AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

ECOLE DOCTORALE STANISLAS
UNIVERSITE DE LORRAINE – SITE DE METZ

THESE
en vue de l'obtention du grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE mention
PSYCHOLOGIE

présentée et soutenue publiquement par
Hélène DELLUCCI
le lundi 14 novembre 2016

UNE APPROCHE INTEGRATIVE EN PSYCHOTHERAPIE EMDR DU TRAUMA COMPLEXE ET DES TROUBLES DISSOCIATIFS AUPRES DES ADULTES

sous la direction de Monsieur le Professeur Cyril TARQUINIO
Professeur de Psychologie clinique et de la Santé à Metz
Laboratoire Approches Psychologiques et Epidémiologiques des Maladies Chroniques (APeMAC, EA 4360), Equipe de Psychologie de la Santé de Metz (EPSaM)

en présence de Mesdames et Messieurs les membres du jury :

Guy GIMENEZ, rapporteur. *Professeur de Psychopathologie et Psychologie clinique, Aix-Marseille-Université*

Alain BLANCHET, rapporteur. *Professeur de Psychologie clinique, Université de Vincennes - Paris VIII*

Onno VAN DER HART, membre. *Professeur Emérite de Psychopathologie et de la Traumatisation Chronique, Université d'Utrecht.*

Helga MATTHESS, membre. *Professeur Honoraire de Psychologie, Université de Worcester.*

Michel SILVESTRE, membre. *Docteur en psychologie, formateur EMDR enfant et adolescent. Aix en Provence.*

« Tout le monde savait que c'était impossible à faire.
Puis un jour quelqu'un est arrivé qui ne le savait pas, et il l'a fait. »

Winston Churchill

« Les enfants étaient seuls

Leur mère était partie de bon matin et elle les avait confiés à la garde de Marina, une jeune fille de dix-huit ans qu'elle engageait parfois quelques heures pour les garder, en échange de menus gages.
Depuis la mort du père, les temps étaient devenus trop durs pour risquer de perdre son travail chaque fois que la grand-mère tombait malade ou s'absentait de la ville.
Lorsque le petit ami de la jeune fille appela Marina pour l'inviter à faire une promenade dans sa voiture toute neuve, elle n'hésita pas longtemps. Après tout, les enfants dormaient, comme tous les après-midi, et ils ne se réveilleraient pas avant cinq heures.
Dès qu'elle entendit le Klaxon, elle attrapa son sac et décrocha le téléphone. Elle prit la précaution de fermer la porte de la chambre et mit la clé dans sa poche. Elle ne voulait pas prendre le risque que Pancho se réveille et descende l'escalier à sa recherche : il n'avait que six ans et, dans un moment d'inattention, il pourrait tomber et se blesser. De plus, pensa-t-elle, si cela arrivait, comment expliquerait-elle à sa mère que l'enfant ne l'avait pas trouvée ?
Ce fut peut-être un court-circuit dans le téléviseur allumé ou dans une lampe du salon, ou alors une étincelle dans la cheminée ; toujours est-il que lorsque les rideaux commencèrent à brûler, le feu atteignit rapidement l'escalier de bois qui conduisait aux chambres.
La toux du bébé, causée par la fumée qui s'infiltrait sous la porte, le réveilla. Sans réfléchir, Pancho sauta du lit et se débattit avec la poignée pour ouvrir la porte, mais il n'y parvint pas.
De toute façon, s'il y était arrivé, lui et son petit frère de quelques mois auraient été dévorés en quelques minutes par les flammes.
Pancho cria, appelant Marina, mais personne ne répondit à ses appels au secours. Aussi courut-il vers le téléphone qui était dans la chambre (il savait comment composer le numéro de sa mère), mais la ligne était coupée.
Pancho comprit qu'il devait sortir son petit frère de là. Il essaya d'ouvrir la fenêtre qui donnait sur la corniche, mais il était impossible à ses petites mains de dégager le loquet de sécurité et, même s'il y était arrivé, il lui aurait encore fallu détacher le grillage que ses parents avaient installé en guise de protection.

Lorsque les pompiers finirent d'éteindre l'incendie, le sujet de conversation de tous était le même : Comment cet enfant si jeune avait-il pu briser la vitre, puis faire sauter le grillage avec le portemanteau ?
Comment avait-il pu porter le bébé dans un sac à dos ?
Comment avait-il pu marcher sur la corniche avec un tel poids et se laisser glisser le long de l'arbre ?
Comment avait-il pu sauver sa vie et celle de son frère ?

Le vieux capitaine des pompiers, homme sage et respecté, leur donna la réponse : « Pancho était seul … Il n'y avait personne pour lui dire qu'il n'y arriverait jamais. »

Jorge Bucay (1999)

REMERCIEMENTS

A Cyril Tarquinio, pour sa confiance et ses encouragements, sans lesquels ce travail n'aurait pas eu lieu. Merci aussi pour sa ténacité et son soutien dans la durée, pour son amitié et sa présence.

Aux membres du jury de me faire l'honneur de leur présence.

A Guy Gimenez, pour son intérêt et son ouverture, et pour avoir accepté de siéger et d'évaluer ce travail.

A Alain Blanchet, pour son intérêt et son ouverture, et pour avoir accepté de siéger et d'évaluer ce travail.

A Onno Van der Hart, pour la richesse et la rigueur de ses idées, qui m'ont permis de penser la dissociation, pour son attention et sa bienveillance.

A Helga Matthess, pour ses enseignements au plus près de la clinique, nos discussions et débats, pour son soutien inconditionnel.

A Michel Silvestre, pour sa présence, son soutien depuis de nombreuses années, nos échanges entre thérapie familiale et psychotraumatologie à tous les âges, et pour m'avoir précédé en modèle.

A Luc Isebaert, pour ses idées lumineuses, et leur traduction en une démarche humaniste, pour son soutien infaillible.

A Marco Pagani, pour les discussions partagées et ses réponses très utiles.

A Yolanda Schlumpf, pour son aide précieuse par l'envoi d'articles de recherche.

A mes patients, qui au delà de l'enseignement de mes formateurs, m'ont vraiment appris mon métier de psychothérapeute. Merci à Sophie, Nina, Thierry, Julie, Céline, Eliane, Laure, Vincent, Emilie, Antoine, Francine, Marie-France, Eva, Sylvie, Marie, Nicolas, Pauline, Béatrice, Monique, Catherine, Aurélie, Louis, Dominique, Lise, Anne, Fatima, Sandrine, Martine, Karim, Marie-Odile, Sébastien, Mme A., Mme B., … et tous les autres. Merci à vous pour votre patience, votre confiance, votre curiosité à essayer, votre indulgence quand ça ne marche pas, votre détermination à vous relever des expériences les plus difficiles, d'avoir tenu.

A ma famille d'origine, qui m'a tant appris …

A ma famille de cœur, présente, soutenante, par tous les temps. Merci à Véronique et Jérôme, Cécile et Johan, Arlette, Véronique, Catherine, Sonja, Juliette, Bernard, Alain, Delphine, Bernard, Annie, Dietmar, Danièle, Hana.

A ma fille Kim, Dan et mes petits enfants Tiana et Léo, avec joie et tendresse.

A mon épouse Gabrielle, ma co-équipière, dont l'amour et le soutien inconditionnels m'amènent à me dépasser. Merci aussi pour sa patience et les relectures.

RESUME

Ce travail de thèse raconte un cheminement de clinicienne, avec des allers retours entre une pratique psychothérapeutique et une réflexion conceptuelle, tentant de cheminer vers une démarche intégrative permettant d'aborder les situations psychotraumatologiques complexes. Guidée par l'envie d'apprendre, mais aussi par la mise à l'épreuve du terrain, nous avons élargi pas à pas notre démarche psychotraumatologique, pour aboutir à la proposition d'un modèle intervention intégratif et original. Nous espérons que ce modèle puisse permettre au clinicien de s'adapter, sans se perdre, à la réalité complexe des personnes souffrant de traumatisations complexes et chroniques. La présentation de différentes publications et de cas cliniques illustrera ce cheminement de pensée et de pratiques pour arriver à un modèle rigoureux pouvant être soumis à l'épreuve scientifique et au terrain.

Mots-clés : Psychotraumatisme, Trauma complexes, Troubles dissociatifs, EMDR, Approche centrée compétences.

ABSTRACT

This thesis tells a journey of a clinician, with back and forth between a psychotherapeutic practice and conceptual thinking, trying to move towards an integrative approach for addressing complex situations in psychotraumatology. Guided by the desire to learn, but also examining field practice, we have expanded, step by step, our psychotraumatologic approach, coming to a proposal of an integrative and original treatment model. We hope this model may allow clinicians to adapt to the complex reality of complex and chronic traumatized persons, without getting lost. The presentation of different publications and clinical cases illustrate this line of thought and practices in order to achieve a rigorous model that can be subjected to scientific testing as well as put to the proof of the psychotherapy field.

Keywords : psychological trauma, complex trauma, dissociative disorder, EMDR, solution focused approach.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 4

RESUME 5

ABSTRACT 5

TABLE DES MATIERES 6

LISTE DES PRINCIPALES ABBREVIATIONS 8

INTRODUCTION 9

CHAPITRE 1. DU COURANT SYSTEMIQUE VERS LA THERAPIE BREVE CENTREE COMPETENCES ET LE MODELE DE BRUGES 14

1.1. Le courant systémique 14

1.2. L'approche processuelle de l'Ecole de Palo Alto : une pragmatique de la communication 16

1.3. Du constructivisme radical vers le constructionisme social 23

1.4. L'approche solutionniste 26

1.5. Le modèle de Bruges 31

CHAPITRE 2 : PREMIERS PAS VERS UNE PSYCHOTRAUMATOLOGIE CENTREE COMPETENCES..... 37

2.1. Les hypothèses utiles ou l'influence du regard du thérapeute..... 38

2.2. Les ressources de survie pour construire une alliance thérapeutique 61

CHAPITRE 3. LA THERAPIE EMDR 70

3.1. La rigueur d'un protocole en huit phases 74

3.2. Focus sur une étape essentielle du protocole EMDR : les cognitions 107

3.3. Les adaptations de l'EMDR pour les trauma complexes 117

3.4. La nécessité de prendre en compte les empreintes précoces 134

3.4.1. Installer un contenant : mettre de côté ce qui ne peut être abordé dans l'instant présent 134

3.4.2. La Remise à Zéro des Emotions – Resetting Emotions 136

3.4.3. Le retraitement des empreintes précoces 139

3.5. Aborder spécifiquement les blessures du lien 148

CHAPITRE 4. LA THEORIE DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITE 172

4.1. Pour une stabilisation réussie 182

4.2. Au delà de la stabilisation individuelle, la stabilisation relationnelle 201

4.3. Le travail sur les traumatismes 224

4.4. La nécessité de prendre en compte la dimension phylogénétique, au delà de la dimension ontogénétique 236

CHAPITRE 5. VERS UNE DEMARCHE EMDR INTEGRATIVE : UN MODELE BI-AXIAL D'INTERVENTION EN EMDR 280

5.1. Axe émotionnel : une hiérarchisation d'intervention pour un processus maîtrisé 284

5.2. Axe du lien : une intégration de trois nivaux d'articulation 307

5.2.1. Le lien à l'autre 307

5.3.2. Le lien à Soi 311

5.2.3. Le lien thérapeutique 319

5.3. Réseaux primaires et réseaux secondaires : proposition d'une piste conceptuelle au service de la Théorie de la dissociation de la personnalité 328

CHAPITRE 6. POUR UNE PSYCHOTRAUMATOLOGIE CENTREE COMPETENCES 334

6.1. L'évaluation de la part du patient, un co-équipier, expert de sa thérapie 375

CHAPITRE 7. CONCLUSION et PERSPECTIVES FUTURES 380

BIBLIOGRAPIE 387

INDEX DES ENCADRES 401

ANNEXES 402

LISTE DES PRINCIPALES ABBREVIATIONS

DDNOS	Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (Trouble Dissociatif pas autrement spécifié)
EMD	Eye Movement Desensitization (Désensibilisation par le mouvement des yeux)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Désensibilisation et Réintégration neuro-émotionnelle par le mouvement des yeux)
ESPT	Etat de Stress Post-traumatique
PAN	Partie apparemment normale de la personnalité
PE	Partie émotionnelle de la personnalité
SBA	Stimulations bilatérales alternées
SUD	Subjective units of distress – Unités de perturbation
TDI	Troubles dissociatif de l'identité (en anglais DID : Dissociative Identity Disorder)
TDSP	Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité
VOC	Validity of Cognition Scale - Echelle de validité de la cognition

INTRODUCTION

Ce travail de thèse a pour but de rendre compte d'une pratique psychothérapeutique, notamment dans le champ de la prise en charge des personnes souffrant de trauma complexes. Il s'agit d'une « thèse sur travaux », c'est-à-dire un travail de réflexion à partir de notre clinique de psychotraumatologues, tentant des aller-retours entre une pensée à partir de modèles théoriques et une pratique de terrain servant de mise à l'épreuve, à travers une démarche qui pourrait se rapprocher de celle d'une recherche-action. Notre parcours a été jalonné par des apprentissages, à différents moments, que nous mettions à l'œuvre sur le terrain du soin psychique. Ce qui venait confirmer nos apprentissages, consolidait ceux-ci. Le plus souvent néanmoins, notre pratique, nos perceptions, nos patients surtout, avec les problématiques riches et complexes, ont été confrontés à des zones d'incertitude, des manquements, desquels émergeaient autant de questions que d'hypothèses pour tenter d'y répondre. En interrogeant la théorie, nos formateurs, nos superviseurs, les recherches, et finalement aussi nos patients, nous avons cheminé le long d'une pratique qui a fini par se constituer en habitudes, rendant notre travail de plus en plus confortable et prévisible. Nous souhaitons proposer un modèle intégratif indiquant une hiérarchie d'intervention précise, permettant de guider la démarche thérapeutique, tout en restant au plus près des choix de la personne venue consulter.
Cette thèse sur travaux inclut différents articles, qui ont été écrits entre 2007 et 2016. Certains sont déjà publiés, d'autres se trouvent dans le processus de publication. Nous avons tenté de les mettre en cohérence, en retenant ce que nous avons appris au cours de cette démarche que nous espérons la plus réflexive possible.

Notre premier métier d'infirmière en soins généraux, que nous exercions depuis 1985, et particulièrement la pratique en soins intensifs en traumatologie et neurochirurgie, nous avaient déjà rendus attentifs aux réactions physiologiques face au stress. Avec les patients dans le coma, nous avions eu notion à quel point les réponses corporelles peuvent être différentes de celles du discours. Leur prise en compte était essentielle pour nous guider. Si le corps du patient pouvait s'apaiser, alors nous étions déjà en bonne voie.
Dans notre pratique thérapeutique en tant que psychologue, l'importance de la parole et le poids des mots sont venus s'ajouter aux paramètres à prendre en compte, mais la centration sur le corps est restée. Celle-ci nous a paru particulièrement utile dans le travail en psychotraumatologie et notamment lorsque nous rencontrons des personnes souffrant de troubles dissociatifs. Chez ces dernières, le discours apparaît comme s'il était déconnecté de la réponse corporelle. Cette apparente incongruence est devenue un indicateur essentiel guidant vers une hiérarchie d'intervention claire : si le corps peut s'apaiser, alors nous sommes en bonne voie, même si cela ne suffit pas. Cette règle, qui peut paraître simpliste, est restée un de nos guides principaux pour l'intervention dans des situations psychotraumatologiques complexes.

Le retour aux études en 1992, pour apprendre la psychologie a été équivalent à … une naissance sur le plan intellectuel, tant la découverte du monde des idées a été bouleversante. Une première année en philosophie, comme tremplin pour commencer nos études, a constitué une invitation à un cheminement intellectuel, venant s'ajouter à une pratique et des tentatives pour comprendre comment fonctionne l'être humain.
Après avoir été diplômés psychologues, lorsqu'il a fallu choisir une orientation psychothérapeutique, le courant systémique nous a paru particulièrement intéressant pour étudier les interactions humaines, à la base de l'attachement. Travailler avec les familles nous donnait accès aux adultes et aux enfants, ajoutant à la lecture intrapsychique également la

dimension relationnelle. La psychologie sociale nous avait déjà rendus attentifs aux différences de fonctionnement, en tant que personne individuelle, et lorsqu'elle s'exprime en tant que membre d'un groupe.
Au sein du courant systémique, l'approche centrée compétences nous a séduit par son profond respect des personnes venues ou non demander de l'aide, et par l'attention portée à leur dimension fonctionnelle, malgré des symptômes et des comportements peu adaptatifs. Au delà des méthodologies d'intervention et des théories qui nous guident en psychotraumatologie, cette approche centrée compétences reste pour nous un métamodèle, qui nous permet de créer rapidement une alliance thérapeutique, suscitant motivation et engagement, même pour des survivants de traumatisations complexes et chroniques.
Nous consacrerons un premier chapitre à la description des principes à la base du courant systémique, suivis de l'analyse des comportements de communication et le courant processuel proposés par l'Ecole de Palo Alto. Nous décrirons brièvement la cybernétique de premier ordre et la transition vers la cybernétique de second ordre, qui donne une place toute particulière au thérapeute dans le système. Nous décrirons les principales caractéristiques de l'approche centrée compétences, et notamment le Modèle de Bruges, mis au point par Luc Isebaert.
Depuis le début, nous avons eu affaire à des patients où la dimension traumatique était centrale. Est-ce notre vision personnelle ? Ou bien est-ce l'application des principes centrés compétences, qui nous ont placé, dès le départ, dans une posture d'apprentissage face à ces patients complexes, en essayant de les accompagner ? Toujours est-il que nous avons rapidement envisagé la thérapie centrée compétences sous l'angle de la psychotraumatologie.
Le second chapitre va décrire ces premiers balbutiements, en commençant par le positionnement de l'approche centrée compétences face à ces patients particuliers, en lien avec ce que nous avions retenu des enseignements de la cybernétique de second ordre. La seconde partie de ce chapitre nous emmènera vers l'exploration des ressources de survie comme une pratique de stabilisation parmi d'autres, tout en conservant une pratique centrée compétences.
Nous pensons que la stabilisation, bien que très utile pour permettre aux personnes de regagner en fonctionnalité, n'est pas suffisante. L'approche centrée compétences n'est pas une psychothérapie psychotraumatologique. C'est ici que la thérapie EMDR, que nous avons rencontrée en 2003, a constitué un second bouleversement, cette fois dans nos pratiques. L'utilisation des stimulations bilatérales du corps, à travers une démarche rigoureuse, pour soutenir la personne lorsqu'elle assainit des réseaux neuronaux traumatiques, promet une puissance de traitement, que nous avons voulu mettre à l'épreuve du terrain. Au cours du troisième chapitre, qui sera dédié à la thérapie EMDR, nous commencerons par un texte qui explique ce protocole en huit phases, suivi d'un cas clinique, qui nous permet de faire le lien entre l'approche systémique et l'EMDR avec le type de patients que nous recevons le plus souvent, c'est-à-dire avec un trauma complexe. Dans la suite de ce chapitre, nous allons éclairer un aspect particulier qui ne laisse aucun thérapeute EMDR insensible, c'est-à-dire la place des cognitions. Il est certain qu'une approche centrée avant tout sur le traumatisme devait être adaptée pour les survivants de trauma complexes et chroniques. Faire le lien avec l'approche centrée compétences nous a paru essentiel. En ce qui concerne les adaptations de l'EMDR, pour maintenir son efficacité dans le travail thérapeutique avec des survivants de traumatisations complexes et chroniques, la créativité des praticiens a été importante. Ce troisième chapitre dans sa seconde moitié va faire le tour de stratégies d'adaptation de l'EMDR qui nous ont paru particulièrement efficaces : les méthodes d'oscillation, le protocole inversé, le travail sur les empreintes précoces. Nous terminerons ce chapitre par une méthodologie que nous avons mise au point, à savoir l'abord spécifique des blessures du lien : le protocole des lettres. Nous abordons le lien à l'autre au sens large, mais aussi à travers la

traumatisation transmise, notamment par la prise en compte des trauma transgénérationnels, dans leur aspect méthodologique EMDR.
Après ce troisième chapitre, qui fait le tour d'une méthode thérapeutique qui n'a rien perdu de sa promesse initiale, nous aborderons le thème de la dissociation, au cours du chapitre quatre. Au delà d'une démarche pragmatique extrêmement efficace, la thérapie EMDR souffre d'un manque conceptuel. A l'heure actuelle il n'existe pas encore de théorie à proprement parler, ni de consensus concernant ses mécanismes d'action. Pour penser le traumatisme, la complexité des situations de nos patients souffrant de trauma complexes et de troubles dissociatifs, nous avons besoin d'un cadre conceptuel permettant de proposer des hypothèses et de les tester, au moins dans une démarche de recherche-action.
La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (TDSP) remplit cette fonction. Le quatrième chapitre sera consacré à l'articulation de notre travail de thérapeutes EMDR avec la TDSP. Nous commencerons par une revue du concept de dissociation, qui déjà en soi présente une certaine complexité. Ensuite, nous aborderons plus particulièrement la TDSP qui nous sert de guide, au point de devenir une théorie pour penser le trauma en général. Nous aborderons également au cours de ce chapitre quatre notre abord d'une stabilisation avec les patients qui montrent des troubles et des processus dissociatifs. Etant donné l'importance de la traumatisation précoce, nous aborderons, au cours de ce chapitre à nouveau le travail avec les empreintes précoces, cette fois illustré de cas complexes. Pour finir ce chapitre quatre, nous avons tenu à mettre en lumière le travail sur la dimension phylogénétique, spécifiquement avec des patients montrant des troubles dissociatifs.
La TDSP prescrit au thérapeute de veiller à maintenir une pensée réfléchie et une démarche intégrative, pour favoriser celles-ci auprès des patients en manque d'intégration, souffrant d'actions substitutives. Ce sera l'objet du cinquième chapitre, où nous tenterons de proposer une démarche d'intégration, entre notre pratique EMDR et l'articulation de celle-ci avec les connaissances actuelles en psychotraumatologie des trauma complexes. Nous proposerons un modèle intégratif, comportant deux axes, l'un d'ordre émotionnel, l'autre se focalisant sur le lien. Ce modèle a pour but de permettre au clinicien de se repérer, tout en s'adaptant aux phénomènes émergeants, et au patient d'avancer vers ce qui est important pour lui sans gène iatrogène. Nous terminerons ce chapitre en proposant une extension des schémas habituellement utilisés pour modéliser la TDSP, en lien avec notre démarche de travail.

Le sixième chapitre viendra placer notre démarche intégrative au niveau de la pratique EMDR dans le contexte plus large de la psychothérapie, en cohérence avec l'approche centrée compétences. C'est ici que nous proposons une extension du modèle de Bruges à travers la proposition d'une Psychotraumatologie Centrée Compétences. Le texte qui décrira ce modèle comportera un certain nombre d'éléments déjà abordés le long de ces pages, tout en proposant un format cohérent et adaptable à d'autres approches psychotraumatologiques, au delà de l'EMDR. Etant donné l'importance de l'évaluation venant du patient, pour construire notre démarche centrée compétences, nous terminerons ce chapitre par les questions que nous leur posons ainsi que les retour de deux patientes souffrant de troubles dissociatifs, qui viendront éclairer leur point de vue à propos de leur travail thérapeutique décrit en partie dans ces pages.
Le septième chapitre se propose de conclure ce travail volumineux, en reprenant les questions que nous nous posons tout au long de ce cheminement et en proposant des éléments de réponse. Ces questions sont décrites dans les lignes qui suivent.
Etant donné que ce travail s'est donné la pratique clinique comme terrain d'observation et d'expérimentation pour stimuler et alimenter la réflexion, nous décrirons lors des différentes étapes qui jalonnent notre démarche, des vignettes cliniques, offrant un aperçu de notre intervention en psychotraumatologie. La dimension expérimentale formelle n'a pas pu être

mise en œuvre au cours de cette thèse. Celle-ci est néanmoins essentielle. Nous allons clore ce chapitre sept par des perspectives futures de recherche, si cette réflexion était validée par la communauté scientifique.

