sain, par lequel le consultant est amené à agir certains aspects pathologiques du client ;
- (b) le contre transfert « concordant » dans lequel le thérapeute résonne de façon plus empathique avec les besoins inconscients de son client.

L'hypothèse de Racker sur la « concordance » signifie être empathique mais ne pas s'identifier au client, tandis que la complémentarité implique que le thérapeute agit les difficultés du client souvent de façon non-aidante, tout comme l'a trouvé Dozier dans ses recherches cliniques.

# TERMINER EN THÉRAPIE AVEC UN ATTACHEMENT SÉCURE

Utilisant la distinction de Racker, Holmes imagine une matrice de quatre possibilités dans laquelle le « timing » de la fin de la thérapie peut être considéré.

## THÉRAPEUTE

## PATIENT

		STRUCTURE (attunement)	ACCORDAGE
PRÉOCCUPÉ	<b>concordant</b>	« trop tard »	
ÉVITANT	« trop tôt »	<b>concordant</b>	

Holmes (2001). Terminer en psychothérapie avec un attachement sécure.

# LES BONS RÉSULTATS

Les recherches en psychothérapie (Roth and Fonagy, 1996) suggèrent que des bons résultats...

... avec des clients difficiles

... dépendent de la capacité du thérapeute :

à combiner une direction ferme selon le modèle particulier de la thérapie ;

et une flexibilité selon les besoins particuliers du client .

## **MARY DOZIER ET SES COLLÈGUES (1994),**

Les cliniciens inséconds renforcent les schémas d'attachement inséconds de leurs clients, alors que les thérapeutes avec un style d'attachement sécond contrebalaencent cet effet.

# COMPRENDRE LE CONTRE TRANSFERT

Le contre transfert utile et importun vs concordant et complémentaire (Michael Khan, 2001)

Le phénomène du contre transfert importun interfère avec la clarté et l'empathie du thérapeute

Les sentiments et les attitudes de contre-transfert utiles est ce qui alerte le thérapeute et qu'il réussit à employer à l'avantage du client tout en continuant à observer et à réfléchir jusqu'à ressentir de l'empathie pour lui.

# COMPRENDRE LE CONTRE TRANSFERT

*Il est important de noter ici, qu'à n'importe quel moment votre caractérologie profonde, vos réponses habituelles n'attendent que le moment propice ou l'opportunité de s'exprimer à travers le contre-transfert. C'est votre vieil ami, la compulsion de répétition ; tout comme vos clients, chacun d'entre nous a une histoire qui est toujours impatiente de se faire connaître. Nous avons vu que cette compulsion chez nos clients offre une opportunité thérapeutique puissante ; chez le thérapeute, c'est un piège qui exige une vigilance constante. Michael Khan, 2001. Between Therapist and Client.*

# CONCLUSION

Les clients arrivent en thérapie avec une faible conscience de leurs sentiments et comment cela contribue aux problèmes dans leurs relations interpersonnelles. C'est l'une des raisons pourquoi le thérapeute a besoin d'être conscient de son propre modèle d'attachement et de comprendre le contre transfert pour que le client puisse vivre une expérience réparatrice et apprendre des manières plus saines à réguler ses émotions.