Les questions principales qui jalonnent notre démarche sont les suivantes :

Déjà à l'université lors de nos études en sciences psychologiques en deuxième année, nous nous étions engagés dans une réflexion qui interrogeait l'attitude avec laquelle les professionnels rencontrent les personnes venues demander de l'aide, ou lorsque celles-ci se voient contraintes à être aidées, suite à la demande exprimée par un tiers (Dellucci, 2002). Notre interrogation portait sur la question de savoir, si la méfiance de certains usagers non coopérants pouvait avoir un fondement.
Pouvait-il s'agir là d'une stratégie apprise pour moins souffrir dans la relation d'aide ? Est-ce que ce serait une ressource pour faire face à une double contrainte qui s'exprimerait par l'injonction : « … ça fait mal, mais c'est pour ton bien … », déjà dénoncée dans le monde éducatif (Miller, 1985). Cette réflexion nous a permis de penser l'hypothèse suivante :

> Si les usagers/patients/clients se montrent récalcitrants à l'intervention que les professionnels bien intentionnés souhaitent leur amener,
> cette résistance peut être vue comme une information sur la relation d'aide,
> dans le sens d'une nécessité d'ajustement de la part du professionnel,
> pour que le travail puisse avoir lieu.

Dès lors, cette hypothèse nous conduit aux questions suivantes :

- Y aurait-il un ou plusieurs éléments importants, dont il faudrait tenir compte, notamment dans la construction d'une alliance thérapeutique suffisante, pour qu'un travail psychique puisse avoir lieu ?
- Quel est le degré de reconnaissance, de tous les efforts déjà fournis en amont de la demande, dont les personnes venues demander de l'aide ont besoin pour se sentir des interlocuteurs à la hauteur ?
- Comment construire une relation thérapeutique basée sur la coopération de deux experts, l'un en thérapie, l'autre de sa vie dans son contexte particulier ?

Dans notre travail de psychothérapeutes, nous avons rapidement été confrontés à des personnes souffrant de psychotraumatismes. Une approche spécifique devenait nécessaire, pour nous aider à dépasser les limites d'une thérapie centrée sur la parole. La thérapie EMDR, à travers une démarche structurée et éclectique, est une réponse puissante et pleine d'espoir, pour venir en aide aux personnes les plus blessées. Avec les patients qui peuplent notre pratique, nous nous sommes rapidement heurtés aux limites d'une démarche, certes prometteuse, mais qui semblait beaucoup trop violente pour eux. Cela nous a menés à la question suivante :

- Existe-t-il des aménagements de la mise en œuvre de l'EMDR, qui permettraient d'ajuster le soin en psychotraumatologie aux personnes souffrant de traumatismes complexes, sans pour autant perdre ni en rigueur, ni en efficacité ?

Lorsque nous avons appris la méthodologie de l'EMDR, celle-ci, centrée sur le traumatisme, nous a mis quelque peu en conflit avec notre centration sur les compétences et les ressources avant tout.

Devant l'efficacité de l'EMDR et nos valeurs qui nous poussaient à nous intéresser avant tout à la dimension fonctionnelle de la personne, la question suivante a émergé :

- Est-il possible de travailler en EMDR tout en maintenant les bénéfices de l'approche centrée compétences ?

L'EMDR n'offrant pas de cadre théorique, la TDSP nous a paru être le texte le plus complet, et le plus pertinent pour penser le traumatisme chez les survivants de traumatisations complexes et chroniques. Cette théorie embrasse tous les niveaux de traumatisation, du plus simple au plus complexe, allant jusqu'à conceptualiser le fonctionnement de patients que nous pourrions retrouver en institution, sans amélioration notoire. Devant une souffrance aussi exacerbée et envahissante, nous pourrions êtres tentés de renoncer à l'approche centrée compétence, la reléguant aux problématiques que nous pourrions qualifier de plus simples. Ce faisant, ne risquons-nous pas d'entrer dans un processus dissociatif, nous coupant d'une partie de nos ressources ? Dès lors la prochaine question devient pertinente :

- Peut-on rester centré compétences, même avec les patients les plus traumatisés ?

Dans la mesure où nous visons à augmenter les capacités d'intégration chez ces patients souffrant de dissociation structurelle, il nous paraît primordial que le thérapeute puisse proposer une démarche intégrative, une pratique réfléchie, qui lui permette de guider efficacement le processus thérapeutique. Les questions qui en découlent sont les suivantes :

- Comment intégrer les différentes pratiques thérapeutiques et approches du trauma, de façon à ce qu'elles aient un sens ?
- Existe-t-il une hiérarchie d'intervention ?
- Comment comprendre les tableaux cliniques complexes de ces patients qui vont de thérapeute en thérapeute en ayant l'impression d'être de plus en plus démunis ?

Voilà les questionnements qui ont été les nôtres au cours de notre pratique de psychothérapeutes et particulièrement en psychotraumatologie de survivants aux histoires complexes.

CHAPITRE 1. DU COURANT SYSTEMIQUE VERS LA THERAPIE BREVE CENTREE COMPETENCES ET LE MODELE DE BRUGES

Objectif : Nous décrirons le courant systémique pour cheminer jusqu'à l'approche centrée compétences et plus particulièrement le modèle de Bruges, qui constitue notre fondement psychothérapeutique.

Les différents points abordés sont les suivants :

- les quatre principes du courant de pensée systémique
- la description de l'approche processuelle de l'Ecole de Palo Alto à travers les cinq axiomes de la communication
- l'architecture de la double contrainte et ses liens avec la dissociation
- la cybernétique de premier ordre et passage à la cybernétique de second ordre dans un contexte constructiviste
- la description de l'approche solutionniste et les conséquences d'une telle pensée
- le cas de Karim
- L'arborescence en trois questions du modèle de Bruges permettant de distinguer quatre niveaux de relation thérapeutique

---

Dans notre enseignement universitaire en psychologie clinique, nous avons eu la richesse de rencontrer cinq grands courants en psychologie : le courant psychodynamique avec la psychanalyse freudienne, kleinienne et postkleinienne, le courant systémique avec principalement l'approche de Palo Alto, et plus brièvement les courants behavioriste, cognitiviste et humaniste. Cette lecture multiniveaux de la réalité psychique nous a été précieuse pour penser le psychisme, observer les interactions entre les personnes, conjuguer les comportements en termes d'apprentissages, avec la prise en compte des croyances organisatrices et de la confiance en la tendance d'actualisation de la personne.

L'enseignement en psychologie sociale nous a appris à quel point le fonctionnement d'une personne peut être déterminé par la situation dans laquelle il se trouve (Sherif, 1967) plutôt que par une structure psychique interne et immuable (Ross, 1977), et à quel point une même personne peut réagir complètement différemment, si elle s'exprime dans son individualité ou dans un rôle particulier (Tajfel, 1981), p.ex. en tant que mère, épouse, catholique pratiquante, psychologue, membre d'une nation, etc..

1.1. Le courant systémique

Notre formation post-universitaire en psychothérapie nous a amené à approfondir le courant systémique, une lecture relationnelle et contextuelle venant compléter l'approche intra-psychique. Cette pensée nous permet de prendre en compte plus d'une personne, en utilisant l'environnement à la fois comme une ressource, mais également comme paramètre important à prendre en considération.
Les fondements systémiques nous ont séduit, tant par leur clarté, que par leur capacité à prendre en compte la complexité des relations humaines tout en faisant confiance au vivant.
La définition la plus simple d'un système que nous retenons est celle que proposent Hall et Fagen (1956) « *Un système est un ensemble d'objets et les relations entre ces objets et entre leurs attributs.* » Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson (1967/1972) traduisent cette

définition dans des termes psychologiques : « *Dans des systèmes en interaction, la meilleure manière de décrire des objets n'est pas de les décrire comme des individus, mais comme des personnes-en-communication-avec-d'autres-personnes* (p. 120) ». Les systèmes humains sont considérés comme des systèmes ouverts, en ce sens qu'ils échangent avec leur milieu matière, énergie ou information (Hall & Fagen, 1956).

C'est Ludwig von Bertalanffy, biologiste, qui a décrit, à travers sa théorie générale des systèmes (1950, 1968/1973), les propriétés des systèmes ouverts :

- le principe de totalité : un système ne se comporte pas comme un agrégat d'éléments indépendants, il constitue un tout cohérent et indivisible. Autrement dit, la modification d'un élément du système entraîne une modification des autres éléments, ainsi que du système entier.
  Imaginons une personne qui consulte pour un problème de mauvaise estime de soi. Le travail thérapeutique amène graduellement cette personne à s'affirmer davantage, à oser des prises de positions auparavant passées sous silence, etc. Il n'est pas rare qu'à la suite d'un tel développement, la relation de couple ait à passer par un moment de crise nécessitant des ajustements, avant de se restabiliser.
- Le principe de non-sommativité considère qu'un système est plus que la somme de ses parties. Les relations et les interactions des membres du système font émerger une dimension qualitativement différente d'un niveau supérieur, la « qualité émergeante ».
  Robert Neuburger (1995) a conceptualisé la notion de « mythe familial », une définition identitaire d'une famille, qui peut être vue comme une qualité émergeante du système, même si cette notion va bien au delà de ce concept, en ce sens que cette définition permet également une différenciation de cette famille par rapport à d'autres.
  En chimie, le parfait exemple de la non-sommativité constitue les qualités nouvelles que constitue une molécule, p.ex. : une molécule d'eau (H2O), différente des atomes qui la constituent (ici : deux atomes d'Hydrogène et un atome d'Oxygène).
- Le principe d'équifinalité permet de prendre en considération la multiplicité des causes et des effets. Sans remettre en cause le principe de causalité linéaire, en ce qu'un effet peut être le produit d'une cause, le principe d'équifinalité l'élargit en multipliant les causes possibles ainsi que leurs effets. Si nous considérons par exemple la dépression, celle-ci peut être le produit de nombreuses causes, p.ex. des conditions de vie difficiles, un état d'épuisement important, une décompensation des capacités pour faire face devenues insuffisantes, un état de crise, un ou plusieurs traumatismes, des troubles d'attachement, des croyances dévalorisantes, un manque de lumière, de la colère et de l'hostilité dirigées contre soi-même, des conflits intra-psychiques, des douleurs chroniques, une relation d'emprise, … la liste est loin d'être exhaustive. A l'inverse, une de ces causes, p. ex. des traumatismes psychiques, peut produire de nombreux effets différents, comme un état de stress post-traumatique, constituer le socle d'un trouble addictif ou anxieux, mener à des troubles dissociatifs, de l'alexithymie, des troubles obsessionnels compulsifs, la dépression, …
  Accepter la notion de complexité permet de prendre en compte un nombre important de causes possibles, tout en acceptant l'idée que, sans doute, toutes les causes ne peuvent être considérées. Dès lors, toute interprétation, aussi juste soit-elle, est reléguée au statut d'hypothèse, par rapport à laquelle le patient a son mot à dire.
  Le principe d'équifinalité va plus loin : les effets produits peuvent devenir à leur tour des causes. Si nous restons avec l'exemple de la dépression, nous savons qu'un des symptômes et un des effets de la dépression sont les troubles du sommeil : le réveil nocturne, avec la difficulté de se rendormir, une durée du sommeil écourtée, produisant de la fatigue pendant la journée, incitant à la sieste, qui peuvent être

prolongées étant donné le ressenti d'épuisement, des siestes qui le plus souvent se déplacent dans la seconde partie de l'après midi ou en début de soirée, autant de pratiques qui alimentent les perturbations du sommeil, et entretiennent ainsi la dépression. Ainsi l'effet devient une cause. Cette pensée multi-causale et circulaire invite à se décentrer de la démarche analytique d'un lien de cause à effet spécifique pour accepter la complexité d'un tout considéré dans son ensemble.

- Le principe d'homéostasie a été défini par Cannon (1932) comme l'équilibre du milieu intérieur d'un organisme vivant. En prenant la cellule vivante comme modèle, l'auteur décrit une régulation fine et constante d'un système qui maintient sa stabilité en interaction avec son milieu. Von Bertalanffy (1950), en attirant l'attention sur la notion de feedback ou de rétroaction négative, décrit comment cet équilibre dynamique est maintenu : tout écart fait l'objet d'une correction p.ex. de température ou de trajectoire, de façon à maintenir une température ou un cap stable. En quelque sorte, le principe d'homéostasie empêche le système de se dissoudre dans le chaos. Les ajustements suivent un ordre, celui de maintenir le système en vie, donc stable. Le psychiatre Don Jackson (1957) a suggéré l'idée que la famille s'autorégule de manière homéostatique en observant que l'amélioration de l'état d'un malade mental allait de pair avec des répercussions morbides auprès d'autres membres de la famille. Aujourd'hui, l'homéostasie est vue comme la résultante de forces antagonistes où peuvent être distingués la rétroaction négative, qui consiste en une annulation des changements pour favoriser un retour vers l'équilibre, ainsi que la rétroaction positive, que Hoffmann (1991) appelle « processus amplifiant la déviation », qui pourrait être vue comme un amplificateur du changement.

La prise en compte de ces principes a élargi notre regard sur les phénomènes émergeants en séance de thérapie en ce sens que toute personne reçue en entretien, même individuellement, se présente comme le membre d'un tout organisé, complexe et vivant, c'est-à-dire un système en équilibre, même face à l'existence de symptômes. Nous en avons retenu la notion que plus un symptôme est ancien, plus il est sage de considérer que le système s'est organisé autour de celui-ci, avec des rôles et des fonctions dont il va falloir tenir compte. Ces principes systémiques nous ont également permis de prédire la crise du changement non comme une gène iatrogène, mais d'abord comme la manifestation d'un changement efficace, et que ce dernier nécessitera un temps pour se rééquilibrer.

Notre formation en thérapie familiale systémique a englobé quatre grands modèles systémiques, à savoir l'approche processuelle de l'école de Palo Alto, l'approche systémique structurale de Minuchin, l'approche contextuelle de Boszormenyi-Nagy et la thérapie brève centrée solutions de De Shazer et particulièrement le Modèle de Bruges de Luc Isebaert.
Nous choisissons de décrire ci-dessous avant tout l'approche processuelle, qui a marqué la cybernétique de premier ordre, dont les implications nous paraissent pertinentes jusqu'à nos jours, notamment lorsque nous considérons les troubles dissociatifs. Dans le sillon constructiviste, et la cybernétique de second ordre, nous allons approfondir les approches centrées compétences.

1.2. L'approche processuelle de l'Ecole de Palo Alto : une pragmatique de la communication

C'est sous l'impulsion de Grégory Bateson qu'un certain nombre de penseurs et de thérapeutes se sont penchés sur les processus de communication dans leur dimension pragmatique, c'est-à-dire en s'intéressant avant tout à l'aspect comportemental, qui existe entre les personnes en communication.

Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson (1967/1972) proposent une axiomatique de la communication qui offre une grille de lecture des comportements de communication en cinq points.

1. Le premier axiome de la communication consiste à énoncer qu'on ne peut pas ne pas communiquer. Cela signifie que tout comportement est communication, et qu'il n'existe pas de contraire, donc pas de non-comportement, et dès lors pas de non-communication.
   Ainsi, un adolescent, même mutique, venu en consultation, montre qu'il est présent. La thérapeute ne manque pas de demander s'il aurait pu fuguer, ce qui est confirmé par les adultes l'accompagnant. Donc, si Antoine, 12 ans, (voir Dellucci et Wolf, 2011) n'a pas fugué, c'est qu'il n'était a priori pas contre le fait de venir en consultation. Lorsque la thérapeute s'adresse à Antoine pour lui poser la question, celui-ci répond en haussant les épaules. La thérapeute choisit de comprendre ce message comme un signe encourageant. Le directeur du foyer qui héberge Antoine, et l'éducateur en chef d'une équipe qui indique qu'elle est à bout, suivent prudemment les interactions non-verbales de leur protégé, et les tentatives de la professionnelle pour tisser un lien. Sur la base de « ce qui s'est dit » par la présence d'Antoine, la thérapeute accepte un travail en séance individuelle avec ce dernier, en demandant aux adultes de préciser leurs objectifs. Ceux-ci ont le mérite d'être clairs : ils souhaitent que leur protégé arrête de transgresser, c'est-à-dire qu'il respecte les règles de l'institution, qu'il se confie davantage sans mentir, qu'il arrête de violenter les enfants plus jeunes, c'est-à-dire qu'il se montre protecteur face à eux, en bref qu'Antoine se montre plus compliant avec l'action éducative qui lui est conférée.
   La thérapeute propose un nouvel entretien et indique que si Antoine réitère son accord par sa présence à la séance suivante, cette communication sera comprise comme le signe qu'Antoine est d'accord ad minima avec ce travail. L'adolescent est venu à ce deuxième rendez-vous et aux suivants. Même s'il est resté mutique pendant toutes les séances, Antoine semble néanmoins avoir entendu ce que les adultes attendaient de lui, car des changements allant en ce sens ont pu être rapportés par les éducateurs l'accompagnant pour chaque début d'entretien.
   Le rôle du thérapeute systémique, face à ce premier axiome, est de lire ce qui est communiqué aux différents niveaux d'expression et de le verbaliser sous forme de propositions.

2. Le second axiome proposé par l'école de Palo Alto consiste à différencier deux niveaux de communication à savoir le contenu et la relation. En citant Bateson (Ruesch et Bateson, 1951), les auteurs (Watzlawick et al., 1967/1972) indiquent que tout message contient un aspect « indice » (en anglais : report), c'est-à-dire l'information véhiculée par le message, et un aspect « ordre » (command), c'est-à-dire un message qui renseigne sur la relation entre les personnes en communication. Plus une communication est saine, plus le message informatif est reçu, le contenu est entendu, et l'aspect relation passe au second plan. Plus la relation est souffrante, plus les messages sur la relation prédominent et relèguent l'aspect information au second plan. Dans ce cas, la communication sert d'abord à définir le type de relation entre les personnes. Les messages concernant la relation entre les personnes sont aussi ceux qui invitent à la métacommunication, c'est-à-dire la communication sur la communication. Les auteurs indiquent que le message « ordre » dans cet aspect métacommunicationnel donne aussi des indications sur la manière de comprendre le message, p.ex. : « j'exagère, bien entendu ». Si nous prenons le cas d'une maman excédée qui dit : « je vous assure, j'aurais pu le passer par la fenêtre », lorsqu'elle

évoque son bébé qui pleurait et qu'elle n'arrivait pas à apaiser, indique bien entendu pas des envie de meurtre de son enfant, mais nous dit par ce biais à quel point elle s'est sentie démunie, combien cette situation lui a été difficile et manifeste son inquiétude pour la suite. Cette apparente incohérence entre l'information véhiculée dans le message et le message sur la relation fait que l'interlocuteur choisira le message sur la relation et cherchera à rassurer cette maman et éventuellement lui fournir des pistes qui lui permettent de mieux faire face aux pleurs de son enfant.
Le message « passes-moi le pain » d'un jeune adolescent à table contient au niveau de l'information « je voudrais du pain » et au niveau relation « je te donne l'ordre de me passer le pain », et suscitera automatiquement une réponse qui visera d'abord à rétablir l'ordre sur le plan relationnel en termes de métacommunication : « ce n'est pas une façon de demander », ou bien l'interlocuteur fait la sourde oreille indiquant de manière non verbale « tu n'as pas d'ordre à me donner », ou « réfléchis si tu n'as rien oublié et réessaye ». L'adolescent assez fin pour comprendre dira peut être : « peux-tu me passer le pain s'il te plaît », un message qui contient toujours sur le plan informatif « je voudrais du pain », mais le message sur la relation a changé : « je te fais une demande, si tu veux bien », c'est-à-dire l'adolescent se met en position basse. Cela aura sans doute pour effet que son message « je voudrais du pain » soit entendu et que l'interlocuteur adulte y répondra adéquatement.
Le rôle du thérapeute, ici, sera d'entendre ces messages véhiculés aux deux niveaux, les verbaliser et d'amener à une métacommunication permettant de les articuler.

3. Le troisième axiome de la communication s'intéresse avant tout à l'interaction-même des protagonistes en communication : <u>la ponctuation de la séquence des faits</u>, une expression empruntée à Whorf (1956). Pour un observateur extérieur et neutre, une communication entre deux personnes peut être vue comme une série d'échanges ininterrompue. Les partenaires cependant, ponctuent invariablement les échanges à partir de leur perspective, de façon à ce qu'ils puissent expliquer, de toute bonne foi, qu'ils ne font que répondre au message de l'autre. Lorsque deux personnes sont en conflit, cette ponctuation consiste à « donner la faute à l'autre » et à nourrir l'illusion que si l'autre faisait différemment, ses propres réactions en seraient modifiées. Cette ponctuation des échanges peut contribuer à la construction d'une réalité radicalement différente, basée sur le fait que l'autre a commencé, que leur réaction en découle, et donc que ce serait à l'autre de changer. Telle une boutade de deux jeunes garçons se bagarrant dont l'un explique : « le lui ai mis une gifle et puis il a commencé ».
Ainsi un couple venant consulter pour des « problèmes de communication » explique ses difficultés pour se retrouver dans des relations intimes, qui restent insatisfaisantes. Monsieur déplore la timidité de son épouse, décrit qu'elle semble distante, peu aimante, peu chaleureuse. Madame indique qu'il lui est difficile de s'ouvrir car elle perçoit son homme souvent en colère, que cela ne facilite pas le rapprochement entre eux. Monsieur explique au thérapeute qu'il a un travail qui le stresse beaucoup et qu'il aimerait bien compter sur sa femme pour le détendre un peu, que les relations intimes aideraient à cela. Madame évoque que pour se rapprocher de son mari, elle aurait besoin qu'il se montre tendre envers elle, de partager des moments d'activités qui leur fassent plaisir, sans notion de sexualité, et que peut être alors … Monsieur coupe court en indiquant qu'il ne va pas quémander ce qui devrait être un droit. Lorsque la thérapeute lui demande de préciser sa pensée, Monsieur indique qu'il travaille dur, pour proposer un foyer à son épouse, et qu'en compensation il se sent en droit d'attendre qu'elle se montre plus avenante. Le couple a raison, il y a des problèmes de communication. Le souci est que chacun regarde l'échange de sa propre perspective :

Monsieur, rentrant stressé d'un travail qui lui paraît difficile, attendrait de sa femme qu'elle l'apaise. Madame, sensible aux états émotionnels de son mari, ne sachant pas bien gérer la colère, surtout lorsqu'elle apparaît chez l'autre, réagit avec du retrait, en se disant qu'elle va le laisser tranquille, pour qu'il puisse se détendre. Monsieur qui voit sa femme « trop timide » à son goût se sent contrarié, ce qui n'apaise pas sa colère. Madame, voyant son mari tendu et maussade finit par se figer. Ce terrain est propice à des dérapages violents, car ni l'un ni l'autre ne peuvent s'apaiser, ni tout seuls, ni mutuellement, et chacun a l'air de reléguer à l'autre, la responsabilité de ses propres réactions. Quelle n'est pas la surprise du thérapeute d'apprendre que lorsqu'ils se sont rencontrés, Monsieur avait été touché par la timidité de Madame et que Madame avait apprécié la « force de caractère » de Monsieur, des dimensions qui contribuent aujourd'hui à leur désaccord.

La tâche du thérapeute va être d'ouvrir ces ponctuations de part et d'autre et décrire une séquence des faits dans laquelle chacun va se retrouver, mais sans avoir recours aux découpages habituels. S'il y a un contexte de violences, il est clair qu'il s'agira d'abord de sécuriser les interactions en nommant l'interdit des passages à l'acte et en faisant de l'arrêt des violences un objectif primordial. La tâche donnée au couple, dans ce type d'interactions, sera d'encourager chacun à s'apaiser de son côté et de se mettre d'accord sur ce qu'il est possible d'attendre, notamment en passant par de petites choses. Par exemple, Luc Isebaert donne une tâche au couple en leur demandant, lorsqu'il se retrouve le soir, de noter pendant un quart d'heure tout ce que l'autre fait ou a fait de satisfaisant, avant de se faire de quelconques reproches, et de continuer ensuite comme à son habitude.

4. Le quatrième axiome de la communication nous invite à distinguer entre communication analogique et digitale. A l'instar d'une montre, la communication digitale correspondrait à l'indication de l'horaire en chiffres, par l'utilisation d'un symbole arbitraire, qui repose sur une convention que le chiffre 2 en plein jour indique bien le début d'après midi. Si nous prenons le même exemple de la montre, en l'étendant au cadran solaire, la communication analogique est directement en lien avec ce qui est communiqué : l'ombre tombant en haut et un peu à droite de la verticale indique que le soleil a passé le zénith, donc que nous sommes en début d'après midi. A l'exception des onomatopées, les mots utilisés, le langage, l'écrit constituent des symboles par lesquels nous communiquons, tandis que tout ce qui accompagne le langage, c'est-à-dire le comportement non-verbal, incluant la posture, la gestuelle, la mimique, les inflexions de voix, le rythme de parole, le ton, la succession des mots employés, ainsi que le moment où ils sont placés dans un entretien font partie de la communication analogique. L'être humain communiquant par la parole et par l'écrit maîtrise bien le niveau de communication digital. Néanmoins, quel que soit le message indiqué, la dimension analogique n'est jamais absente. C'est la congruence ou l'incongruence des deux messages qui attirera notre attention sur ce qui se dit à ces deux niveaux de communication, nous informant ainsi, au delà du contenu, sur la relation entre les deux personnes (voir 2ème axiome). Watzlawick et ses collègues (1967/1972) font un lien entre ces deux axiomes en attirant notre attention sur le fait que la communication analogique contient souvent le message sur la relation, tandis que la communication digitale va plutôt contenir le contenu du message que nous souhaiterions faire aboutir. Ainsi, les messages analogiques viendront pondérer, renforcer, ou orienter le message digital. Imaginons par exemple une critique qui est formulée par un supérieur, et qui termine son message par la phrase « … je suis certain que vous pouvez faire mieux … ». Si ce message est accompagné par un

regard bienveillant, qui cherche le contact oculaire, une mine optimiste avec un hochement de tête et un sourire, le message digital sera entendu comme un encouragement du type : « essayez encore, j'ai confiance en vous ». Si par contre le même message digital est accompagné par une absence de regard, une mine maussade, des lèvres pincées, un corps qui ne bouge pas, ces informations sur le plan analogique feront passer un message désagréable, non reconnaissant, peu encourageant, et avec une incertitude que des efforts pour améliorer le travail seront perçus ou bien accueillis. Dans les deux cas, le supérieur reste le supérieur. Au niveau de la relation, nous pouvons dire que dans le premier cas, les informations analogiques indiquent une relation agréable, qui permet au contenu d'être traité dans de bonnes conditions. Dans le second cas, nous faisons l'hypothèse d'une relation perturbée, qui demandera beaucoup d'énergie et de capacités de traitement de l'information avant que le subordonné puisse traiter le contenu avec l'attention qui lui reste.

En thérapie familiale, nous prêtons une attention particulière à la communication analogique, car celle-ci nous renseigne sur le degré de souffrance d'une relation. De la même manière, il sera important, surtout en psychotraumatologie, où les blessures relationnelles ont pour point commun un incohérence entre ce qui est dit et ce qui est fait, que le professionnel veille à rendre sa communication congruente, s'il veut être bien compris. Les personnes souffrant de trauma complexes sont particulièrement sensibles à la cohérence, et risquent de déceler toute incongruence comme le signe qu'ils ne sont pas en sécurité dans la relation thérapeutique.

5. Le cinquième axiome de la communication nous invite à une lecture des interactions de façon à observer s'il s'agit d'interactions symétriques ou/et complémentaires**.** Les interactions symétriques se fondent sur une minimisation de la différence des partenaires en communication : ils se répondent de manière semblable, tant dans la définition de la relation que dans l'intention, p.ex. lorsque les deux sont convaincus d'avoir raison et veulent le faire valoir. Les interactions symétriques appellent une relation de compétition, qui peut être bénéfique jusqu'à un certain point. Les interactions complémentaires accentuent la différence entre les deux protagonistes : cela mène le plus souvent à une spécialisation des rôles pour certaines tâches, p.ex. : pour amener de la parole, contrôler les dépenses, … . Les interactions complémentaires font que les différents protagonistes acceptent, voire accentuent leurs différences. Ici il n'y a pas de compétition, au contraire, les rôles sont clairs, bien définis et peu remis en question.

   Une communication saine montrera un bon équilibre entre interactions symétriques et complémentaires. Dans le cas de la compétition, l'un finit par dire « tu as gagné », et plutôt que de surenchérir, arrêtera la lutte et se posera en « vaincu », c'est-à-dire se met en position basse. L'autre acceptera d'avoir « le dessus », c'est-à-dire d'occuper la position haute, jusqu'à la prochaine fois où l'issue peut être l'inverse. Position basse ou haute, ne sont ici pas à confondre avec bonne ou mauvaise posture.

   Un excès d'interactions symétriques peut ainsi aboutir à une véritable « guerre des tranchées » à peine métaphorique, au sein de laquelle chacun exagère sa réponse pour amener l'autre à changer. Ainsi des parents, consultant pour un problème de consommation de Cannabis de leur fils de treize ans, expliquent leurs points de vue : Madame, à la découverte de la fumette de leur fils, se montre anxieuse et alerte son mari pour trouver une solution. Le père tente d'apaiser son épouse en lui rappelant que lorsqu'ils étaient jeunes, ils sont passés par là, et que cela ne les a pas empêchés de devenir des adultes convenables. Madame, pensant son mari laxiste, va lui reprocher son manque de discipline à l'égard du fils, et redouble d'inquiétude. Le mari se replie,

voyant que ses arguments ne marchent pas pour rassurer sa femme. Madame, toujours pas rassurée, se met à fouiller la chambre du fils et trouve ce qu'elle cherche : davantage de preuves de fumette. Elle redouble d'inquiétude, retourne voir son mari et lui montre les preuves qu'elle a raison. Le mari, à court d'arguments face à son épouse, mais pas du tout inquiet concernant son fils, répond à sa femme : « décidément, là tu exagères », ce qui génère chez Madame un sentiment d'exaspération : elle décrit qu'elle se sent incomprise, seule, inquiète et se trouve en proie avec des scénarios catastrophe : « mais tu t'inquièteras quand pour ton fils, quand il sera mort d'overdose ? » Cet échange, issu d'une séance de thérapie familiale, est complété par un adolescent, qui sourit dans un premier temps, puis qui se renfrogne, et qui finit par se sentir mal à l'aise, en disant que s'il y en a un qui est seul c'est lui. Le fils a raison. Pendant que ses parents sont occupés à se disputer, ces derniers sont tellement impliqués dans cette suite d'interactions, que plus personne ne pense au fils, à ses besoins d'être accompagné.

A l'inverse, un excès d'interaction complémentaires peut mener à une rigidification des interactions, p.ex. : lorsque un membre du couple est désigné « souffrant » ou « handicapé », et l'autre « soignant » et ce par les deux membres. Les interactions qui en découlent relèguent l'un et l'autre à une même place, au cours de différentes situations de vie. Cette complémentarité peut être tellement rigide, que le jour où celui qui est désigné souffrant s'affranchit de ses traumatismes, ou n'est plus dépendant d'une addiction, la relation se retrouve en crise, ce qui peut mener à la rupture du couple, si cette rigidité ne peut pas être dépassée.

Cette lecture des processus de communication, se fondant sur l'observation, tant du contenu que des comportements, a pour but de mieux comprendre les conflits, et d'orienter l'intervention vers le changement de façon à ne pas faire plus de la même chose.

Un des concepts forts qu'a avancé l'école de Palo Alto fût la notion de double contrainte (Bateson et al., 1956). Les auteurs décrivent les ingrédients de la double contrainte (en anglais : double bind) de la manière suivante :

- Il faut la présence de deux ou plusieurs personnes, dont l'une sera la « victime »
- et que cette situation se répète, de façon à former chez la victime une attente habituelle.
- Une première injonction négative est adressée à la victime, p.ex. : « ne fais pas ainsi, sinon tu seras puni … » dans un contexte où la personne en situation de dépendance est motivée à éviter la punition, qui peut être l'expression de colère, ou un retrait d'affection, … .
- Une seconde injonction est ajoutée. Elle a la particularité d'entrer en conflit avec la première à un niveau plus abstrait, p.ex. : de manière non verbale, ou par un commentaire comme : « … mais il ne faut pas voir cela comme une punition », ou bien « … mais tu sais bien combien je t'aime ». Parfois ces deux injonctions peuvent être formulés par deux parents, l'un contredisant à un niveau plus abstrait l'injonction de l'autre.
- Une troisième injonction vient empêcher la victime de se soustraire aux deux précédentes, c'est-à-dire qu'il y a une obligation à répondre au message reçu, et même la non-réponse sera sanctionnée. Cette troisième injonction peut être implicite, notamment lorsque le double lien est adressé à un tout petit, qui par définition ne peut s'échapper de la relation.
- Finalement, tous ces ingrédients ne sont plus nécessaires à partir du moment où une victime a appris à percevoir son univers à travers des pattern de double lien. Une

partie de la séquence suffit alors pour provoquer de la panique ou de la rage, voire des voix hallucinatoires.

La victime se trouve dans une situation insoluble dans laquelle, quelle que soit sa réponse, celle-ci sera la mauvaise et entraînera une suite désagréable. Un enfant apprendra ainsi la cognition fondamentale « je suis mauvais », qui sera un moyen parmi d'autres pour faire face à la désorientation éprouvée.

Les auteurs (Bateson et al., 1956) suggèrent que la situation de double lien mène à l'échec de discriminer différents niveaux logiques dans les situations suivantes :

- Lorsque la personne est impliquée dans une relation significative, dans laquelle il est important de trouver une façon adaptée de répondre,
- lorsqu'elle se trouve prise au piège de deux injonctions contradictoires, l'une annulant l'autre, p.ex. : « je te punis, mais tu sais que je t'aime »,
- dans une situation où la métacommunication est impossible.

Parfois ces trois situations se cumulent.

Cette situation décrit une relation où les besoins de la « victime » ne sont ni respectés, ni assouvis, où il y a une maltraitance manifeste, au moins sur le plan émotionnel, où la personne apprend qu'elle ne peut pas faire confiance à ses ressentis, ce qui entraîne malaise, confusion et désorientation. Les trois derniers points mentionnés ci-dessus décrivent une situation à laquelle la victime ne peut se soustraire.

Spiegel (1986) a rapproché la notion de double contrainte de celle de dissociation, en précisant que la dissociation pouvait être une stratégie de réponse face à la double contrainte. Les auteurs de l'Ecole de Palo Alto avaient fait le même rapprochement par rapport à la schizophrénie, en mettant l'accent sur un dysfonctionnement du lien chez tous les membres du groupe familial. D'autres modèles théoriques éclairent le double lien et la manière dont il est généré, différemment, en proposant comme étiologie de la dissociation des défauts d'attachement entre parents et jeunes enfants (Barach 1991, Liotti 1999, Lyons-Ruth et al. 2006). Le lien désorganisé et une communication parentale perturbée sont d'importants prédicteurs pour les symptômes dissociatifs à l'âge adulte (Lyons-Ruth, 2003, Lyons-Ruth et al. 2006; Ogawa et al., 1997), de même que les états d'âme faits d'hostilité et d'impuissance chez les parents (Lyons-Ruth et al. 2005), ou l'indisponibilité, voire l'absence de réponse émotionnelle parentale (Dutra et al. 2009). Ainsi, l'attachement désorganisé se montre simultanément sous deux aspects, qui peuvent être en conflit, d'une part une phobie de l'attachement (activée le plus souvent par des systèmes d'action de défense, comme la fuite ou la lutte) et d'autre part une phobie de perte de l'attachement avec d'autres significatifs (activée la plupart du temps par des systèmes d'action de pleur d'attachement, et se montrant par une panique devant toute séparation, des peurs d'abandon) (Fonagy 1997, Liotti 1999, Van der Hart et al. 2006/2010).

Ainsi éclairée, la double contrainte contient en son sein ces deux mouvements, à savoir des expériences négatives éprouvantes sur le plan émotionnel, et en même temps une relation de dépendance, le tout dans une situation où ce dysfonctionnement ne peut être remis en question.

Les patients souffrant de trauma complexes sont nombreux à décrire des situations de double lien, de communication perturbée, sans être en mesure de les penser et encore moins de les mettre en mots, permettant de prendre de la distance, et ouvrir une voie vers une réalisation qui permettrait d'en sortir. Ils décrivent un malaise vague, tout en répétant la disqualification et la dépréciation dont ils ont fait l'objet.

Lorsque Nina, 6 ans, avait rapporté à sa mère les agressions sexuelles dont elle et sa sœur de 4 ans ont fait l'objet, plutôt qu'être entendue et aidée, elle a été traitée de menteuse. Elle avait

été culpabilisée pour ces « idées tordues » qu'elle véhiculait, et a du continuer à vivre dans l'environnement où l'auteur des violences était présent.
Les auteurs d'agressions sexuelles ont souvent comme pratique d'intimer le secret à l'enfant, l'assortissant de menaces, ce qui l'aide à maintenir son emprise. Vu sous cet angle, ne pas croire un enfant a des effets bien plus dévastateurs, car cela vient donner corps aux prédictions de l'agresseur. Ce dernier a dès lors toute la liberté de continuer les agressions, en transférant sa propre culpabilité sur l'enfant, l'amenant à croire que c'est lui qui souhaite ces pratiques avec l'agresseur, que c'est lui qui déclenche le désir chez le violeur, qu'il est d'accord avec les agressions dont il fait l'objet. Pour arrêter ces agressions, l'enfant doit désobéir, faire quelque chose qui risque d'ajouter de la désapprobation et du rejet, et qui ajoute à sa solitude le sentiment d'avoir mal agi.
Le besoin d'attention d'un enfant, naturel et légitime, se trouve chez les enfants victimes d'agressions sexuelles, transformé en preuve d'avoir provoqué les transgressions de l'auteur. La boucle est bouclée, le double lien s'étendant sur la durée et ajoutant généralement d'autres violences, défauts de protection et négligences, poussent ces petits héros de survie à des mécanismes d'adaptation extrêmes, qui vont s'installer et que l'on retrouvera plus tard sous l'étiquette nosographique de troubles dissociatifs. Le récit courageux et édifiant d'Olga Trujillo (2011) permet d'en avoir un aperçu.
Même à l'âge adulte, le dysfonctionnement familial peut persister, comme le montre le cas de Nina, 34 ans, qui après avoir fait un travail thérapeutique considérable, révèle les attouchements de son cousin à sa mère. A ce stade, Nina ne savait pas encore qu'il s'agissait du viol de sa petite sœur qui avait 4 ans et d'elle à 6 ans, ces éléments étant encore sous le sceau de l'amnésie. Au moment de la thérapie, 28 ans plus tard, la mère semblait l'entendre cette fois, car elle en a parlé au père. Elle a aussi raconté à Nina, que le cousin avait séjourné deux mois dans la famille, et qu'elle avait des doutes le concernant. Même si le discours de la mère est très différent aujourd'hui de celui dont dont Nina se souvient, la patiente ressent du soulagement. Cela n'empêche pas que les dysfonctionnements persistent. Dans la suite, au cours de la même soirée, la mère a demandé à Nina d'assister à une réunion familiale où le cousin sera présent, de même que ses parents, c'est-à-dire l'oncle et la tante. La mère de Nina n'a pas semblé comprendre les protestations de sa fille, et la patiente a dû prendre seule les mesures pour se protéger.
La lecture descriptive et phénoménologique des processus de communication nous a permis de décrire le côté dysfonctionnel de ces messages, tout en précisant que tout le monde est pris au piège dans ce mode de fonctionnement. Cela a souvent un effet soulageant sur le patient, d'autant plus que cette explication ne blesse pas les liens de loyauté qui existent, et ce quel que soit le degré de maltraitance.
Au delà de l'observation des processus de communication perturbés dans les liens familiaux que décrivent nos patients dissociatifs, l'approche processuelle nous a aidé à observer et à penser les interactions surtout avec de petits groupes, tels les couples et les fratries, mais aussi des groupes plus grands, au cours d'analyses de la pratique professionnelle au sein d'institutions. En thérapie, les notions de double contrainte sont venus éclairer le fonctionnement dissociatif, auquel nous consacrerons un chapitre plus loin. L'approche processuelle nous a appris également la puissance de la position basse, un levier utile pour le thérapeute.

1.3. Du constructivisme radical vers le constructionisme social

La pensée systémique évoluant, celle-ci a donné lieu à une extension de l'observation des processus de communication et des relations, en incluant le thérapeute comme faisant partie intégrante du système : la « cybernétique de second ordre».

L'origine de la pensée systémique, dans le monde scientifique, peut être attribuée à une discipline qui est née au début du XXe siècle : la cybernétique (Albernhe & Albernhe, 2000). Ce néologisme a été formé à partir du mot grec « kubernetes » qui signifie « pilote » ou « gouvernail » (Orgogozo, 1997). Wiener (1948) a proposé les notions de rétroaction (feed-back), et d'effet circulaire en affirmant que « tout effet peut rétroagir sur sa cause ». Albernhe et Albernhe (2000) définissent la cybernétique comme la « science de la communication et du contrôle, devenue ensuite, par extension, science de la signification et de la compréhension des phénomènes communicationnels. ».
Dans le cadre de la « cybernétique de premier ordre », ont été minutieusement décrits les processus de communication, réfléchi aux frontières et aux sous-systèmes familiaux, ainsi que leurs spécificités, éclairé le fonctionnement des loyautés et d'étique relationnelle, en ayant pour objet d'étude la famille, la manière dont s'expriment et se montrent les liens entre les personnes, en laissant le thérapeute en dehors du système étudié. La lecture par la première cybernétique place le thérapeute et son équipe derrière le miroir sans tain, comme des observateurs extérieurs à la famille, où les interventions sont réfléchies pour avoir une action sur le système, l'amenant à changer pour tendre vers une nouvelle homéostasie plus fonctionnelle.

Tandis que la cybernétique de premier ordre s'était intéressée à la description d'un système observé, la cybernétique de second ordre s'est préoccupée du système observant. Cette cybernétique de la cybernétique (Alberhne & Alberhne, 2000) est née des travaux de Maturana & Varela, de von Foerster et de Keeney.

L'observation d'un système humain est reconnue comme ne pouvant être neutre, elle est obligatoirement participante, c'est-à-dire que l'observateur modifie le système par sa seule action de l'observer. Ce principe, fondé sur le principe d'incertitude de Heisenberg (1927), énonce que l'observateur ne peut être séparé de ce qu'il observe. Il ajoute qu'un monde vraiment objectif, dénué de toute subjectivité, serait de ce fait même inobservable. L'intervenant, qu'il le veuille ou non, est donc une partie intégrante du système. De même, aucune observation n'est absolue : ce que l'on voit n'est qu'une toute petite fraction du système à observer. Cette idée, inspirée des travaux d'Einstein sur la relativité, place toute observation comme étant relative au point de vue de l'observateur. La sélection des item observés, ainsi que la grille de lecture appliquée ne peuvent être neutres, mais sont au contraire conditionnés par l'histoire et le vécu de l'observateur, l'instrument de mesure qu'il utilise, …
La description d'une situation, la perception du réel, se constitue ainsi nécessairement de données subjectives, auto-construites par le sujet, dans son rapport à l'environnement.
La cybernétique de second ordre, tout en incluant l'étude des relations aux différents niveaux décrits plus haut, vient placer le thérapeute au centre du système, la famille formant avec le thérapeute un système thérapeutique. Le thérapeute faisant partie de ce système, devient un des agents impliqués dans son fonctionnement. Au delà de la dimension contre-transférentielle que nous enseigne le courant psychodynamique, le thérapeute agit dans et il est agi par le système. Cette notion devient encore plus importante lorsque le thérapeute n'est pas seul, mais intervient en équipe, soit en co-thérapie, ou au sein d'un équipe pluridisciplinaire, lorsque émergent des isomorphismes provenant des processus de communication et de fonctionnement, voire de la pathologie des patients auprès desquels il intervient.

Dans un essai intitulé « L'invention de la réalité[1] », dirigé par Paul Watzlawick (1981/1988), qui nous a paru éclairant dans son ensemble, Ernst Von Glasersfeld (1981/1988) nous explique que le constructivisme radical « développe une théorie de la connaissance dans laquelle la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique « objective », mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience. »
Comment alors, une telle réalité peut-elle être construite ?
Heinz Von Foerster (1981/1988), affirme que les différentes étapes du processus de découverte de notre environnement, sont selon lui une invention, jusqu'aux mécanismes neurophysiologiques de nos perceptions. Dans une démonstration, où il prend comme exemple la tache aveugle, une cécité localisée du fait de l'organisation des cellules photosensibles de notre œil, Von Foerster argumente que celle-ci n'est pas perçue comme une tache sombre dans notre champ visuel, car voir une tache sombre impliquerait de la voir. Cette tache n'est pas perçue du tout, ni comme quelque chose de présent, ni comme quelque chose d'absent. Ce que nous percevons, selon Von Foerster, nous le percevons sans tache, ce qui implique directement que nous ne savons pas que nous ne voyons pas.
L'auteur nous apprend que cette perception est similaire sur le plan auditif. Des expériences avec des animaux ont montré qu'un bruit quelconque n'est « entendu » sur le plan cérébral, qu'une fois qu'il prend sens dans la réalité de l'animal, par exemple quand un bruit est associé à la prise de nourriture (Von Foerster, 1981/1988).
Nous nous souvenons de notre travail en tant que chercheur pour le point focal des Drogues et des Toxicomanies au Luxembourg. Lors des collectes de données, que nous faisions régulièrement auprès des services de Police Judiciaire, pour produire nos rapports annuels et effectuer une étude sur les cas d'Overdose au Luxembourg (Origer & Dellucci, 2002), quelques agents, exaspérés par notre naïveté et notre manque de connaissance du terrain « concret », comme ils avaient l'habitude de l'appeler, nous ont emmenés faire leur ronde, et nous ont montré le quartier de la Gare du Luxembourg, sous un angle où nous ne l'avions jamais vu : les toxicomanes qui arpentent la rue, fébrilement, à la recherche de quelqu'un qui peut leur vendre quelque chose, les « interactions » où des saluts de la main font passer des contenus au delà du simple « bonjour », les gens en manque, ceux qui ont pris leur dose, … .
Les agents de la Police Judiciaire nous avaient enlevé notre vision du monde qu'ils trouvaient « naïve », c'est vrai. A chaque fois que nous passions dans cet endroit, nous ne pouvions plus ne pas les voir, ces acteurs de la « scène » toxicomane.
C'est précisément ce que décrivent les survivants de traumatisations complexes et chroniques. Leur insouciance s'est à tout jamais envolée, ils perçoivent la réalité des relations sociales avec une acuité qui peut nous faire froid dans le dos. C'est ainsi que Julie, une patiente avec un Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), a rectifié notre enthousiasme par la mention : « avec les limites de ce que la vie nous permet », lorsque nous voulions lui assurer que nous resterions présents aussi longtemps que ce serait nécessaire, et que ce serait la patiente qui nous dirait qu'elle n'aura plus besoin de nous … . »
Un certain nombre de collègues nous disaient au cours de supervisions, qu'ils ne voyaient pas de patients dissociatifs. Nous mêmes avons douté plus d'une fois, et nous remercions encore aujourd'hui Helga Mattheß, de nous avoir toujours accompagnés dans nos questionnements et nos doutes, avec patience et bienveillance. Une fois formés, ces mêmes collègues ont développé une vision différente, où ils semblent voir des choses auxquelles ils n'étaient pas sensibles auparavant.

[1] A notre sens, le sous-titre de l'ouvrage original en langue allemande nous paraît beaucoup plus éclairant : Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben ? Nous pourrions le traduire de la manière suivante : Comment savons-nous ce que nous croyons savoir ?

Si nous suivons le raisonnement que nous propose le constructivisme radical, le seul accès à la réalité que nous pouvons avoir, est une lecture consensuelle sur laquelle nous nous mettons d'accord. Ces idées sont proches de celles d'Alfred Korzybski (1933), pour lequel l'accès à la réalité ne peut donner lieu qu'à une carte, c'est-à-dire un moyen de lecture, qui n'est pas équivalent au territoire. Nous avons besoin d'une perception consensuelle pour nous mettre d'accord sur les termes de la réalité partagée.
L'approche constructiviste nous enseigne, qu'en tant qu'auteurs de la réalité que nous construisons, nous devenons responsables de nos constructions et de la part que nous proposons dans le consensus. Nous savons qu'il y a nombre de dysfonctionnements chez nos patients, et nous ne pouvons pas leur refuser la lecture qu'ils en font. Nous savons aussi que notre interlocuteur en thérapie est mû par des loyautés et des forces pas toujours visibles, mais bien présentes. En tant qu'interlocuteurs, nous devenons responsables du regard que nous portons sur les personnes avec lesquelles nous travaillons. Comment construisons-nous la réalité thérapeutique ? Il nous semble que le fondement de nos valeurs solutionnistes amène notre réponse à cette question.

1.4. L'approche solutionniste

Prenant leurs fondements dans la pensée de Wittgenstein, de Bateson, d'Erickson et de Korzybski, l'approche solutionniste, ou la Thérapie Brève Centrée Solutions (en anglais : Solution Focused Brief Therapy), portée par Steve De Shazer (1982, 1985, 1988) et Insoo Kim Berg (1994) aux Etats Unis, par Luc Isebaert et Marie Christine Cabié (Isebaert & Cabié, 1997) dans le monde francophone, nous offre des perspectives qui viennent éclairer la psychopathologie d'une lecture additionnelle : explorer la dimension fonctionnelle des symptômes amenés, ce qui actuellement fonctionne bien dans les relations, les domaines dans lesquels les patients se débrouillent, tout ce qu'ils ont mis en œuvre pour que leur état actuel ne soit pas pire que ce qu'il est, au regard des choses qui leur sont arrivés. Outre cette lecture explicite de tout ce qui a déjà fonctionné et qui fonctionne bien, cette approche invite les interlocuteurs à se projeter dans le futur, un futur souhaité, où les problèmes pour lesquels ils consultent, auront disparu. Ce qui est exploré en détail, est comment la vie sera à ce moment-là, sans idéalisation, mais au contraire, très concrètement, avec les éléments de la vie courante que le patient connaît. La création d'une mémoire prospective devient alors un guide pour réévaluer la situation au présent, pour constater la présence, déjà maintenant, d'éléments souhaités dans le futur.
On pourrait ranger cette approche thérapeutique du côté de la psychologie positive, bien qu'elle lui soit antérieure. Ce qui, à notre sens, distingue l'approche solutionniste de la psychologie positive est la particularité de considérer le patient comme expert de sa vie, dans son contexte. Le thérapeute, dans ce modèle, est relégué à une posture de « celui qui ne sait pas » en ce qui concerne l'expertise et la vie du patient. L'expertise du thérapeute se résume à une expertise générale de la thérapie, c'est-à-dire qu'elle ne dépassera jamais 50 % de ce qui se passe dans une interaction thérapeutique.
Cette pensée a des conséquences considérables !

- Chaque personne est unique, ce qui implique que le contenu de l'expertise du patient ne peut être prévisible. Il convient donc de poser des questions explicites à ce sujet.
- Même si elles ne sont pas encore connues, le thérapeute choisit d'avoir une confiance absolue dans les ressources du patient et de son entourage. Cela vaut autant pour le passé, le présent et le futur :
    - Le passé, où le symptôme est considéré comme le compromis le moins pire que le patient a trouvé pour faire face à ce qu'il a dû traverser.

    - Le présent, avec la croyance, que le fait-même d'avoir poussé la porte du cabinet du thérapeute, est déjà sous-tendu par des changements majeurs, qu'il convient d'explorer.
    - Le futur, où les ressources qui précèdent, si elles (re)deviennent suffisamment explicites, donc conscientes, en lien avec les projections dans l'avenir, vont amener tout le système, patient et entourage, à opérer des changements.

  Le rôle du thérapeute sera de rendre ces ressources explicites et conscientes, sans que celles-ci ne viennent disqualifier ni la souffrance, ni la demande.
- Le thérapeute, qui explore le monde du patient, au delà de ce qui pose problème, le fait dans une position basse, où il est dépendant de l'information que le patient va lui apporter. Cela donne au patient un pouvoir considérable.
- Quels que soient les déterminismes à l'œuvre, s'il y a, le futur reste négociable.
- Ce qui précède fait de l'espoir un vecteur central, à l'œuvre dans le travail que peut fournir le thérapeute. Celui-ci a dès lors la responsabilité d'amener, dans la réalité thérapeutique co-construite avec le patient, ainsi que celle qu'il partage avec son entourage, sa capacité à avoir de l'espoir.
- Le patient est le seul à pouvoir évaluer sa psychothérapie. Il est un acteur, capable d'évaluer le processus thérapeutique, mais aussi son adéquation par rapport aux objectifs qu'il s'est donné, ainsi que les ajustements effectués en cours de route.

Luc Isebaert précise que cette lecture vaut pour une relation d'aide et pas pour les situations d'urgence, où il qualifie alors la relation comme une relation de protection, dans laquelle le professionnel, devenu urgentiste par le fait de sa présence dans cette situation (De Clercq, 1997) agira de manière autoritaire, de façon à endiguer le risque fatal en l'absence d'intervention d'un tiers.
Revenons à la relation d'aide, qui qualifie la plus grande majorité des relations au sein de notre travail de thérapeutes. Cette différenciation quant à l'expertise partagée mais distincte répond, à notre sens, à la seconde condition[2] du vivant proposée par Maturana et Varela (1973), à savoir la différenciation d'une unité avec une autre. Ce que ces auteurs, biologistes puis philosophes, appliquaient à la cellule, nous avons tenté de l'appliquer à notre lecture de la dimension de l'existence pure et simple, auprès de personnes individuelles. Se pourrait-il, que cette différenciation soit fondamentale, pour garantir une attitude cohérente, visant à assurer l'intégrité physique, mais surtout psychique de la personne dans la relation d'aide ?
Le modèle solutionniste nous a permis de penser cette différenciation à l'intérieur d'un cadre : le thérapeute expert en thérapie et de ses outils en général, le patient, le couple, la famille, l'usager expert de sa vie dans son contexte. Cette confiance en notre interlocuteur, donc en son homéostasie, rend la thérapie centrée solutions (De Shazer, 1982, 1985, 1988 ; Isabaert & Cabié, 1997) à proprement parler systémique.

L'approche solutionniste met l'accent sur le futur souhaité des personnes venues consulter, à travers des questions précises dédiées à construire des solutions, plutôt que de résoudre des problèmes. L'exploration des solutions déjà mises en œuvre est initiée dès les premières

[2] Humberto Maturana et Franciso Varela (1973) ont proposé, à travers leur Théorie de l'Autopoïese, et en s'appuyant sur leurs recherches en biologie cellulaire, deux conditions pour qu'une cellule soit vivante et le reste : 1. L'existence d'une frontière, permettant une différenciation du milieu intérieur par rapport à l'environnement extérieur, et 2. une non-superposition de cette cellule par rapport à une autre, c'est à dire qu'elle soit différente d'une autre cellule. Si ces conditions ne sont pas respectées, dans le premier cas, la cellule se dissout et n'est plus repérable, c'est-à-dire elle devient une partie du bain environnant, dans le deuxième cas, la cellule est absorbée par une autre, et dans les deux cas, la cellule cesse d'exister en tant que telle. Robert Neuburger, un de nos professeurs à l'ULB (Bruxelles), a brillamment adapté cette lecture aux familles (1995). Nous avons continué cette pensée en l'adaptant aux survivants que nous recevons en psychotraumatologie.

minutes de la première séance, où sont explorés les changements qui ont eu lieu, entre la prise du rendez-vous et avant cette première séance.
Si les personnes en entretien peuvent répondre positivement à cette question, l'exploration et le discours sur les solutions est déjà opérant et la thérapie avance rapidement, car l'accès aux ressources est présent et conscient. La suite de la conversation thérapeutique va s'intéresser aux détails de ces changements, et les autres compétences et zones de résilience des personnes, ainsi que la manière dont ceux-ci peuvent les aider à faire un pas de plus vers un but concret et positif. Il ne s'agit pas de la réponse la plus fréquente, lors des premières séances, mais elle existe.
Il arrive aussi que les personnes indiquent que rien n'a changé. Cette réponse implique que cette période est bel et bien considérée, mais que la prise de rendez-vous est le seul changement notoire. Dans ce cas, le thérapeute est invité à explorer ce temps entre la prise de rendez-vous et la première séance, dans le but de savoir comment les personnes s'y sont prises pour que les choses ne soient pas pires. Le but de ces questions étant toujours d'amener les personnes venues consulter vers un discours davantage centré sur les solutions plutôt que sur les problèmes.
La réponse la plus fréquente à cette question des changements observés avant le premier entretien est un silence, suivi de : « rien ne s'est passé », indiquant une absence d'évaluation de cette période cruciale. Le thérapeute est alors invité à explorer d'abord le futur immédiat de la séance : « Qu'est-ce qui vous fera dire que cette séance aura été profitable ? », « A quoi verrez-vous que ça aura valu la peine de venir aujourd'hui ? ». Le but de ce questionnement est celui de sonder une demande. Dès que celle-ci apparaît, les questions concernant le futur peuvent être étendues à la thérapie entière, et ce quel que soit le temps que celle-ci va durer : « A quoi constaterez-vous que vous n'aurez plus besoin d'aide ? », « …, supposons que vous soyez arrivé au terme de votre travail thérapeutique, à quoi verrez-vous concrètement … », « … imaginez que ce problème soit résolu, qu'y aura-t-il de différent dans votre quotidien ? », « Qui d'autre le remarquera ? », « A quoi votre conjoint verra-t-il … ». Notons que ces questions sont conjuguées au futur, pas au conditionnel, sous-entendant implicitement que les personnes connaissent la réponse, même s'il est possible que cela demande un délai de réflexion. Pour les personnes venues sous contrainte, c'est-à-dire lorsque la demande d'aide est exprimée par quelqu'un d'autre, ces questions prennent la forme suivante : « … que faut-il faire pour … », « … qu'est-ce qui fera que votre patron voudra vous garder ? », « … que le juge arrêtera de vous demander de venir … ».
Ce questionnement du futur souhaité va jusqu'à la « question miracle » (De Shazer, 1985) : « Imaginez… lorsque vous allez partir d'ici, vous allez rentrer chez vous et dîner, faire les travaux de ménage habituels, regarder la télé, ou tout autre chose, et ensuite vous allez au lit et vous vous endormez… et pendant que vous dormez… un miracle se produit, et les problèmes qui vous ont amenés en thérapie ont disparu, juste comme ça !… Mais cela est arrivé pendant que vous dormiez, alors vous ne savez pas que cela s'est produit… Alors, lorsque vous vous réveillez le matin, comment découvrirez-vous que le miracle a eu lieu ? »
Steve de Shazer (SFBTA) voyait cette question miracle comme : « un dispositif établissant un cadre, un moyen d'initier un jeu de langage qui détermine et définit ce dont le client et le thérapeute vont parler ensuite. Ce questionnement a pour but d'inviter le client à parler de ses souhaits pour sa vie-lorsque-le-problème-aura-disparu. »
Nous avons remarqué que plus ce questionnement concernant la fin de la thérapie est présent dès la première séance, plus la réflexion sur le futur, c'est-à-dire après un travail réussi, peut se faire sans mettre à mal la dimension d'attachement. Nous avons pris l'habitude de poser les questions sur la fin de la thérapie dès le premier entretien, même si la réponse est difficile ou impossible, même si la personne commence sa réponse par « je ne sais pas ». Analogiquement, questionner la dimension de l'après dès le début, en fait un élément du

cadre, outre le fait qu'il permet d'asseoir cette différenciation d'expertise entre le patient et le thérapeute.
Dans l'approche solutionniste, lorsqu'il est question de problèmes et de plaintes, les dimensions explorées concernent avant tout des exceptions au problème, même infimes.
Une fois ces éléments mis à jour et conscientisés par le patient comme lui appartenant, celui-ci est encouragé par la suite à augmenter la fréquence des actions apparaissant comme utiles. Les alternatives aux problèmes sont recherchées au sein du répertoire existant des personnes, avec l'hypothèse fondamentale que ces habiletés existent déjà. C'est cette dernière hypothèse qui distingue la thérapie solutionniste d'une démarche de construction de ressources plus classique. Même si en psychotraumatologie, nous nous trouvons à l'interface de ces deux pratiques, cela ne nous empêche nullement de d'abord explorer comment les personnes font ou ont déjà fait, lorsque les temps étaient vraiment durs (Dolan, 1991), avant de proposer des exercices en plus. Cette reconnaissance implicite est importante dans le cadre de l'approche solutionniste, où les praticiens sont attentifs à d'abord explorer les solutions déjà mises en œuvre par les personnes venues consulter, de regarder leurs symptômes comme des solutions partielles, plutôt que des problèmes. De Shazer va plus loin, en affirmant que le développement de solutions n'est pas nécessairement lié aux problèmes et aux difficultés actuels ou passés (de Shazer, 1985).

Nous avons rencontré Karim, 27 ans, pour un entretien qui allait s'avérer unique. Ce jeune homme, après avoir dit bonjour et pris place dans un fauteuil, a immédiatement éclaté en sanglots, en disant que personne ne le respecte, ni sa famille, ni sa copine, si ses amis. Toujours en pleurant, il raconte par bribes, que ses amis lui doivent de l'argent pour des travaux de carrosserie qu'il a fait pour eux, et qu'il sait qu'ils ne vont pas le payer, … suivi du constat que personne ne le respecte, depuis toujours.
La thérapeute, n'ayant pas l'habitude de voir des jeunes hommes pleurer devant elle à ce point, a d'abord écouté en respirant. Ensuite, elle a été touchée par la généralisation désespérée du patient, qui manque lui faire perdre ses moyens. Prudemment, elle demande au jeune homme, de culture arabe, s'il est croyant. Il a pu répondre par l'affirmative. Elle continue en lui demandant s'il est pratiquant. Le jeune homme reprend ses pleurs en disant que sa pratique n'est pas consistante, que c'est peut être pour cela que … . Après une autre grande respiration, la thérapeute se lance : « n'y a-t-il aucun autre domaine où c'est un peu moins pire, ne fût-ce qu'un tout petit peu ? » Le patient s'arrête de pleurer en disant : « Dans mon métier, mais ça n'a rien à voir. » Thérapeute : « Dans votre métier, ah bon ! Comment ça ? Vous faites quoi comme métier ? » Karim : « Je suis contrôleur de bus. » La thérapeute s'étonne : « Ah bon ! Et dans votre métier, vous vous faites respecter ? » Karim répond sobrement : « Oui. » La thérapeute hausse les sourcils en interrogeant prudemment : « J'imagine que ça ne doit pas être facile tous les jours. Comment vous faites, concrètement ? » Karim précise : « C'est mon travail, je contrôle les tickets. » Thérapeute : « Oui, mais parfois il y a des gens qui n'ont pas pris de tickets je suppose. » Karim : « Oui, ça arrive. » Thérapeute : « Et alors ? » Karim : « Je leur demande leur carte d'identité. » Thérapeute : « Vous leur demandez, c'est ça ? » Le patient acquiesce. Elle continue : « Est-ce qu'il arrive parfois qu'il y ait des gens qui ne veulent pas vous donner leurs papiers. » Karim esquisse un sourire : « Ah oui, ça arrive. Je reste calme et poli. Et je leur demande de descendre du bus au prochain arrêt et on règle ça à l'extérieur. » La thérapeute, focalisée sur la notion de respect, continue l'exploration : « Et est-ce qu'il arrive que des personnes s'énervent, se mettent à vous insulter, refusent de descendre du bus ? » Karim sourit : « Ah oui. » Il se détend. Thérapeute : « Et alors, vous faites comment ? » Karim explique : « Nous avons un accord avec le chauffeur. Il regarde dans le rétroviseur, et si je lui donne un signe, il arrête le moteur. » La thérapeute n'en revient pas : « Ah bon ! Et alors qu'est-ce qui se

passe ? » Karim continue d'expliquer, satisfait de lui : « Ben alors, tous les gens dans le bus regardent, et le gars descend, et je le suis. » La thérapeute tient à relever cette interaction en prenant soin de ne pas prendre le risque que Karim interprète sa ponctuation comme un bienfait unique de son collègue : « Donc si je comprends bien, vous demandez le ticket, ou s'il n'y a pas, la carte d'identité des personnes, vous restez calme, poli avec eux, et si quelqu'un ne respecte pas ce que vous demandez, ou vous insulte, vous avez déjà prévu une option avec votre collègue : arrêter le bus … ». Karim intercède : « Mais oui, c'est normal. C'est mon métier de veiller à ce que ça se passe bien. » La thérapeute renchérit : « Vous vous rendez compte de ce que vous venez de décrire ? D'abord merci beaucoup, car je découvre comment vous vous y prenez. Mais vous vous rendez compte, combien là vous décrivez comment vous vous faites respecter, dans le calme, aussi efficacement, … ? » Karim semble penseur. Nous savons que le fait de prendre conscience d'une ressource et de réaliser sa portée prend du temps et des ressources de pensée. La thérapeute continue à explorer si cette méthode a déjà failli, ce à quoi Karim a dit « non ». A partir de là, le questionnement est élargi sur les choses qui étaient possible d'importer dans son contexte privé, avec quelle personne sera-t-il le plus facile d'essayer, et comment, …, toujours en nous remettant à l'expertise de Karim car nous n'avons aucune notion, ni en contrôle des tickets, ni en carrosserie automobile. A la fin de la séance, Karim, visiblement apaisé, se tenant bien plus droit, n'a pas voulu prendre d'autre rendez vous, en précisant qu'il allait déjà essayer de mettre en œuvre ce que nous avions discuté, et qu'il va aussi être plus pratiquant à l'avenir, que cela pourra le soutenir et lui donner du courage.

Un autre pilier de l'intervention solutionniste consiste en l'utilisation de question d'échelles, c'est-à-dire des explorations qui permettent une graduation de la réponse. Celles-ci invitent le patient à se situer de manière intuitive et nuancée. Dans le cadre de la thérapie centrée solutions, l'échelle va toujours vers l'état souhaité, ce qui va à l'encontre de la définition du problème : "… entre 0, le pire état depuis ces 6 derniers mois, et 10, le moment où vous n'aurez plus besoin d'aide, où vous situez-vous aujourd'hui ? » La réponse intuitive du patient a toujours raison, quelle que soit la valeur qu'il donne sur l'échelle. Les valeurs n'ont pas de signification intrinsèque. Elles agissent comme une décentration du problème en faisant appel à un autre cadre de référence : des chiffres. Une fois une valeur donnée, p.ex. 3, le thérapeute explore chez le patient expert de sa vie, à quoi correspond ce chiffre, le conduisant à affiner l'observation de son quotidien. Un questionnement souvent pratiqué pour faire émerger les changements avant la 1ère séance consiste à explorer de quoi est fait le chemin entre zéro et trois : « … qu'est-ce qui fait que vous êtes à 3 et pas à 0 ? » Par ce biais, les efforts du patient sont mis à jour et reconnus. Chaque fois que le patient met à jour une conduite, une pensée ou ne fût-ce qu'une intention de faire autrement, le thérapeute explore, avec le plus de détails possible, comment il a fait concrètement, en amenant ainsi à une description de quelque chose qui peut être renouvelé, cette fois intentionnellement, avec la conscience d'aller vers les buts souhaités.
Une fois la dimension des efforts déjà fournis suffisamment explorée, le thérapeute centré solutions va questionner le patient, à quoi il constaterait qu'il est à N+1 sur l'échelle, dans notre exemple : à 4 ? Encore une fois, le thérapeute ne sait pas, il est juste un facilitateur empathique du cheminement que construit le patient.
A chaque séance, cette échelle est reprise, avec une petite variante : « entre 1, le moment où nous avons commencé, et 10, celui où vous n'aurez plus besoin d'aide, où vous situez-vous aujourd'hui ? » A partir d'une telle construction, si les objectifs thérapeutiques ne sont pas encore définis, il devient aisé de questionner le patient sur ce que serait un 10.
Pour les patients dépressifs chroniques, mus par suffisamment d'hostilité pour être réfractaires à tout chiffre positif, nous pouvons utiliser des échelles doubles : « entre -10, le pire du pire,

et 0, tout juste acceptable, où vous situez-vous aujourd'hui ? », la dimension de 0 à 10 étant reléguée à une exploration ultérieure, lorsque le patient s'affranchira de sa condition dépressive.
Il va sans dire que l'utilisation de ces techniques de conversation thérapeutique ne peuvent réussir que si l'attitude du thérapeute est congruente avec l'objectif visé. Un thérapeute convaincu de la déficience du patient risquera d'envoyer des messages contradictoires, menant soit à un non-engagement et une rencontre qui n'aura pas lieu, soit à une double contrainte, délétère pour les deux protagonistes.
Milton Ericsson a largement influencé cette approche, notamment avec l'idée de ne pas chercher à enlever le problème, mais à ajouter suffisamment de ressources, pour permettre d'instaurer un contexte dans lequel le patient a le choix.

Le modèle de la thérapie brève centrée solutions est à ce jours validé par la recherche (Kim, 2008; Stams & al. 2006; Corcoran & Pillai, 2007; Gingerich & Eisengart, 2000).
La particularité et la force de l'approche solutionniste francophone (Isebaert & Cabié, 1997 ; Isebaert, 2005 ; Isebaert et al. 2015) est la mise en avant du choix du patient, au delà des principes qu'elle partage avec l'approche anglophone. Développé par des psychiatres en alcoologie et en psychiatrie générale, le modèle de Bruges offre une lecture de la relation thérapeutique à partir de questions simples et une intervention hiérarchisée.

1.5. Le Modèle de Bruges

Le Modèle de Bruges (Isebaert et Cabié, 1997) a été développé en même temps que la Thérapie Brève centrée Solutions aux Etats Unis à Milwaukee. Steve de Shazer et Luc Isebaert, les auteurs respectifs, ont eu l'intelligence de faire converger leur pensée plutôt que de s'ériger en modèles concurrentiels.
On peut dire que la Thérapie Brève centrée Solutions a été développée dans un contexte de thérapie familiale, avec des auteurs provenant de l'Ecole de Palo Alto, tandis que le modèle de Bruges a vu le jour en psychiatrie, même si ses auteurs restent proches du modèle systémique.
La finalité du Modèle de Bruges est de créer un contexte de choix pour le patient. Développé d'abord en alcoologie, Luc Isebaert a fait le choix de permettre au patient alcoolique, de choisir entre l'abstinence complète et une consommation contrôlée. Cette démarche, certainement révolutionnaire il y a trente ans, a eu le mérite de permettre aux intervenants, de rester au plus près des souhaits des patients, et de rapprocher ces derniers de leurs choix existentiels.
Nous avons été formés auprès de l'école brugeoise, et nous décrirons dans les lignes qui suivent la spécificité de la lecture des niveaux relationnels, au delà des principes, de l'attitude et des techniques solutionnistes qu'elle inclut. Cette démarche pragmatique de questionnement permet un diagnostic de la relation thérapeutique, et amène à notre sens une extension de l'approche solutionniste, en ce qu'elle propose une hiérarchie d'intervention. Pour nous, l'ingéniosité se situe dans la simplicité du questionnement :

1. Existe-t-il une demande d'aide travaillable ?
2. Le patient est-il prêt à se mettre au travail ?
3. Le patient est-il conscient de ses propres ressources ?

De ces questions, et en fonction des réponses oui/non que l'on peut y fournir, découlent quatre niveaux de relation thérapeutique, ouvrant vers des possibilités différentes. Les impasses thérapeutiques, selon Luc Isebaert, proviennent du fait que le thérapeute, soit ne s'est pas posé ces questions, soit pense que le patient est déjà plus loin dans la relation

thérapeutique qu'il ne l'est réellement. La seule chose qui reste à faire au patient, c'est de freiner le thérapeute, ce qui parfois, peut s'avérer être une entreprise de longue haleine.

1. Existe-t-il une demande d'aide travaillable ?

   Par demande d'aide travaillable, nous sous-entendons une demande d'aide qui peut être définie comme un problème, c'est-à-dire quelque chose qui peut être changé, par opposition à une limitation qui ne peut être modifiée. Parfois des personnes viennent en thérapie, car elles souhaiteraient que leur supérieur modifie son comportement, ou que leur conjoint mette en place des changements, qu'un événement ne se soit pas produit, ou qu'un handicap s'efface. Ces souhaits, bien que tout à fait légitimes, ont en commun qu'ils ne peuvent trouver de satisfaction dans leur formulation actuelle. Il y a bien une demande, mais elle n'est pas travaillable en tant que telle. C'est au thérapeute de négocier avec le patient, pour en faire une demande d'aide qui puisse faire l'objet d'un travail thérapeutique. Ainsi, est-il possible d'apprendre à réagir adéquatement par rapport à un supérieur, réfléchir aux besoins et possibilités pour se sentir mieux dans la relation conjugale, s'affranchir des suites émotionnelles d'un événement pour en extraire la dimension d'apprentissage, arriver à faire avec un handicap pour que malgré tout la vie soit satisfaisante.

   Cet effort de traduction de la demande ne peut se faire que si le patient formule un souhait de changement. Si la demande d'aide peut être traduite en un problème travaillable, alors la réponse à cette première question est oui, et le Modèle de Bruges invite à aller à la prochaine question. A ce stade nous pouvons nous dire que la demande d'aide a été clarifiée. Cette première démarche du Modèle de Bruges consiste donc à clarifier les souhaits du patient.

   Si le patient n'accepte pas la traduction d'une limitation en un problème travaillable, alors la relation thérapeutique peut être définie comme une relation non-engagée.

   Il arrive bien entendu, que le patient ne demande rien, voire même, qu'il se retrouve dans un contexte d'aide contrainte, dans laquelle quelqu'un d'autre a une demande, p.ex. un conjoint qui menace de partir si le patient continue de s'alcooliser, un chef de service qui exprime une menace de licenciement si le patient ne peut pas venir au travail en étant sobre, une équipe d'un foyer éducatif qui ne sait plus quoi faire avec un enfant montrant des troubles du comportement. Dans la mesure où il existe une demande d'aide, même si celle-ci provient d'un tiers, nous explorons avec le patient : « qu'est-ce qu'il faudrait qu'il se passe, pour que le demandeur arrête de demander de l'aide et soit rassuré ? » La seule demande du patient va être que son épouse ne le quitte pas, de ne pas perdre son emploi, mais pas de travailler sur sa maladie alcoolique. Si la demande concerne un enfant, nous le recevons systématiquement avec les adultes l'accompagnant, auxquels nous pouvons demander de formuler leurs souhaits.

   Plus le patient est dans une situation difficile, p.ex. : un polytoxicomane devenu SDF, plus le simple fait d'entendre les circonstances de vie de la personne peut susciter chez le professionnel une réaction forte, p.ex. : « … mais il faut faire quelque chose, vous ne pouvez pas rester comme ça ! », qui peut amener le professionnel dans des démarches décidées par lui, sans avoir pris le temps d'explorer les souhaits de l'usager rencontré. Si la personne n'a rien demandé, elle pourra poliment attendre et regarder le professionnel s'épuiser, sans modification de son état, jusqu'à ce que le professionnel ait constaté que rien de ce qu'il tente ne marche, et qu'il déclare forfait. Rien n'a changé dans la vie de l'usager. Les deux ont perdu du temps. Ils ne se sont pas compris.

Lorsque patient et thérapeute se trouvent dans une relation non-engagée, le Modèle de Bruges (Isebaert & Cabié, 1997) propose au thérapeute de ne rien faire d'autre que « faire connaissance » avec le patient, s'enquérir de quels sont les domaines dans lesquels il se débrouille bien, avec le but de communiquer, analogiquement, à son patient qu'il est un interlocuteur à la hauteur. Aussi motivés et expérimentés que nous soyons en tant que thérapeutes, le patient dans une relation non-engagée nous demande en premier lieu de ne rien faire, de ne pas agir une demande qu'il n'a pas. Un collègue psychologue, œuvrant dans un service de Police Judiciaire, et qui recevait les agents envoyés par leur supérieur, avait même pour pratique de leur proposer de jouer aux cartes, lorsqu'il n'y avait pas de demande. Très rapidement, l'agent exprimait une demande « …et est-ce qu'on peut parler ? » A une adolescente récalcitrante à venir en thérapie, qui fustigeait : « Je ne veux pas être là ! », Yvonne Dolan demandait : « et où aimerais-tu être ? », pour passer du temps à discuter de quelque chose qui, apparemment, n'était pas l'objet de la thérapie. La force du Modèle de Bruges est d'affirmer que déjà ici, dans une relation non encore engagée, nous nous trouvons au cœur du processus thérapeutique. Ne pas parler du problème avant que le patient ne l'amène est ici la pierre angulaire de la thérapie. Implicitement le patient est respecté dans son intégrité, il est vu comme un interlocuteur à la hauteur, et capable de formuler une demande. Un thérapeute qui ne pourrait attendre et qui aborde le problème avant l'heure, signale le contraire à son patient. Attendre ainsi la demande d'un patient ou d'un usager peut être particulièrement difficile, si le thérapeute a un mandat institutionnel, qui consiste à faire changer le patient, le plus vite possible, avec une exigence d'efficacité. Le Modèle de Bruges demande au thérapeute, de centrer ses efforts sur la construction d'une bonne relation thérapeutique, avant d'entrer dans le contenu, et ensuite de s'en tenir au contenu apporté par le patient. La pratique de « faire connaissance » est indiquée, jusqu'à ce que le patient commence à formuler une demande d'aide, même si celle-ci émerge par bribes. Les techniques de reformulation habituelles permettent de clarifier les souhaits du patient et de se mettre d'accord sur un plan de travail. Dans le cas idéal, il sera possible de définir des objectifs, qui seront formulés sous forme de comportements et de réactions observables, p.ex. : « je pourrai mettre des limites à ma mère, sans culpabiliser, où j'arriverai à différer ma réponse à ses appels répétés, je pourrai partir en vacances sans elle, et profiter du lieu visité, me détendre et je pourrai me réjouir de rentrer ». Un autre exemple d'objectifs clairs, que nous verrons avec le cas d'Eliane : « je voudrais me débarrasser de tous mes traumatismes, j'aimerais dormir sans somnifères, je voudrais ne plus avoir besoin d'antidépresseurs, et, accessoirement, j'aimerais bien tenter, encore une fois, de trouver un compagnon et former un couple. »

2. <u>Est-ce que le patient est prêt à se mettre au travail ?</u>
   Imaginons un patient qui indique un malaise général et demande « je voudrais aller mieux, aidez-moi ». Il s'agit d'une demande d'aide travaillable, quoique vague. Lorsque le patient est prêt à se mettre au travail, il est possible de définir des objectifs clairs. Si ce pas est difficile pour lui, alors les objectifs risquent d'être vagues. Si le patient ne peut pas se mettre au travail, le Modèle de Bruges définit la relation thérapeutique comme une <u>relation de recherche</u>. Le thérapeute, à nouveau, propose plein de pistes possibles, mais le patient, bien qu'ayant une demande, n'en saisit aucune. Le patient ne rapporte pas de modifications entre les séances, et il donne l'impression qu'il attend que le changement vienne de la part du thérapeute, de manière quasiment magique.

Les patients coincés dans une relation de recherche sont en général bien conscients de leur souffrance, voire mettent celle-ci en avant dans la demande d'aide, mais tout se passe comme si le tandem patient-thérapeute se trouvait verrouillé dans le non-changement frustrant. Il s'agit souvent de patients qui présentent des problèmes chroniques avec une perception implicite que tous les efforts qu'ils ont déjà fournis n'ont pas encore été suffisamment reconnus. Ici il est trop tôt pour parler de modifications que le patient pourrait mettre en œuvre, des pistes pour y arriver. Si le thérapeute pousse trop vers le changement, non seulement le patient, bien habitué à sa condition chronique, usera de toute sa force d'inertie pour contrer le mouvement du thérapeute, mais de plus, ressentira les velléités du thérapeute comme autant de preuves de son incompétence, voire se sentira bousculé par son thérapeute. Dans une relation de recherche, le Modèle de Bruges prescrit d'explorer tout ce que le patient a déjà tenté, de reconnaître l'ampleur de sa souffrance, ainsi que les efforts qu'il a fourni pour que sa condition ne soit pas pire. Il convient aussi de s'intéresser à ce qui ne devrait pas changer, et de donner des tâches de continuation, p.ex. : pour un couple, de réfléchir aux choses que les protagonistes aimeraient continuer à faire ensemble. L'exploration des exceptions au problème peut se faire avec précaution, le plus souvent après avoir questionné ce qui n'a pas marché. De notre métier d'infirmière, nous avons retenu le conseil de nos formateurs qui nous disaient que plus un patient a une affection chronique, plus il est devenu spécialiste de son affection, souvent bien plus que le soignant, et que cette expertise mérite d'être reconnue et respectée.
Une autre piste, que propose le Modèle de Bruges, est d'explorer avec le patient les possibilités et l'utilité de maintenir le statut quo. Cette approche, qui pourrait être vue comme paradoxale, en prescrivant le symptôme, comme le ferait l'Ecole de Palo Alto, consiste à entrer en alliance, de manière Ericsonnienne, avec le besoin de contrôle du patient, et lui permettre d'apprendre, à son rythme, d'avoir une prise sur son état actuel. Lorsque le patient se sentira prêt, il se mettra au travail. L'enjeu pour le thérapeute, sera de respecter le rythme du patient, d'accepter le non-changement et de l'accompagner dans son cheminement singulier, sans lui en demander trop à la fois, tout en lui faisant confiance qu'il se mettra au travail. Paradoxalement, c'est au moment où le thérapeute n'attend rien de la part du patient, que ce dernier risque de se mettre au travail et que des modifications se feront jour. Ce sera au thérapeute de guetter ces petits changements, lorsqu'ils se produiront fortuitement, de les relever comme des informations significatives, et d'en explorer le contexte qui a permis leur émergence.

3. Le patient est-il conscient de ses propres ressources ?

   Imaginons un patient, qui a une demande, qui a réussi à formuler des objectifs clairs, qui se met au travail, et tente différentes pistes pour cheminer vers des changements qui rendent sa vie plus satisfaisante. Dès que ceux-ci émergent, il est primordial que le thérapeute explore en détail, comment le patient s'y est pris, concrètement, pour les mettre en œuvre. Si le patient n'est pas conscient de ses propres ressources et compétences, le Modèle de Bruges propose de voir la relation thérapeutique, à ce niveau, comme une relation de consultance : le patient vient consulter le thérapeute expert, fait tout ce que ce dernier lui propose, en bon élève, et comme attendu, voit se produire des changements intéressants.
   Dans la relation de consultance, le patient met le thérapeute en position haute, ce qui a pour conséquence qu'il attribue aux effets du thérapeute les changements observés. De la même manière, le fait d'aller mieux peut être attribué à l'effet des médicaments, ou bien à l'entourage qui se montre plus clément. Ce sera la tâche du thérapeute

d'explorer les conduites au sens de Janet, c'est-à-dire les pensées, les ressentis, et les comportements du patient ainsi que ses réactions à ceux d'autrui, de façon à ce que le patient puisse prendre conscience de ce dont il a été l'auteur. Cette prise de conscience et leur inclusion attentionnelle dans son répertoire de conduites, permettent au patient de mettre en œuvre ces changements dans d'autres contextes, de choisir d'agir, et de devenir un expert de sa propre vie. Si une telle chose se produit, alors la relation thérapeutique peut être définie comme une relation de co-expertise. Autrement dit, si la réponse aux trois questions que propose le Modèle de Bruges est positive, alors il s'agit d'une relation de co-expertise, ce qui permet à la thérapie d'aller vite.

Si le thérapeute manque l'opportunité d'explorer minutieusement les changements qui se sont produits, ces derniers seront traités comme s'ils n'avaient pas eu lieu, ce qui contribue à en diminuer la probabilité d'être reproduits. Les patients venant consulter des thérapeutes connus pour avoir une pratique spécifique, comme l'Hypnose ou l'EMDR, se retrouvent souvent dans une relation de consultance. Tant que la relation thérapeutique existe, les changements vont bon train, le tandem est efficace. Néanmoins, un patient qui voit son thérapeute comme un géant d'efficacité dont il dépend, aura des difficultés à faire sans lui. Lorsque la thérapie approchera de son terme, il est possible que le patient présente à nouveau des symptômes, ceci dans le but implicite, de continuer à bénéficier d'un accompagnement dont il estime ne pas pouvoir se passer. En termes d'attachement, nous avons un patient qui s'est bien sûr attaché, mais qui peine à regagner son autonomie. Ce sera le rôle du thérapeute, d'explorer avec suffisamment de minutie, comment concrètement le patient a pu mettre en œuvre ces changements. Une fois explicités, il devient utile de réfléchir, comment ces modifications peuvent être reproduites, et comment aller un pas plus loin sur l'échelle de progression. Ce sera aussi la tâche du thérapeute de proposer des bilans, à intervalles réguliers, qui permettent au patient de se situer par rapport à ses objectifs, d'avoir une vue d'ensemble sur les changements qui se sont produits jusque là, et quelles vont être les prochaines étapes dans sa vie.

Insoo Kim Berg et Scott Miller (1992) résument l'attitude solutionniste en trois courtes maximes, lorsqu'ils décrivent le travail centré solutions avec des personnes dépendantes d'alcool :

- si ce n'est pas cassé, ne réparez pas
- si ça marche, faites en plus
- si ça ne marche pas, faites quelque chose de différent

Dans le monde francophone, et surtout en France, nous avons souvent reçu le feed back, que le terme « centré solutions » posait problème et suscitait des réactions, soit d'attente magique, soit négatives et suspicieuses, avec la mention que cette approche étrangère, qui contient ce terme de « solution » fait penser à la « solution finale » nazie de la 2nde guerre mondiale.
Souhaitant éviter les zones de malentendus et d'amalgames malheureux, il était important que nous puissions trouver un terme qui transmet notre attitude fondamentale : celle de rapprocher les personnes de leurs propres ressources, à partir de notre position basse, c'est-à-dire avec le but que les personnes puissent elles-mêmes se les réapproprier, à partir de leur expertise propre. Les termes « centré ressources » paraissent n'exprimer qu'une partie de notre attitude, car il manque la notion de co-expertise.
L'expression qui exprime le mieux notre intention est : « centré compétences », car elle exprime non seulement notre finalité de remettre la personne en lien avec ses propres compétences, mais elle précise qu'il s'agit d'abord des compétences de la personne, sous-entendant que ce n'est pas quelque chose qui vient de l'extérieur, mais plutôt une redécouverte des propres potentialités et possibilités perdues de vue par la souffrance. Guy

Ausloos (1995) utilise ce mot au sens générique, lorsqu'il évoque « La compétence des familles ».
Nous allons donc continuer à parler de nos activités solutionnistes en les nommant « centrées compétences ».

Les cinq points clés à retenir de ce chapitre 1 :

- Nous ne pouvons pas ne pas être en lien.
- Tout comportement, toute parole, tout comme l'absence de comportements, de parole, ont valeur de communication.
- Le thérapeute est une partie intégrante du système thérapeutique.
- L'importance, pour avancer, de prendre en compte le niveau d'engagement de la relation thérapeutique et les stratégies psychothérapeutiques qui en découlent.
- Le futur est négociable.

CHAPITRE 2 : PREMIERS PAS VERS UNE PSYCHOTRAUMATOLOGIE CENTREE COMPETENCES

Objectif : Articulation de l'approche centrée compétences avec des patients traumatisés, au sein d'une relation thérapeutique non-engagée. Que pouvons-nous faire, lorsqu'on ne peut rien faire ?

Les différents points abordés sont les suivants :

- Distinction et description de quatre niveaux de communication
- L'influence du thérapeute dans la relation d'aide
- Article : Les hypothèses utiles dans la relation d'aide
- L'utilisation des hypothèses utiles dans le travail de réseau
- Explorer la dimension de survie
- La rencontre avec la dissociation à travers le cas clinique de Sophie
- La hiérarchisation d'une stabilisation corporelle

Forts de l'enseignement systémique, qui nous permettait d'observer et d'agir sur le fonctionnement familial, nous avions trouvé dans l'approche centrée compétences un cadre de référence qui nous convenait parfaitement en termes de valeurs et de regard sur les personnes que nous recevons en thérapie. Plus d'une fois nos patients nous ont renvoyé que nous ne les regardions pas comme des malades, mais comme des êtres humains. Ils nous ont dit qu'ils appréciaient notre attitude bienveillante et « humaine », que nous ne leur donnions pas l'impression d'être loin d'eux, au contraire.

Etonnés devant ces retours, on pourrait se demander où se trouve notre tablier professionnel ? Y a-t-il de l'enchevêtrement ? Nous sommes-nous trompés d'objet ? Nous aimerions signaler, que nous n'avons jamais rencontré nos patients ailleurs que dans notre cabinet, ni en dehors du cadre thérapeutique prévu. Lors des rares occasions, nous étions amenés à effectuer des thérapies ou des évaluations à domicile, p.ex. : en cas de handicap, ou dans le cadre d'évaluations psychosociales au cours de prises en charge de longue maladie.
Nous n'avons pas non plus l'habitude de parler de nous, même s'il nous est arrivé de dire à des parents, en pleine crise d'adolescence de leurs enfants, que nous les comprenions, en tant que psychologues, et aussi en tant qu'humain, ce qui a toujours été vécu comme très soulageant. Cela ne nous a pas empêchés pour autant de toujours conceptualiser nos cas cliniques, une condition nécessaire pour penser la thérapie. Notre travail en co-thérapie, d'abord en tant que stagiaire, puis en acceptant une responsabilité partagée, ne pouvait faire l'économie d'une pensée conceptuelle sur notre travail et celui des personnes reçues en thérapie, ne fût-ce que pour échanger.

Nous pensons qu'il n'est pas antinomique, dans notre métier, de faire du bon travail sur le plan conceptuel, d'avoir des actions réfléchies au sens de Pierre Janet, et une attitude chaleureuse. Mais est-ce suffisant pour que les personnes se sentent accueillies en tant qu' humain ? Une attitude chaleureuse et agréable est certainement une aide précieuse, de même que de conjuguer le temps présent, avec une attention portée à l'ici et maintenant et aux personnes en face de nous. Mais nous pensons que ce n'est pas tout. Il se pourrait que ce que nous choisissons d'observer et d'explorer chez l'autre ait une importance.

Notre formation en psychologie sociale nous avait déjà rendus sensibles aux effets du regard de l'autre, à travers les recherches sur les préjugés, la discrimination et les relations inter-groupes.
La section suivante va éclairer ce qui peut se passer dans une relation d'aide, au delà de la réflexion consciente et contrôlée, et pourquoi selon nous, le regard sur les compétences des personnes que nous recevons, ainsi que l'attitude de « ne pas savoir » est aussi importante dans la relation d'aide.

2. 1. Les hypothèses utiles ou l'influence du regard du thérapeute

Au sein de ce travail de thèse, notre réflexion a débuté avec un questionnement de possibles effets iatrogènes sur la relation d'aide, venant du professionnel.
Si nous y regardons de plus près, il est certain que différents niveaux d'influence s'offrent à nous, du plus maîtrisable au plus automatique, qui sont autant de sources d'influence mutuelle.

Dans notre lecture de thérapeutes, nous distinguons quatre niveaux communicationnels différents, à savoir :

- la communication verbale, les mots échangés, le sens véhiculé par ceux-ci, mais aussi les hypothèses explicites ou implicites que nous nourrissons à propos des personnes avec lesquelles nous interagissons.
- La communication émotionnelle, ou infra-verbale, qui concerne toutes les informations qui servent à véhiculer l'émotion et la tonalité de notre discours : le ton de la voix, le rythme de parole, l'émotion partagée, les onomatopées.
- La communication non-verbale, c'est-à-dire tous les comportements non directement associés au langage : notre posture, le moment où nous intervenons, les silences, notre langage corporel pour ainsi dire, c'est-à-dire tout ce que nous disons par notre comportement à la place de notre langage et pour accompagner ce dernier.
- Le partage des états du corps : une communication de physiologie à physiologie, véhiculée en grande partie par le système des neurones miroirs (Rizzolati et al., 1996 ; Gallese, 2005). Ce niveau de communication se fait à notre insu et avant la prise de conscience, car la perception est proprioceptive, étant donné qu'il s'agit de neurones efférents du cortex prémoteur.

Ce dernier vecteur de transmission nous semble particulièrement important à souligner, car à notre sens, au delà de la dimension visible, nous savons à quel point nous pouvons être contaminés par la panique d'autrui, avoir la sensation que quelqu'un peut être prêt à bondir, alors qu'il ne bouge pas, avoir cette perception fine sous forme d'impressions, sans pouvoir l'étayer d'observations précises. Gallese (2004) définit cette transmission comme une « simulation par le corps » (en anglais : « embodied simulation »), sous-entendant un processus d'imitation. Nous avons traduit la définition que l'auteur donne de ce concept : « un mécanisme qui fonctionne de manière automatique, inconsciente, pré-réfléchie, et dont le rôle est de modéliser au sein de notre corps, des objets, des agents ou des événements. Il ne s'agit pas d'un effort cognitif conscient, destiné à interpréter les intentions cachées dans le comportement manifeste des autres, mais plutôt d'un mécanisme fonctionnel et fondamental de notre cerveau. »
Si nos états du corps sont partageables, alors nous avons tout intérêt à apaiser notre corps lorsque nous rencontrons des personnes qui peuvent passer par des états physiologiques de panique ou d'impuissance, voire de désespoir. Une excursion au sujet du système des

neurones miroirs sera proposée au chapitre 5, à travers un article qui pose la question de la transmission vicariante de séquelles post-traumatiques.
Nous pouvons nous accorder avec notre patient sur le plan physiologique, et avoir une influence sur lui, p.ex. : en nous mettant en cohérence cardiaque, pourvu que notre corps y soit entraîné. Nous pouvons aussi nous orienter dans le lieu et le temps présent, et participer aux exercices d'ancrage et d'étirement que nous faisons faire à nos patients, pour les ramener dans l'ici et maintenant. Cela aura aussi un effet sur notre corps qui se posera, et nous facilitera la tâche de rester en lien, et de tenir notre rôle d'une présence calme et ancrée. Nous ne sommes pas tous égaux devant cette capacité à nous auto-apaiser, mais dans tous les cas, cela vaut la peine d'apprendre des stratégies qui s'avèrent efficaces pour nous et de nous y entraîner, pour qu'elles soient disponibles aussi dans des moments où nous pouvons être surpris.
Sur le plan du comportement non-verbal, notre accordage va être davantage postural, et sachant que nous ne pouvons pas ne pas communiquer, nous pouvons signaler par des gestes d'ouverture de notre corps que nous sommes à l'écoute, ou que nous prenons quelque distance. Ici, par exemple, le fait de faire une pause de quelques minutes et sortir du bureau pour réfléchir dans un autre lieu, peut être utile.
Sur le plan du partage infra-verbal et émotionnel, outre l'accordage prosodique, la modulation du ton de notre voix et de notre rythme de parole, notre accordage passera par le ressenti et la mise en mots de l'émotion qui circule. Dans tous les cas, cela passe par la reconnaissance et l'acceptation des ressentis et des émotions du patient. Nous avons l'habitude de dire que les émotions ne nous demandent pas la permission pour émerger, elles viennent et c'est déjà bon signe. Nous ne manquons pas de recadrer les émotions et les sensations émergeantes comme ayant de bonnes raisons d'apparaître, même si le patient et nous n'en connaissons pas encore la raison précise. C'est ce qu'il s'agit d'explorer ensemble.
Quant à l'accordage au niveau du discours conscient, nous savons que l'utilisation de mots simples, de préférence ceux de la personne, nous permettent de plus vite entrer en lien, et au patient de se sentir compris, plutôt qu'un discours compliqué, opaque, qui utilise des mots trop savants. A l'hôpital, nous étions régulièrement interpellés par les patients : « vous pouvez m'expliquer ce qu'il a dit ? », après le passage du médecin-chef ou du grand professeur, qu'ils avaient religieusement écouté en acquiesçant.
De nombreuses personnes risquent de ne pas comprendre et de ne pas nous en faire part, parce qu'elles voudraient être à la hauteur de la relation avec nous. Si les personnes ne comprennent pas ce que nous leur disons, non seulement elles vont rester seules dans leur incompréhension et ne pourront nous aider par leurs observations pertinentes, mais nous partagerons une illusion : nous que le patient aura compris, le patient qui croit qu'il faut donner le change, même s'il n'a pas compris.
Au delà de la psychopédagogie, p.ex. : sur l'effet des traumatismes sur le corps et du partage de nos connaissances, il y a, à ce niveau d'influence, aussi les idées que nous pouvons nourrir, consciemment ou non, à l'égard des personnes qui viennent nous consulter.
La théorie des systèmes et l'approche systémique nous ont appris que la bonne santé relationnelle passe par un message cohérent entre ce qui est dit, fait, pensé, ressenti. Plus nous avons affaire à des patients traumatisés complexes, plus ils ont une sensibilité exacerbée pour les messages incohérents, les prises de pouvoir, et ils y réagissent immanquablement, soit en nous faisant confiance, soit en se retirant du lien assez rapidement. C'est ainsi que nous avons rencontré des collègues, qui se disent psychotraumatologues, et qui nous apprennent ne pas avoir, dans leur patientèle, des personnes souffrant de trauma complexes. Cela nous inspire la pensée que soit pour eux et leurs patients tout est très simple, soit ils n'ont pas de catégorie pour penser les trauma complexes, soit peut-être que ces patients ne restent pas dans ce lien.

Pour l’heure, nous aimerions nous intéresser aux hypothèses et aux représentations que nous véhiculons au sujet des personnes que nous recevons. En observant minutieusement des relations d’aide, d’abord les nôtres avec nos patients, mais aussi celles de nos collègues avec leurs patients, usagers, protégés, collègues, lorsque nous animons des analyses de pratique et des supervisions, nous nous sommes aperçus que plus une relation (d’aide) devient difficile, plus elle est empreinte de représentations et d’hypothèses qui n’aident pas et qui semblent même renforcer le malaise. Et plus la souffrance est grande, plus les personnes semblent tenir à leur construction du monde.
Nous en sommes exactement aux questions qui étaient les nôtres pendant nos études :

- Pouvons-nous agir, sans le vouloir et à notre insu, de manière délétère, sur la relation d’aide ?
- Si oui, alors comment cela fonctionne ?
- Comment alors inverser la tendance ?
- Comment, concrètement, arriver à rester centré compétences, sans glisser dans une approche exclusivement peuplée de problèmes ?

L’article suivant va tenter d’esquisser une réponse.

Thérapie familiale, Genève, 2011, 32, 2, 275-291

Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité

Hélène Dellucci Psychologue, thérapeute familiale, superviseur et formatrice, praticienne EMDR et consultante EMDR Europe
Ferdinand Wolf Docteur en psychologie, thérapeute familial, formateur et superviseur en thérapie systémique agréé par l'état autrichien. Vienne, Autriche

Résumé

Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. – Quelles représentations avons-nous des personnes que nous rencontrons ? Et quels effets ces représentations ont-elles sur la relation d'aide, le travail de réseau, la thérapie auprès d'une famille, d'un couple ou d'une personne ? La recherche en psychologie sociale nous fournit quelques réponses. La clinique systémique nous permet de transposer ces résultats dans les dispositifs que nous rencontrons, quels qu'ils soient. Quelles pistes pouvons-nous alors dégager, afin de faciliter la prise en charge de ceux dont les situations nous mettent le plus à mal ? Comment construire un cadre qui permette aux praticiens, qu'ils soient éducateurs, travailleurs sociaux, superviseurs ou thérapeutes, de choisir des représentations utiles pour la rencontre avec les personnes dont ils s'occupent ? Cet article propose entre autres des représentations sous forme d'hypothèses de travail a priori, permettant de guider la perception, la réflexion et l'intervention des professionnels vers plus de confort et d'efficacité.

Introduction

Souvent le travail avec les usagers ou les patients que nous estimons difficiles, peut se traduire par une dimension relationnelle perturbée : nous doutons de la bonne foi de l'usager, il n'arrive pas à respecter les limites fixées par notre cadre d'intervention, nous avons l'impression qu'il nous en demande trop, les échanges, aussi courtois que possible, deviennent fondamentalement tendus. Cela se solde par une relation où nous en sommes à lutter avec les personnes, une relation faite de malentendus et de présupposés de moins en moins constructifs. Les positions se durcissent, laissant de moins en moins d'espace de négociation entre professionnel et usager. Malgré le fait que nous essayons

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

de faire notre travail au mieux, il est possible que notre motivation ne régresse, notre engagement, pourtant intact au départ, ne faiblisse. La nécessité de nous protéger devient primordiale et vise à éviter, si possible, l'épuisement qui nous guette. Dès lors, la protection entre en contradiction avec nos valeurs premières, ce qui nous satisfait rarement.

Représentation, croyance, hypothèse ?

Dans cet article, nous allons utiliser trois concepts, à savoir les termes « représentation » « croyance » et « hypothèse ». Le terme « représentation », étymologiquement, signifie « action de replacer devant les yeux de quelqu'un » (Centre national de ressources textuelles et lexicales). Si nous poussons un peu plus loin vers le terme « représentation mentale », l'encyclopédie Wikipédia nous indique qu'il s'agit de « l'image qu'un individu se fait d'une situation. Celle-ci est au confluent des sensations et de la mémoire. Dans une situation donnée, les sensations vont susciter l'activation d'informations contenues en mémoire ce qui provoquera les réactions du sujet. Comme toute activité humaine est organisée en vue d'une fin, la notion de représentation est proche de celle d'état mental, et donc du concept d'intentionnalité. »

La représentation donc, serait empreinte d'une intention a priori.

Le terme « croyance » est défini par le dictionnaire de la langue française comme « action de croire », « se fier à quelque chose ». Wikipédia ajoute qu'il s'agit là de « tenir quelque chose pour vrai, et ceci indépendamment des preuves éventuelles de son existence, réalité ou possibilité ». La croyance, donc, semble une action plus engageante que la simple représentation. Mais peuvent-elles réellement être séparées ? Quand basculons-nous de la simple représentation, pour adopter une croyance, et quel est le degré de conscience qu'accompagne ce processus ?

Le terme « hypothèse » nous paraît alors plus approprié. L'encyclopédie Wikipédia, toujours, indique qu'il s'agit là d'une « proposition ou explication, que l'on se contente d'énoncer sans prendre position sur sa véracité, c'est-à-dire sans l'affirmer ou la nier. Il s'agit donc d'une simple supposition, appartenant au domaine du possible ou du probable». Mais pouvons-nous être certains que nos … a priori fonctionnent toujours avec cette neutralité nécessaire pour garder un statut d'hypothèse ? Ne pourrait-elle glisser, en fonction de notre degré de malaise, voire de souffrance face à une situation difficile, vers des concepts qui répondraient plutôt à la définition de croyance ?

Ces termes, bien que différents en théorie, ne se retrouvent-ils pas enchevêtrés dans notre pratique ?

L'influence sociale, créatrice de réalité ?

« C'est avec un œil sur le jeu interactionnel dynamique des croyances sociales et des relations interpersonnelles, que nous avons commencé à formuler nos propres tentatives, dans le but de spécifier la nature de ce phénomène. Celui par lequel nos croyances, même celles qui sont fausses initialement, peuvent

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

créer et créent leur propre réalité sociale.[1] » Ce sont les propos de Marc Snyder (1984) dans une publication résumant les recherches sur le phénomène de l'influence sociale.

Dans le monde des théories systémiques, l'approche constructiviste soutient également ces propos : Ernst Von Glasersfeld (1981) nous explique que le constructivisme radical « développe une théorie de la connaissance dans laquelle la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique « objective », mais concerne exclusivement la mise en ordre et l'organisation d'un monde constitué par notre expérience». Qu'il s'agisse du monde systémique, ou celui de la psychologie sociale, la prophétie autoréalisatrice (Merton, 1948) a été largement discutée (Watzlawick, 1981, 1983) et démontrée dans différents domaines tels que l'école (Rosenthal et Jacobson 1968, Harris et Rosenthal 1985 ; Rosenthal, 1993), au sein d'institutions ou d'organisations (Eden, 1993 ; Dvir et al., 1995), plus particulièrement entre employeurs et employés (Pelletier et Vallerand, 1996), ou lors d'entretiens d'embauche (Dougherty et al., 1994), mais aussi en thérapie (Copeland et Snyder, 1995). En ce qui concerne nos représentations sur nous-mêmes, nous avons tendance à nous conformer davantage aux visions d'autrui qu'aux nôtres, parfois sans même nous rendre compte que nos représentations ont été influencées de l'extérieur (Vorauer et Miller, 1997).

Le processus d'influence décrit par Snyder et Stukas (1999) se passe à deux niveaux différents : à partir des représentations que nous pouvons avoir de l'autre, nous recherchons d'abord une confirmation perceptuelle et ensuite une confirmation comportementale de ce que nous pensons de l'autre, consciemment ou non. Si nous travaillons avec une personne dépressive, alcoolique, isolée, nous pouvons aisément être attirés à percevoir tout ce qui dysfonctionne chez elle. Nous pouvons même aller jusqu'à inférer des souffrances passées, un style de communication particulier, un manque de structure, ou un lien de loyauté destructeur, dont nous imaginons les effets que nous percevons encore aujourd'hui. Nous allons rarement nous demander, quels trésors elle a dû mettre en œuvre, pour que les choses ne soient pas pires que ce qu'elles sont aujourd'hui. Comment a-t-elle réussi à garder son travail, rester en lien avec l'une ou l'autre personne, rester en vie… Une équipe éducative venant consulter avec un jeune devenu insupportable à leurs yeux, décrira avant tout et surtout les comportements qui confirmeront leur sentiment : il vole, il fugue, il tape les petits, il est malpoli ou ne répond pas lorsqu'on lui parle, n'obéit pas, ne respecte aucune règle. Leur degré d'exaspération les rendra aveugle à tout autre comportement qui ne confirme pas la règle : il est insupportable. Un silence sera dès lors interprété comme un refus de répondre, une attitude non coopérative, plutôt qu'un éventuel état de confusion ou de malaise ou encore le fait qu'il puisse réfléchir tout simplement.

La séquence interactionnelle décrite par Snyder et Stukas (1999) est la suivante :

1. Celui qui perçoit adopte des croyances à l'égard de l'autre : ce jeune est violent.
2. Celui qui perçoit se comporte à l'égard de l'autre comme si ces croyances étaient vraies : l'éducateur peut adopter une attitude suspicieuse, un ton plus ferme, un peu moins d'empathie, devenir un peu plus défensif.

---

[1] Traduit de l'anglais par nos soins.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

3. L'autre ajuste son comportement de telle manière, pour qu'il puisse correspondre aux ouvertures de celui qui perçoit : le jeune peut réagir en adoptant une attitude ou un regard fuyant, ne se confiera pas nécessairement à ce moment, aura tendance à se justifier, voire se défendre.
4. Celui qui perçoit interprète les comportements de l'autre comme une confirmation de ses croyances : ce jeune n'est vraiment pas commode, il faut l'avoir à l'œil car il n'a pas fini de transgresser. Il est fermé, ne se livre même pas. Comment peut-on travailler avec lui ?

Imaginons ce qui se passe, si ces croyances sont partagées par toute une équipe. Ce cercle vicieux risque d'entraîner un sentiment de n'être pas compétent chez les professionnels, celui d'être mauvais et pas aimé chez le jeune, entraînant une perte de confiance et d'indulgence de part et d'autre. Si une personne extérieure à cette relation immédiate, par exemple une figure d'autorité (un directeur, un chef de service, un inspecteur ou un juge), cherche à contrebalancer cette tendance, cela pourrait être perçu par les professionnels comme un excès d'indulgence. Ces derniers risquent de ne pas se sentir pris au sérieux, ni reconnus dans leurs propos, étant donné que ce sont eux qui sont au plus près du jeune, donc qui le connaissent le mieux, et « le perçoivent comment il est au quotidien ».

Si en plus le jeune répond aux ouvertures plus indulgentes de l'autre professionnel en adaptant son comportement, il pourra être perçu par l'éducateur comme manipulateur, ce qui pourra contribuer chez lui à encore davantage confirmer ses croyances.

A son tour, la personne en position d'autorité risque de développer des croyances à propos de ce professionnel (il est un peu excessif), se comporter comme si ces croyances étaient vraies (minimiser systématiquement les propos du professionnel), amenant l'éducateur à se conformer aux croyances de la figure d'autorité (en répétant ses propos avec de plus en plus d'émotion, un regard insistant, ...), ce qui confirmera bien les croyances a priori (il est vraiment excessif) et d'agir en cherchant à compenser le comportement de son collègue. Le professionnel, ainsi jugé malgré lui et de manière inévitable, pourra se sentir non compris, non reconnu dans son travail et aura besoin d'une bonne dose de recul et d'énergie, pour continuer son travail auprès de ce jeune, malgré une éventuelle décision qui ne lui convient pas. En retour, il pourra se mettre à générer des croyances à propos de la figure d'autorité...

Voilà décrit une escalade symétrique, qui a moins pour but la recherche d'une prise de pouvoir dans la relation, mais davantage une tentative de reconnaissance sur un plan émotionnel, celle d'être cru dans la réelle motivation de bien faire, malgré la difficulté de la situation. A ce niveau, plus l'émotion de l'un s'amplifie, plus celle de l'autre se réduit, renforçant ainsi l'incompréhension mutuelle.

Cette situation n'est pas l'apanage de la relation éducative. Elle est aisément transposable dans la relation d'aide, dans le travail social, la relation thérapeutique, la relation soignante, etc.

Sommes-nous alors tous livrés à de tels cercles interactionnels ? Condamnés à souffrir, malgré notre souhait de fournir un travail de qualité ? Ou bien devons-nous considérer notre engagement comme temporaire ? Amenant la nécessité, à terme, de trouver le bon équilibre entre « nous protéger » pour prendre du recul, et « y aller », poussés par notre motivation première et notre sens

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

éthique, ne sachant jamais où se trouve le seuil d'épuisement, sauf à l'avoir atteint.

La supervision est certes un outil efficace et puissant, pourvu que nous ne nous sentions pas trop jugés par notre superviseur, et qu'à l'issue d'une séance, nous puissions nous sentir un peu plus légers, avoir des vues et des pistes alternatives qui se dessinent pour notre situation problématique. Mais la supervision n'est réservée qu'aux cas les plus difficiles. Les autres situations, et elles sont nombreuses, ne bénéficient pas d'une telle possibilité de recadrage et de recul. N'y a-t-il pas une possibilité a priori, prête à l'emploi, là tout de suite, qui puisse éventuellement nous amener dans d'autres boucles interactionnelles ?

Les approches centrées sur les compétences[2]

Les approches centrées sur les compétences et les ressources nous proposent de nous centrer sur « ce qui marche », c'est-à-dire de mettre l'accent sur ce que l'usager de la relation d'aide fait de bien, et négliger ce qui pose problème. Cela vaut autant pour nos perceptions, nos compréhensions, tout comme nos interventions.

Cette approche, qui peut paraître radicale a priori, peut choquer le professionnel rigoureux, car s'il est là, c'est qu'il a une mission, face à une ou des problématiques bien identifiées, et qu'il doit faire son travail, c'est-à-dire remédier à cela. Difficile alors, de croire qu'en se centrant sur du positif exclusivement, les problèmes se régleront. Steve de Shazer et Insoo Kim Berg (De Shazer et al., 1986) avaient même pour habitude de dire qu'il n'est pas nécessaire de connaître les problèmes, pour trouver des solutions. Cette idée avait déjà été envisagée par Watzlawick et ses collègues (Watzlawick et al., 1974). En Europe, le modèle de Bruges, développé par des psychiatres (Isebaert et Cabié, 1997) tout en n'invalidant pas cette position, semble moins radical. Il propose une arborescence de questionnements, qui guident le professionnel d'aide à suivre l'usager à son rythme. Ce modèle propose l'hypothèse, que l'aide la plus efficace et la plus rapide suit l'usager, d'abord dans sa demande, puis dans sa capacité ou sa volonté de se mettre au travail et finalement dans la conscience qu'il a de ses propres ressources. Guy Ausloos (1996) confirme cela en affirmant que les familles viennent en thérapie, parce qu'elles ont perdu la confiance en leur compétence.

Nous aimerions soutenir ces propos, tout en les nuançant : de par notre héritage phylogénétique, il est naturel d'être centré sur ce qui ne va pas. Si je veux échapper à une meute lancée à mes trousses, je ne peux m'offrir le luxe de voir la beauté des fleurs sur mon passage. Je cours, je grimpe et j'essaye d'avoir le danger à l'œil, dans le but de mieux organiser ma survie. Notre physiologie nous a heureusement dotés de systèmes réflexes, qui en cas de nécessité, orientent nos comportements, arrêtent la pensée, tout comme les autres programmes à long terme, comme par exemple la digestion, l'immunité, … et nous orientent vers la survie à court terme. Pour ce faire, notre survie dépend de notre capacité à jauger correctement le danger, et d'y échapper, mieux encore d'y remédier.

---

[2] Deux associations regroupent les approches centrées sur les compétences : l'EBTA (European brief therapy association) www.ebta.nu/ et l'AFACC (Association francophone des approches centrées sur les compétences) http://afacc.fr/

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Face à tout ce qui nous pose problème, ce vieux réflexe si précieux est donc parfaitement opérant.

Cependant, nous pensons que pour construire de la résilience, nous devons dépasser la centration sur le problème uniquement. Cela se passe, d'abord sans en avoir trop conscience. Nous faisons bien des choses pour nous apaiser, puis nous remettons en route les projets à plus long terme : tout d'abord physiologiquement, mais aussi psychologiquement et comportementalement. Il arrive néanmoins que de nombreux usagers que nous recevons soient, étant donné leur passé post-traumatique, souvent coincés dans ces logiques de survie.

Les approches centrées sur les compétences et les ressources ne demandent pas de nous détourner de ce qui fait problème, mais de ne pas oublier la dimension des ressources, cette part saine chez chacun de nous, et qui fait que, malgré les choses difficiles, il reste des dimensions préservées, du moins en partie. Si nous ne les regardons pas, elles risquent de passer sous silence. Parmi celles-ci, il y a au moins la dimension de la capacité à survivre, dont nous pouvons dire qu'elle est au moins aussi importante que la liste des problèmes est longue.

Marc Snyder nous apprend que le professionnel, en position haute, influence la séquence interactionnelle dans le sens où il cherche une confirmation de ses croyances, qu'il obtient, étant donné que celui qui recherche de l'aide souhaite entrer en relation. Dans des cas où il n'y a pas de demande, l'usager contraint n'est pas moins attentif à l'attitude du supposé aidant, et il sera dès lors sensible aux ouvertures de ce dernier.

La centration sur les compétences nécessite de la part de l'aidant une décision consciente et délibérée. Plus une situation est difficile, plus nous sommes attirés par la dimension qui pose problème, et plus nous risquons d'être aspirés par la logique de survie (sur le plan physiologique et psychique) dans laquelle se trouve notre interlocuteur.

Pouvons-nous alors construire des remparts, qui nous permettent de rester dans un cadre bienveillant ? Qui nous aident à entrevoir et à mettre en lumière, que quelles que soient les choses que les usagers aient pu mettre en œuvre jusqu'aujourd'hui, c'est bien le résultat de ce qu'ils ont trouvé de moins pire. Cela vaut tant pour les personnes dont nous nous occupons, qu'également pour nos collègues, et aussi les usagers qu'ils reçoivent.

Des hypothèses de travail utiles

Plutôt que de subir les pressions exercées par les situations difficiles, nous proposons de les aborder différemment, en faisant le choix de nos représentations dès le départ. Ces représentations choisies a priori, nous pouvons les utiliser comme des hypothèses, nous aidant ainsi à adopter et à conserver un regard centré sur les compétences, et ce malgré les difficultés et les problèmes.

Nous pensons que, outre des effets différents sur nous et nos usagers, cette approche prévient du burn-out, sans diminuer l'efficacité de nos interventions.

Insoo Kim Berg et Thérèse Steiner (2003) ont eu le mérite d'énoncer une série d'hypothèses utiles dans le travail avec des familles, en différenciant celles à l'égard des enfants et des parents.

En principe, les enfants souhaitent:

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

1. Que leurs parents soient fiers d'eux.
2. Faire plaisir à leurs parents et à d'autres adultes.
3. Etre acceptés comme faisant partie d'un groupe social.
4. Etre actifs et impliqués dans des activités avec d'autres personnes.
5. Apprendre de nouvelles choses.
6. Etre surpris et surprendre d'autres personnes.
7. Exprimer leurs opinions et leurs choix.
8. Faire des choix si l'opportunité leur en est donnée.

Les parents, quels qu'ils soient, quels que soient leurs comportements, souhaitent peut-être au fond d'eux:

1. Etre fiers de leur enfant.
2. Avoir une influence positive sur leur enfant.
3. Entendre de bonnes nouvelles au sujet de leur enfant et dans quels domaines il/elle se débrouille bien.
4. Donner à leur enfant une bonne éducation et de bonnes chances de succès dans leur vie (quelle que soit la manière dont ils le définissent).
5. Voir le futur de leur enfant meilleur que le leur.
6. Avoir de bonnes relations avec leur enfant.
7. Avoir de l'espoir pour leur enfant.
8. Ressentir qu'ils sont de bons parents.

Tant les hypothèses pour les enfants semblent acceptables, celles pour les parents, surtout s'ils sont reconnus maltraitants et négligents, peuvent profondément irriter les professionnels. Nous pensons de manière cohérente avec l'approche de la thérapie contextuelle (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973; Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1980, 1986), que les parents font du mieux qu'ils peuvent avec les moyens dont ils disposent et dans le contexte dans lequel ils vivent. Partir de ce présupposé n'empêche pas de voir les dysfonctionnements, mais permet au moins d'entrer en relation. Insoo Kim Berg (2007) avait pour habitude de clairement énoncer certains de ces présupposés et l'émotion suscitée à ce moment montre clairement que cela n'est pas superflu.

Ferdinand Wolf a étendu cette réflexion aux situations entre professionnels lors du travail de réseau et aux situations scolaires. En s'inspirant des hypothèses utiles d'Insoo Kim Berg et de Thérèse Steiner (2003), il a développé les énoncés suivants.

En principe les professionnels/les instituteurs souhaitent peut-être:

1. Etre fiers de l'effort de leurs usagers/élèves.
2. Avoir une influence positive sur leurs usagers/élèves.
3. Donner à leurs usagers/élèves une bonne prestation/éducation et de bonnes chances pour le futur (quelle que soit la manière dont ils le définissent).
4. Aider et soutenir leurs usagers/élèves dans le processus d'apprentissage et de socialisation dans la vie/l'organisation /l'école.
5. Avoir une bonne relation avec leurs usagers/élèves et leurs proches.
6. Renforcer les habiletés et les compétences de leurs usagers/élèves.
7. Avoir de l'espoir concernant leurs usagers/élèves.
8. Coopérer avec d'autres professionnels, s'ils sont respectés comme experts dans leur contexte.
9. Ressentir qu'ils sont de bons professionnels/instituteurs.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Travaillant avec des personnes souffrant de traumatismes complexes et de troubles dissociatifs, des problématiques reconnues pour amener un travail thérapeutique parfois difficile et de longue haleine, Hélène Dellucci a mis au point, en s'inspirant de ce qui précède, une liste d'hypothèses qui peuvent être utiles tout au long de ce travail.

Les personnes réputées difficiles en thérapie souhaitent peut-être :

1. Etre reconnues par rapport aux raisons qui les amènent en consultation.
2. Etre acceptées, même si elles-mêmes ont des difficultés à s'accepter en tant que tel.
3. Faire savoir leurs opinions et leurs choix.
4. Faire des choix, si l'opportunité leur en est donnée.
5. Etre actives et impliquées (qu'ils aillent de l'avant ou en résistant).
6. Apprendre de nouvelles choses.
7. Avoir une influence positive sur elles-mêmes (et leurs parties dissociatives).
8. Entendre de bonnes choses sur elles et sur leurs talents (même si elles ont des difficultés à le reconnaître).
9. Avoir de l'espoir.
10. Etre acceptées en tant que partie d'un tout (groupe, famille, communauté, dispositif thérapeutique, ...).

Comment mettre en œuvre ces présupposés bien pensés a priori dans les situations qui s'annoncent difficiles de prime abord ? Avec des personnes qui ne nous demandent rien, mais pour lesquels d'autres sont suffisamment motivés pour nous adresser une demande pressante ?

Vignette clinique : Antoine

Antoine, 10 ans, est hébergé en Maison d'Enfants. Les professionnels de la structure font une demande auprès d'une psychologue spécialisée en psychotraumatologie, en vue d'une thérapie EMDR[3]. La demande s'accompagne de l'évocation du passé post-traumatique d'Antoine, fait d'agressions sexuelles, de maltraitances, d'abandons répétés et d'un placement, alors que ses frères et sœurs ne sont pas placés. Au premier entretien, Antoine est accompagné par un éducateur, et bien qu'il soit présent, il reste mutique, dans une attitude corporelle complètement fermée. L'éducateur expose la demande de l'institution : qu'Antoine fasse une thérapie EMDR, car il a sûrement des séquelles post-traumatiques et parce qu'il est infernal : il ne respecte aucune règle, il vole, il tape les plus petits, etc. L'éducateur indique une équipe éducative exaspérée et épuisée des difficultés de comportement de ce jeune.

L'attitude d'Antoine ne change pas face à ce récit, il regarde ses mains et reste muet. La thérapeute se sent prise entre le mandat de l'institution, d'accé-

---

3 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est une approche psychothérapeutique, découverte par F. Shapiro en 1987 (Shapiro, 1997) et particulièrement efficace pour soigner les traumatismes psychiques. En français, EMDR pourrait être traduit par « Désensibilisation et réintégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires » (D. Servan Schreiber, 2003).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

der à sa demande et d'orienter le travail vers une aide à ce qu'Antoine puisse guérir de ses blessures, de ses traumatismes, qu'elle croit réels, et l'attitude de ce dernier, qui indique qu'il ne demande rien.

Comment comprendre l'attitude d'Antoine? La thérapeute recadre la présence de celui-ci comme une décision a minima, de venir à cet entretien, car il aurait pu fuguer, faire ce qu'il faut pour ne pas venir au rendez-vous. Le jeune ne répond rien, l'éducateur acquiesce en souriant.

Le professionnel fait un résumé de l'histoire post-traumatique d'Antoine, que la thérapeute écoute, en prenant garde de ne pas laisser l'éducateur donner de détails, afin d'éviter une éventuelle fascination par des éléments traumatiques d'une part, et de déclencher des émotions intempestives chez Antoine d'autre part. Cela n'aurait amené rien d'autre qu'un renforcement d'un éventuel sentiment d'impuissance face à celles-ci.

Lorsque la thérapeute demande quels sont les domaines dans lesquels Antoine se débrouille bien, l'éducateur, surpris, reste d'abord sans voix. Néanmoins, relations courtoises aidant, il accepte de réfléchir à la question et cherche manifestement à trouver une réponse appropriée. Au bout d'une à deux minutes, l'éducateur évoque qu'Antoine travaille bien à l'école. La thérapeute marque son étonnement. Comment, avec un tel passé chargé, fait-il pour avoir une capacité suffisante à se concentrer, de façon à n'avoir aucun retard scolaire?

Lorsqu'elle demande à Antoine, comment il se débrouille, pour avoir la moyenne, celui-ci hausse les épaules, ne répond pas. La thérapeute se tourne vers l'éducateur qui, après réflexion, indique qu'Antoine est un garçon intelligent. Ce dernier reste toujours dans une attitude fermée.

A la demande, s'il y a un autre domaine où Antoine se débrouille bien, l'éducateur, après un temps de réflexion, indique le football. Lorsque la thérapeute demande des précisions, l'éducateur décrit qu'il joue plutôt bien, et qu'il montre même aux petits comment faire. Antoine, lui, jette un regard de côté vers l'éducateur, sans répondre aux questions de la thérapeute. A la demande de cette dernière, l'éducateur confirme que le jeune respecte les règles du foot et que, dans ce cadre-là, il a une attitude constructive avec les plus jeunes.

A la fin de l'entretien, nous remarquons ensemble, explicitement, qu'Antoine aurait pu ne pas venir s'il avait vraiment voulu (il aurait pu être introuvable au dernier moment, fuguer, ...), qu'il arrive à se débrouiller suffisamment bien à l'école pour avoir la moyenne, et qu'il aime jouer au foot. Et lorsqu'il joue au foot, il arrive à respecter les règles, et même à montrer aux plus petits comment faire. La thérapeute se montre perplexe devant une telle contradiction entre l'objet de la consultation (comportement décrit comme infernal au foyer), et les domaines où il se débrouille bien (comportement acceptable, voire remarquable au foot). L'éducateur semble pensif et acquiesce, Antoine a le regard accroché à l'expression du visage de l'éducateur, tout en gardant la tête baissée.

La thérapeute, responsable du cadre de son intervention, en explicite les règles: il s'agit de séances individuelles avec Antoine, s'il est d'accord, et les échanges pendant ce temps resteront confidentiels, sauf règles d'usage, c'est-à-dire la transmission d'informations qui pourraient concerner un danger ou bien des maltraitances non encore signalées. Le cadre définit aussi régulièrement un moment d'entretien avec les professionnels, en présence d'Antoine, pour faire le point sur les changements et les résultats à leur demande, puisque celle-ci a le mérite d'être clairement exprimée. Lorsque la thérapeute questionne Antoine,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

à savoir s'il veut bien revenir, il répond un « J'sch pas », à peine audible. Cela est entendu comme un « je ne sais pas » indécis, mais qui « ne dit pas non », ce qui lui est retransmis. La thérapeute l'invite à revenir en lui disant que s'il souhaite le contraire, il peut le dire à l'éducateur. Et que s'il est présent à la prochaine séance, cela voudra dire qu'Antoine n'aura pas fait le nécessaire pour ne pas venir.

L'éducateur semble satisfait. Le reste de la séance consiste en une période de dix minutes avec Antoine seul, où la thérapeute lui explique ce que c'est la thérapie EMDR[4], où elle énonce aussi les règles, c'est-à-dire qu'il peut ne rien dire, dire stop, et qu'ils ne feront jamais d'action avec laquelle il ne soit pas d'accord, et qu'il peut même changer d'avis en cours de route. Outre les « j'sch pas » à chaque question, Antoine ne dit rien.

Aux séances suivantes, un point est fait avec l'éducateur[5] en présence du jeune, sur les changements constatés. L'éducateur rapporte des changements positifs et ce temps commun est consacré à explorer, comment Antoine a réussi à les mettre en œuvre. Ce questionnement demande des efforts au professionnel, et la thérapeute l'en remercie. Néanmoins, séance après séance, les changements se confirment et les professionnels semblent changer de regard sur Antoine, même s'ils ne savent pas bien comment il a pu mettre en œuvre ses comportements plus adaptés. Celui-ci n'a pas arrêté de transgresser, mais il le fait moins souvent, semble plus calme, a stoppé les comportements de violence à l'égard des plus jeunes, au foyer.

Les moments d'entretiens individuels de 20 minutes se soldent par des questions que la thérapeute pose, auxquels au mieux la réponse est « J'sch pas » et au pire un silence, voire un vif geste de retrait lorsqu'elle propose à Antoine des exercices d'apaisement qui nécessiteraient qu'elle s'approche de lui.

Au bout de six séances, les éducateurs sont tout à fait heureux du changement de comportement d'Antoine, qui se maintient, et ils l'imputent à la thérapie. Etant donné la confidentialité du contenu de l'espace individuel, un possible malentendu s'installe : à savoir que les éducateurs pourraient penser qu'Antoine fait un travail en EMDR comme ils l'avaient prévu, reconnu efficace dans le traitement des séquelles post-traumatiques.

Il est possible qu'ils imputent le changement de comportement à la thérapie d'Antoine au sein de l'espace individuel, le félicitent de l'effort consenti et ont de ce fait un regard modifié sur lui, permettant le bénéfice du doute, plutôt que l'éternelle preuve de sa mauvaise foi ou d'une rémission partielle. Il est possible aussi, que les éducateurs, soulagés par le respect du cadre dont Antoine fait preuve, aient pu s'attendre à des changements positifs, regard que les questions du thérapeute ont contribué à orienter. Si effectivement les ouvertures des éducateurs ont changé de telle manière que de nouveaux comportements soient possibles, et qu'ils aient eu lieu, nous pouvons dire que désormais ceux-ci font partie du répertoire d'Antoine.

Mais, qu'en est-il alors du mandat de l'institution, c'est-à-dire d'aider le jeune à faire une thérapie EMDR ?

---

4 Le lecteur intéressé trouvera toutes informations utiles sur le site de l'Association EMDR France : www.emdr-france.org/

5 L'éducateur accompagnant Antoine à chaque entretien est une personne différente. Les professionnels échangent entre eux du contenu de la partie commune des séances.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Discussion

La fin de la thérapie a eu lieu pour deux raisons. D'une part, les demandes de l'équipe éducative avaient reçu une réponse satisfaisante, notamment en termes de changement de comportement de leur protégé, et d'autre part, Antoine n'a pas eu de demande pour lui-même. A-t-il alors déblayé ses traumatismes ? L'hypothèse des éducateurs, à savoir qu'Antoine avait un comportement dérangeant, parce qu'il est traumatisé, était-elle correcte ?

Antoine a bel et bien travaillé en thérapie, mais pas comme les éducateurs l'avaient prévu : il a modifié ses comportements entre les séances, a été sensible et réceptif, sans doute, au changement de regard des éducateurs. En séance individuelle, nous avons tout d'abord abordé la dimension de l'intégrité physique et psychique. Maturana et Varela ont eu le mérite, à travers leur théorie de l'autopoïèse (1973), de nous préciser les conditions dans lesquelles une cellule est vivante et le reste : d'une part, il faut qu'il y ait une limite entre intérieur et extérieur et, d'autre part, il est important qu'il n'y ait pas de chevauchement de cette cellule avec les cellules environnantes. Robert Neuburger (1995) a adapté ces règles aux familles, en décrivant l'importance, pour chaque famille, de la dimension mythique, c'est-à-dire, que cette famille ait une définition consciente ou inconsciente des règles et des dimensions qui font que les membres de la famille appartiennent à la famille, mais aussi en quoi cette famille est unique et comparable à aucune autre. Nous avons adapté ce raisonnement aux personnes individuelles. Les personnes traumatisées surtout, blessées de l'expérience qu'ils ont fait du non-respect de leur intégrité, sont très sensibles à cette dimension. Antoine a sans doute pu être suffisamment rassuré sur ce plan pour revenir en séance. Et il a clairement marqué son désaccord de manière comportementale, lorsque la thérapeute a tenté de s'approcher de lui, même si c'était dans le but d'un exercice d'auto-apaisement. Sa réaction de vif retrait montrait clairement qu'Antoine a décodé ce comportement apparemment anodin comme un danger, risquant, si la thérapeute ne l'entendait pas, de déclencher une sur-activation physiologique, qui aurait pu lui faire quitter la pièce. Au lieu de cela, il s'est contenu, permettant à la thérapeute de s'ajuster et de réguler avec lui la bonne distance et la suite des événements.

Il est possible dès lors, que l'espace individuel ait pu permettre à Antoine de ressentir physiquement et de comprendre ensuite, que les limites qu'il indique de manière non verbale sont respectées et que la thérapeute tient parole quant au fait que rien ne serait fait avec quoi il ne serait pas d'accord. Les survivants de traumatismes multiples et complexes surtout, comme c'est le cas pour Antoine, ont une sensibilité exacerbée pour d'abord vérifier leur intégrité physique et psychique. Le simple fait de ne pas fuguer pour l'heure du rendez-vous, alors qu'il en aurait été capable, était simplement un message disant qu'il voulait bien venir a minima, quelle que soit sa motivation.

Les personnes, lorsqu'elles viennent demander de l'aide, le font en position de demande, donc en position basse. Pour justifier leur démarche, il faut une bonne raison, et ainsi ce sont les problèmes qui sont mis en avant en premier lieu. Qui viendrait demander de l'aide en parlant d'abord de ses points forts, pour faire connaissance et être accepté comme un interlocuteur à la hauteur ? Au contraire, la demande d'aide s'énonce de manière paradoxale : « écoutez tous les problèmes que j'ai et qui m'amènent, mais acceptez-moi d'abord comme je

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

suis, sans me juger, en me respectant, et en n'essayant pas de me changer avant que je ne sois prêt. » Entrer en relation suppose que les deux interlocuteurs puissent s'estimer à la hauteur de l'interaction, même si les rôles sont différents et bien définis : l'un est aidant, l'autre demande de l'aide. Il s'agit là de la deuxième règle qu'énonce la théorie de l'autopoïèse, celle du non-chevauchement des cellules, ici du demandeur d'aide et de l'aidant.

C'est donc le rôle du professionnel, en tant que spécialiste de la thérapie ou de la relation d'aide en général, de définir les règles du cadre, et de faire en sorte que les séances de travail puissent se passer dans de bonnes conditions. Le rôle de la personne qui demande, spécialiste de sa propre vie, est d'apporter le contenu à aborder, et d'effectuer des changements dans son quotidien. Ainsi, professionnel et usager peuvent faire équipe pour répondre ensemble à la demande, qu'elle soit portée par le demandeur d'aide ou par un tiers. Pour ce faire, nous sommes d'avis qu'il est utile d'inclure, dès le départ, les conditions de la fin du suivi, qu'il soit thérapeutique, ou qu'il s'agisse d'un autre type de relation d'aide. Qu'entendons-nous par les conditions de la fin du suivi ?

En premier lieu, nous pensons qu'il peut être important et efficace de déterminer un objectif : celui du demandeur d'aide, s'il est en mesure de le formuler. Si tel est le cas, et que l'objectif est réaliste, nous avons déjà un aperçu des ressources de la personne : outre la capacité de demander de l'aide, ou de se soumettre à la demande d'un autre, il y a celle de savoir ce qu'il veut, chose non négligeable. Mais une personne peut savoir ce qu'elle souhaite, sans pour autant être en mesure de le formuler concrètement. C'est alors au professionnel de l'aider. Notre démarche est toujours celle d'un questionnement, demandant confirmation à notre interlocuteur. Il s'agit là d'une façon d'énoncer des propositions, tout en laissant à l'autre le soin de les faire siennes.

En second lieu, et non des moindres, étant donné que nous ne connaissons pas la personne en face de nous, et sachant l'influence que nous avons, décrite par Snyder et Stukas plus haut, il nous paraît important de bien choisir les représentations que nous pouvons avoir au sujet de la personne aidée.

Nous pouvons donc, sans prendre trop de risques, énoncer des hypothèses utiles, pour rechercher ensuite quels seraient les éléments qui viendraient les confirmer.

Pendant ce temps, le professionnel aurait l'assurance de porter, outre son regard diagnostique, destiné à rechercher les dysfonctionnements, un autre regard sur les compétences de la personne, ses ressources qui lui serviront de moteur pour atteindre ses objectifs.

En ce qui concerne Antoine, nous pouvons dire qu'il pourrait souhaiter être accepté comme faisant partie d'un groupe social, être actif et impliqué dans les activités avec d'autres personnes, notamment à travers le foot, sa participation à l'école, et le fait qu'il ne se soustrait pas à la démarche que les professionnels souhaitent pour lui. A cela nous pouvons ajouter qu'il pourrait souhaiter être accepté comme il est, même si lui-même pourrait avoir des difficultés à s'accepter en tant que tel. Cette dernière hypothèse ne restera qu'une hypothèse. Mais certainement nous pouvons dire qu'Antoine aime entendre de bonnes choses sur lui et ses talents, même s'il ne nous l'a pas dit. Ses réactions non verbales (avoir le regard accroché à l'expression de l'éducateur) et les changements qu'il a réussi à mettre en œuvre confirment cette hypothèse. Nous pouvons dire également qu'il pourrait souhaiter être actif et impliqué dans les activités avec d'autres personnes et en thérapie. Ses « j'sch pas » en thérapie étaient à notre

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

sens une tentative de maintenir la bonne distance, ne pas aborder ce qu'il ne veut pas, tout en se pliant à la consigne de venir à des séances individuelles. Nous pouvons aussi dire qu'il a fait le choix a minima d'être là, et de laisser le thérapeute s'ajuster à lui, en lui faisant savoir ce qu'il ne souhaitait pas.

En ce qui concerne les professionnels, nous pouvons partir du principe, que toutes les hypothèses sont utiles. Dès le départ, lorsque les points forts d'Antoine ont été mis en avant, l'éducateur, d'abord plaintif, est devenu pensif, puis à la deuxième séance, lorsqu'il rapportait des changements positifs, même s'il ne pouvait pas dire comment Antoine s'était débrouillé pour les mettre en œuvre, il était ému de l'effort consenti. Nous pouvons donc dire sans trop de risques, que les éducateurs souhaitent avoir une influence positive sur leurs protégés, et leur donner une bonne éducation et de bonnes chances pour l'avenir. Cela n'a pas été exprimé comme tel, mais nous avons compris la démarche de l'équipe en ce sens. Il paraît clair aussi que les éducateurs souhaitent aider les enfants dont ils s'occupent dans le processus de socialisation dans la vie, et qu'ils ne sont pas contre une bonne relation avec eux. Les changements énoncés concernant le comportement d'Antoine et la satisfaction par rapport à ceux-ci montrent clairement que les professionnels souhaitent renforcer les habiletés et les compétences de leurs usagers. Nous partons du principe que tous les professionnels quels qu'ils soient, souhaitent coopérer avec nous, s'ils nous en font la demande, pourvu qu'ils soient respectés comme experts dans leur contexte, ici la relation des éducateurs avec Antoine, et ce qu'ils observent le concernant au sein du foyer éducatif. Tous les professionnels souhaitent également être de bons professionnels, cela paraît évident.

L'objectif du thérapeute est globalement de répondre à la demande d'aide de la personne ou du tiers envoyeur, de telle manière, qu'à partir du moment où l'aidé aura repris les choses en main, il puisse s'effacer plus ou moins rapidement.

Dans un premier entretien, il convient d'entendre aussi et avant tout les ressources de la personne, le courage et la perspicacité d'être venu consulter, la persévérance d'avoir mené sa barque jusque-là, et ce malgré les problèmes. Plus la liste des traumatismes évoqués est longue et laisse sous-entendre des faits graves, plus nous sommes certains de la capacité de survie extraordinaire de nos interlocuteurs. Heureusement, nous avons l'avantage de ne converser qu'avec ceux qui ont fait preuve de survie, même s'ils peuvent être mal en point. Tant de force mérite d'être mise en lumière, regardée, comprise et respectée. Souvent, nous disons aux personnes, qu'en ayant fait tant de choses jusque-là, en ayant survécu comme ils l'ont fait, ils ont déjà fait l'essentiel. Après, l'usager ayant été reconnu dans ce qu'il a d'extraordinaire, et une fois la démarche d'aide démystifiée, nous pouvons commencer un travail en nous centrant sur les souhaits de la personne ou du tiers envoyeur.

Ces représentations et leurs effets ne sont pas qu'une chose cognitive, dénuée d'affect. Ils touchent la dimension du ressenti, qui lui peut être partagé entre le professionnel et la ou les personnes qu'il reçoit. Sans l'invalider, le concept des neurones miroirs pourrait nous aider à aller au-delà de la simple explication évoquée en psychologie sociale, qui se centre surtout sur l'interaction observable.

Découvert et identifié en 1996 par Giacomo Rizzolati et ses collègues lors de recherches sur les singes macaques, le concept des neurones miroirs prend

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

aujourd'hui une place centrale dans les interactions humaines. Il s'agit de neurones moteurs, qui s'activent, non seulement lorsqu'une personne effectue une action, mais aussi lorsque celle-ci, sans bouger, regarde quelqu'un d'autre faire une action (Rizzolatti et al., 2009). Les auteurs parlent d'un phénomène de résonance motrice, ce qui signifie, que c'est notre corps qui comprend, avant notre perception consciente. Gallese (2005) suggère que « l'émotion de l'autre est constituée, vécue et ainsi directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé ». Autrement dit, lorsque nous sommes empathiques envers autrui, nous ressentons par le biais de notre corps l'émotion de l'autre grâce au système des neurones miroirs. Cela a été démontré pour les sensations de dégoût (Wicker et al., 2003) et de tristesse en lien avec la sympathie (Decety et Chaminade, 2003), mais également pour la douleur (Jackson et al., 2005).

Le système des neurones miroirs jouerait ainsi un rôle dans l'apprentissage, l'imitation et l'empathie. Antoine aurait alors pu, non seulement constater, mais aussi ressentir que la thérapeute préserverait son intégrité, et obtenir ainsi la garantie de ne pas être retraumatisé par la thérapie. Au sein de celle-ci, les traumatismes n'ont pas été abordés. Cela nécessite un consentement éclairé de la part de la personne concernée. Antoine n'avait pas cette demande. L'équipe éducative avait une demande, et le jeune s'y est conformé. La thérapeute, à la fin de la thérapie, en félicitant Antoine pour le travail qu'il a pu faire [6], lui a indiqué que, si un jour, il souhaitait se débarrasser de ses blessures traumatiques, cela pourrait être possible, qu'il y a une approche thérapeutique efficace pour cela. Et qu'elle, en tant que thérapeute, serait là si un jour il en faisait la demande. Nous constatons que ne pas devancer les demandes des personnes venues consulter résulte en une motivation accrue de travailler ce que la personne a décidé d'aborder. Souvent, ces personnes reviennent pour travailler des dimensions laissées en jachère jusque-là. Elles le font quand elles se sentent prêtes. Etant donné qu'une relation de confiance est déjà installée, le travail avance souvent très rapidement.

Conclusion

Après une brève excursion dans la recherche en psychologie sociale, il s'avère que la construction de notre réalité est bien réelle. L'influence que nous avons en tant que professionnels de la relation d'aide porte sur la réalité que nous avons construite, et ce dès les premiers instants de la rencontre. Ayant pu choisir des hypothèses utiles, le travail dans la relation d'aide reste davantage constructif, permettant aux personnes venues consulter de jouer pleinement leur rôle: celui de changer dans leur vie quotidienne. Non seulement le professionnel peut rester dans le sien, mais l'ensemble semble plus efficace et se dérouler dans de bonnes conditions pour tous. Même en face d'un interlocuteur qui ne demande rien, ces hypothèses centrées sur les compétences semblent efficaces.

---

[6] Nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas ici d'une intervention paradoxale, mais d'un remerciement authentique, car Antoine, qui ne demandait rien, a fait sa part du travail, c'est-à-dire effectuer des changements dans la vie quotidienne.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Correspondance :
Hélène Dellucci
Centre CLARTES
8A, rue du Perron
69600 Oullins, France
helene.dellucci@wanadoo.fr

Bibliographie

1. Ausloos G., 1996. *La compétence des familles. Temps, chaos, processus.* Editions Erès, collection Relations, Toulouse.
2. Berg I.K., Steiner T., 2003. *Children's solution work.* Norton, New York.
3. Berg I.K., Huibers A., 2007. *Classroom solutions.* DVD. Solutions Center, Utrecht, Pays-Bas.
4. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M., 1973. *Invisible loyalties.* Harper Collins Publishers, New York.
5. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R., 1980. Thrust based therapy : A contextual approach. *American Journal of Psychiatry,* 137,7.
6. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.R., 1986. *Between give and take.* Brunner-Routhledge, New York.
7. Copeland J.T., Snyder M., 1995. When counselors confirm : A functional analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 21, 1210-1220.
8. Decety J., Chaminade T., 2003. Neural correlates of feeling sympathy. *Neuropsychologia,* 41, 127-138.
9. De Shazer S., Berg I.K., Lipchik E., Nunnally E., Molnar A., Gingerich W., Weiner-Davis M., 1986. Brief therapy : Focused solution development. *Family Process,* 25, 207-222.
10. Dougherty T.W., Turban D.B., Callender J.C., 1994. Confirming first impressions in the employment interview. A field study of interviewing behavior. *Journal of Applied Psychology,* 79, 659-665.
11. Dvir T., Eden D., Banjo M.L., 1995. Self-fulfilling prophecy and gender : Can women be Pygmalion or Galatea ? *Journal of Applied Psychology,* 80, 253-270.
12. Eden D., 1993. Interpersonal expectations in organisations. *In* : P.D. Blank (Ed.) : *Interpersonal expectations : Theory, Research and Applications.* Cambridge University Press, London, pp. 154-178.
13. Gallese V., 2005. Embodied simulation : From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences,* 4, 23-48.
14. Harris M.J., Rosenthal R., 1985. Mediation of interpersonal expectancy effects : 31 meta-analyses. *Psychology Bulletin,* 97, 363-386.
15. Isebaert L., Cabié M.C., 1997. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie.* Editions Erès, collection Relations, Toulouse.
16. Jackson P.L., Meltzoff A.N., Decety J., 2005. How do we perceive the pain of others : A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage,* 24, 771-779.
17. Maturana H. R., Varela F.J., 1973 (pour la première édition), 1980. *Autopoïesis and Cognition : The realization of the living. In* : R. S. Cohen & M.W. Wartofsky (Eds), Boston Studies in the Philosophy of Science 42. D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Pays-Bas.
18. Merton R.K., 1948. The self-fulfilling prophecy. *Antioch Revue,* 8, 193-210.
19. Neuburger R., 1995. *Le mythe familial.* ESF, Paris.
20. Pelletier I.G., Vallerand R.G., 1996. Supervisors' belief and subordinates' intrinsic motivation : A behavioral confirmation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology,* 71, 331-340.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

21. Rizzolatti G., Fadiga L., Fogassi L., Gallese V., 1996a. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research,* 3, 131-141.

22. Rizzolatti G., Fabbri-Destro M., Cattaneo L., 2009. Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology,* 5, 1, 24-34.

23. Rosenthal R., 1993. Interpersonal expectations: Some antecedents and some consequences. *In*: P.D. Blank (Ed.): *Interpersonal expectations: Theory, research and applications.* Cambridge University Press, London, pp. 3-24.

24. Rosenthal R., Jacobson L., 1968. *Pygmalion in the classroom.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

25. Servan-Schreiber D., 2003. *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse.* Laffont, Paris.

26. Shapiro F., 1997. EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. Basic Books. Pour la traduction française: Shapiro, F. & Silk Forest, M. (2005). *Des yeux pour guérir. EMDR: la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes.* Ed. du Seuil, collection CouleurPsy, Paris.

27. Silvestre M., 2010. La résilience: une histoire de l'intégration des regards inter- et intrapersonnel. *In*: M. Delage et B. Cyrulnik: *Familles et Résilience.* Ed. Odile Jacob, Paris.

28. Snyder M., 1984. When belief creates reality. *Advances in Experimental Social Psychology,* 18, 250.

29. Snyder M., Stukas A.A., 1999. Interpersonal Process: The interplay of cognitive, motivational and behavioral activities in social interaction. *Annual Review of Psychology,* 50, 273-303.

30. Vorauer J.D., Miller D.T., 1997. Failure to recognize the effect of implicit social influence on the presentation of Self. *Journal of Personality and Social Psychology,* 73, 281-295.

31. Watzlawick P., 1981. Les prédictions qui se vérifient d'elles-mêmes. *In: L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme* (1988). Seuil, Paris. Titre original: Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. Piper V.

32. Watzlawick P., 1983. *Faites vous-mêmes votre malheur,* Norton. Pour la traduction française: Seuil 1985, Paris.

33. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R., 1974. Change. Norton. Pour la traduction française: (1975). *Changements: paradoxes et thérapie.* Seuil, Paris.

34. Wicker B., Keysers C., Plailly J., Royet J-P., Gallese V., Rizzolatti, G., 2003. Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron, 40,* 3, 655-664.

Summary

Choosing representations in the helping relationship towards more comfort and efficiency. – Which representations do we have about the people we meet as professionals? And what are the effects those representations have on helping relationships, networking, therapy with families, couples or single persons? Social Psychology research provides us with some answers. The systemic clinical approach allows us to transpose those results in the settings we meet, whatever they are. What pathways do these insights provide that may facilitate the care of those persons whose life situations are most challenging to us? How can we construct a frame, which allows practitioners, whoever they are, educators, social workers, supervisors or therapists, to choose useful representations which can be helpful in the care they provide. This article suggests among others, some representations, in the form of a priori useful working assumptions. These could guide perception, reflective and behavioural interventions for professionals, towards more comfort and efficiency.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Resumen

Escoger sus representaciones en la relación de ayuda para mas comodidad y eficacia. – Qué representaciones tenemos de las personas que encontramos? Y qué efecto tienen estas representaciones sobre la relación de ayuda, el trabajo de red, la terapia con una familia, una pareja o une persona?

La investigación en psicología social nos provee con algunas respuestas. La clínica sistémica nos permite trasladar esos resultados a los contextos que encontramos, cuales que sean. Que son entonces las pistas que podemos despejar para mejorar la ayuda que ofrecemos en las situaciones mas difíciles?

Como trazar un marco que permita a los practicantes, que sean educadores, trabajadores sociales, supervisores o terapeutas, escoger representaciones útiles para el encuentro con las personas que cuidan? Este articulo propone, entre otras cosas, representaciones como hipótesis de trabajo a priori, permitiendo orientar la percepción, la reflexión y la intervención de los profesionales hacia mas comodidad y eficacia.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Cette excursion à travers les recherches en psychologie sociale, qui devient un des meilleurs arguments pour mettre en œuvre une approche centrée compétences, nous a amenés à comprendre que la centration sur les ressources et les compétences ne se fait pas toute seule. Maintenir un regard qui cherche à explorer ce qui marche encore, ainsi que des hypothèses constructives, avec la recherche d'éléments venant confirmer celles-ci, nécessite une volonté et une décision délibérées de la part de l'intervenant.
Notre activation physiologique, et les émotions qu'elle suscite, ont vite fait de nous entraîner dans une logique de survie.
Nous avons l'habitude de dire aux personnes que nous rencontrons, que si leur activation physiologique ou leur état de perturbation dépasse la valeur 5 sur une échelle où 0 signifie aucune perturbation, et 10 le maximum de perturbation qu'ils peuvent imaginer, alors l'autre en face n'entend plus le contenu de ce qui est dit, mais avant tout l'émotion. Il réagira donc à l'émotion et non au message qui nous avons voulu transmettre, aussi pertinent soit-il.

Ainsi, dans le cadre de la thérapie avec une patiente présentant une obésité morbide, nous avons fait l'expérience d'un travail de réseau facilité par l'utilisation des hypothèses mentionnées ci-avant.
Emilie, 27 ans, étudiante d'abord en médecine, puis se réorientant vers les sciences humaines, avait pour but de maigrir. Elle avait du mal à entendre que les régimes et les restrictions trop sévères pouvaient avoir l'effet inverse et ce, malgré le fait qu'elle avait déjà essayé à maintes reprises, le résultat se soldant non seulement par une reprise du poids perdu, mais allant bien au delà. C'est ainsi qu'Emilie portait avec honte et épuisement ses 160 kilos, qui au cours de sa thérapie sont allés jusque 170. Nous avions fait un diagnostic de trouble dissociatif non spécifié (DDNOS), avec plus tard, des éléments faisant penser à un trouble dissociatif de l'identité (TDI - DID).
La thérapie durant depuis trois ans et Emilie faisant toujours le même poids, elle a décidé d'ajouter un dispositif d'hypnose aux séances bi-mensuelles d'une heure et demie. Ces interventions d'Hypnothérapie Ericksonienne ont été très déstabilisantes pour la patiente, et la personne qu'elle appelait dans ces cas était sa thérapeute de référence, nous conduisant à plusieurs reprises, à faire des exercices de stabilisation au téléphone. Emilie ne pouvait rien en dire à l'autre thérapeute, qui continuait allègrement les séances d'hypnose demandées, et la déstabilisation a continué en s'accentuant.
Lorsque nous avons souhaité entrer en contact avec notre collègue pour pouvoir réguler notre démarche thérapeutique, et surtout dans le but de permettre des avancées sans déstabilisation, Emilie a d'abord hésité, pour finalement accepter et nous donner les coordonnées de la thérapeute.
Seulement voilà, Emilie avait rapporté des propos de l'Hypnothérapeute, qui aurait dit que nous ne faisions pas un vrai travail thérapeutique, que notre démarche ne consistait qu'à consoler la patiente, et que c'était normal que nous n'avancions pas. Il va sans dire, que lorsque Emilie s'est trouvée déstabilisée et que c'était à nous de faire le travail de stabilisation que l'autre thérapeute ne faisait pas, bien au contraire, nous étions passablement irrités de cette remarque première. Ça ne faisait pas de doute, il fallait se parler, pour le bien de la patiente, naturellement.
Mais comment arriver à échanger efficacement, de façon à ce que ce soit constructif pour notre patiente commune, alors que nous étions dans un tel état d'irritation ? Bien qu'aguerris aux exercices de stabilisation que nous mettions en œuvre pour nous apaiser, cela ne suffisait pas. Une fois notre corps calme, nous continuions à avoir des pensées et des hypothèses à l'égard de l'autre thérapeute, qui auraient été plus propices à une guerre des tranchées qu'à un échange intelligent.

Reprenant la liste des hypothèses de Ferdinand Wolf, utiles à l'égard des collègues (Dellucci & Wolf, 2011), nous nous sommes appliqués à nous–mêmes l'exercice que nous proposons à autrui lors de nos interventions : choisir au moins trois hypothèses, puis rechercher des éléments venant étayer celles-ci.
Nous pouvions dire sans mal, que notre collègue pouvait souhaiter ressentir qu'elle est une bonne professionnelle. C'était même une idée que nous pouvions partager. Ensuite nous pouvions avoir l'idée qu'elle pouvait être intéressée de coopérer avec d'autres professionnels, dont nous par exemple, si elle était respectée comme experte dans son domaine. Notre collègue était experte en Hypnothérapie, nous en Psychotraumatologie. La collègue pouvait certainement mettre en œuvre des exercices très efficaces, allant vers le but d'Emilie de perdre du poids, pourvu que cette dernière soit suffisamment stable. La stabilité, c'était notre domaine, la patiente l'ayant reconnu, puisqu'elle se tourne vers nous lorsqu'elle va mal. Le cheminement de pensée à l'aide de cette seconde hypothèse comme fondement nous a apaisés, dans la mesure où il ouvrait vers une perspective d'échange entre deux experts de champs thérapeutiques différents. Nous pouvions laisser tomber la remarque malheureuse sur la consolation en la recadrant comme une maladresse. Enfin nous pouvions dire également que cette hypnothérapeute, que nous ne connaissions pas encore, voulait certainement avoir une bonne relation avec Emilie, et lui fournir une bonne prestation. L'exercice consistait à trouver au moins trois hypothèses, ce qui était fait. Nous pouvions passer à la prochaine étape.

Nous avons pu échanger avec notre collègue en lui rapportant le travail fait jusque là, en partageant les éléments diagnostics nous faisant penser à un trouble dissociatif, l'importance de la stabilisation et d'un travail qui puisse se faire sans provoquer de déstabilisation iatrogène. Nous avons pu, calmement, évoquer les moments de déstabilisation d'Emilie entre les séances d'hypnose. Ces dernières semblaient bien toucher quelque chose de pertinent, mais à notre sens il était trop tôt pour permettre un processus intégratif. La collègue n'avait pas idée qu'Emilie pouvait être déstabilisée par un travail d'hypnose sur les ressources, avec une visée sur un objectif où elle aurait abouti au poids désiré. L'échange a pu se passer de manière collégiale, dans le respect et à un niveau émotionnel qui nous a permis de nous parler et de construire ensemble.
Lorsque la collègue a entendu parler de dissociation, elle a rapidement évoqué que son dispositif n'était peut être pas si adapté. N'étant pas spécialistes en hypnose, nous lui avons laissé le choix de se renseigner et de décider ce qui lui paraissait pertinent. Notre souhait était qu'Emilie puisse avancer sans être déstabilisée.
Nous avons été les premiers surpris du cheminement qui a été le nôtre, pour arriver à cette concertation qui s'annonçait difficile. Nos patients ont besoin de compter sur des professionnels qui puissent se parler, se respecter et se soutenir, de façon à ne pas subir les mécontentements et les tensions de ceux qui les encadrent.

Une question souvent posée par les professionnels, qui mettent en œuvre l'approche centrée compétences, est de savoir s'il vaut mieux rester qu'entre praticiens de cette même approche, ou si l'on peut, en tant que thérapeutes centrés compétences, discuter et s'entendre avec des thérapeutes centrés problèmes. L'exemple qui précède est déjà une ébauche de réponse, même si nous pouvons argumenter que Hypnose Ericksonienne partage, avec l'approche centrée compétences, la centration sur les ressources.
Nous sommes nombreux dans le paysage entourant nos patients. Nous pensons que nous avons tout intérêt à nous entendre avec nos collègues, quels que soient leurs fondements psychothérapeutiques et les théories auxquels ils se réfèrent, car nous avons tous en commun le souhait de soulager la souffrance et de permettre aux personnes d'avancer.

Notre collègue Arnoud Huibers, énonçait à l'ouverture du congrès de l'EBTA (Europen Brief Therapy Association) en 2004 à Amsterdam, que si le modèle solutionniste était correctement appliqué, il n'y aurait plus de patients difficiles, ni même de collègues difficiles. Cette affirmation nous a marqués et ne reculant pas devant les défis, celui-là nous a accompagné tout au long de notre pratique. Nous ne pouvons pas dire que nous y sommes toujours arrivés, mais l'intérêt d'une utopie n'est pas forcément d'être atteinte, mais de nous donner un cap et une direction pour faire le prochain pas.

C'est ainsi que nous devions préparer une intervention plénière sur les interventions utiles en cas de violences domestiques à la journée d'étude de l'ARIM (Association Rencontre Information Médiation) en octobre 2014 à Bourgouin Jallieu (Isère, France), intitulée « Entre confiance, méfiance et défiance, le travail sur la restauration de la relation au sein de familles séparées, pour que le lien demeure ».
Il nous avait été demandé d'échanger avec un collègue psychanalyste, ancien inspecteur de Police, et spécialisé dans la prise en charge des auteurs de violences et de trouver des pistes de convergence avec notre approche psychotraumatologique centrée compétences, spécialisée avant tout dans le traitement des victimes. Catherine Guitton (2002), nous avait appris combien la concertation est importante dans des contextes où il y a des risques majeurs. Elle avait aussi précisé, que tant qu'un consensus n'est pas trouvé, c'est un signe que le temps pour discuter dans de bonnes conditions n'a pas été suffisant. Cela sous-entend que si on prend assez de temps, le consensus se trouvera. Forts de cet enseignement, nous avons pris le temps d'échanger avec notre collègue psychanalyste dont nous ne connaissions pas la pratique et qui ne connaissait pas la nôtre. La seule chose qu'il savait était le désir intransigeant, porté par les collègues du comité d'organisation, que soit présente une psychotraumatologue centrée compétences. Cet échange respectueux et intéressant a débouché sur les recommandations suivantes :

Ce qui ne marche pas lorsque l'on intervient dans des contextes de violences, c'est de penser que l'autre professionnel a mal fait, se livrer à une guerre de chapelles en pensant que nos idées sont meilleures que celles d'un autre. Ce qui ne marche pas non plus c'est de ne pas se parler ni échanger, et de rester seul. L'enseignement de Karl Popper (1959) sur la valeur d'enseignement d'une hypothèse réfutée, c'est-à-dire que ce que nous savons qui ne marche pas, nous rapproche davantage d'une réalité tangible.

Du côté des hypothèses de travail qui pourraient nous guider pour intervenir dans des contextes de violences, nous en avons retenu deux :

1. Considérer que nous sommes tous différents, et que nous pouvons percevoir des choses différentes qui ni ne s'annulent, ni ne s'invalident. Cela vaut la peine de solliciter l'autre pour qu'il partage ses perceptions, et de partager les nôtres.
2. Considérer que personne n'est parfait, et s'enquérir chez le collègue, des bonnes raisons de son intervention et de ses choix, même si a priori, nous ne les comprenons pas.

Cela nécessite de trouver un langage commun, construire des relations de confiance, afin de fonctionner en réseau avec l'impression d'une aide et d'un soutien.

Au delà des hypothèses utiles et de nos efforts pour assurer un travail de réseau efficace et soutenant pour nos patients, nous continuerons dans les lignes qui vont suivre avec la thérapie en psychotraumatologie centrée compétences, en dispositif individuel.

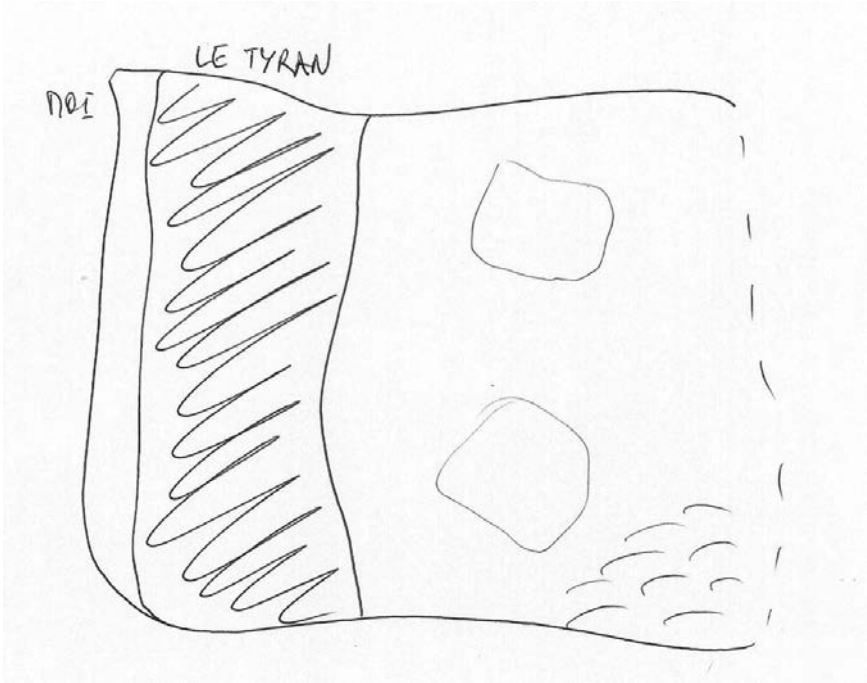
2.2. les ressources de survie pour construire une alliance thérapeutique

Après avoir connu le confort de la co-thérapie, le suivi d'enfants et d'adolescents en parallèle du suivi familial, sous l'aile protectrice du thérapeute de famille assurant, puis partageant la responsabilité du cadre, il a fallu se lancer dans une pratique psychothérapeutique propre. Poussés par nos collègues qui avait la confiance en nous qui nous manquait, est venu le jour de la première consultation individuelle.

Voilà qu'un mardi, Sophie, 33 ans, comptable, montrant un faciès robotique et peu expressif, consulte « parce qu'elle veut mettre fin à ses jours, mais ne voudrait pas qu'on lui reproche a posteriori de ne pas avoir tout tenté », dit-elle. Elle avait été hospitalisée pendant le week end pour avoir fait une tentative de suicide (TS), dans le cadre d'une rupture sentimentale.
La thérapeute ne se sentant pas à la hauteur d'une telle tâche a d'abord dû s'apaiser, pour être en mesure de penser et de rester présente. Sophie avait l'air calme, ou peut être absente, mais répondait volontiers aux questions.
C'est ainsi que la thérapeute a commencé par explorer comment la patiente avait fait pour venir aujourd'hui ? Être en séance, ici avec la thérapeute ? C'est là que Sophie nous a appris que cela n'avait pas été facile pour elle, que notre nom n'était même pas dans les pages jaunes, qu'elle avait contacté un autre thérapeute très connu dans la région, mais qui n'avait pas voulu la recevoir et lui avait donné notre numéro de téléphone, que cela n'avait pas été évident d'appeler, de laisser un message … .
La thérapeute a continué à explorer : « Comment vous êtes-vous débrouillée pour être encore en vie ? Comment avait-vous fait pour que cette tentative, ce week end, échoue ? »
Sans rentrer dans les détails comme nous l'aurions voulu, Sophie a continué à raconter, qu'elle a voulu avoir une pause dans cette rupture insoutenable, que l'hospitalisation avait été pénible, qu'elle avait dû faire confiance au collègue qui lui avait donné notre nom et que pour elle faire confiance n'était pas évident, que les médicaments l'aident à ce que ça ne déborde pas, … . Un traitement anti-dépresseur avait été instauré par le psychiatre de l'hôpital. Sophie a raconté qu'elle avait pu quitter l'hôpital, parce que ce rendez-vous du mardi était pris et qu'elle s'engageait à y aller.
Entre les lignes, la patiente a aussi indiqué qu'elle ne se sentait « pas conforme », que sa sœur « est parfaite », qu'elle vit seule, qu'elle a encore ses parents et qu'elle s'occupe du jardin. Le jardinage lui permet de se vider la tête et de ne penser à rien. C'est là que la thérapeute apprend que Sophie n'en est pas à sa première tentative de suicide, que son adolescence avait été difficile, car elle n'arrivait pas à être comme les autres … .
A la fin de cette séance, où Sophie n'a pas été en mesure de déterminer des objectifs de fin de thérapie, elle indique néanmoins que « ça fait du bien de parler » et qu'elle est d'accord de revenir. Le suivi thérapeutique a duré cinq ans et Sophie n'a pas fait d'autre tentative de suicide.
Entre autres, la thérapeute avait émis l'hypothèse d'une précocité, de façon à recadrer le sentiment de ne pas être conforme comme un fonctionnement non-pathologique et à respecter. Sophie s'est reconnue dans ce profil et a voulu adhérer à un réseau nommé « Mensa » pour lequel il fallait démontrer sa douance à travers une évaluation faite par un professionnel spécialisé. A partir du conseil de sa thérapeute, Sophie a accepté une évaluation globale, ajoutant à celle de son fonctionnement intellectuel également une investigation concernant sa personnalité et sa gestion des affects. Les résultats de l'évaluation ont non seulement confirmé un niveau intellectuel très largement au dessus de la moyenne, mais aussi un trouble dissociatif de l'identité.

Dans l'après-coup, ce diagnostic ne nous a pas surpris. Nous avions eu notion du fonctionnement dissociatif de Sophie, lors d'une séance EMDR où nous avions ciblé le seul événement apparemment traumatique dans l'histoire de la patiente : une noyade à l'âge de huit ans.
Forts de l'enseignement en EMDR Niveau 1, où l'on nous avait conseillé d'aborder des trauma simples, la noyade nous avait semblé constituer un bon exemple. Nous n'avions à l'époque aucune notion de dissociation et en présentant cette méthodologie à la patiente, elle s'était montré curieuse et avait bien voulu essayer.
Les explications et la préparation se sont déroulées normalement. La phase d'évaluation de l'événement n'a rien montré de particulier. Lorsque pendant les stimulations bilatérales, il n'y a eu aucune association, ni ressenti corporel, et que la thérapeute a vaillamment allongé la durée des sets, Sophie s'est raidi dans son attitude corporelle, a repris un visage robotique et avec une voix qui ne semblait pas la sienne a indiqué : « il faut arrêter, parce que l'autre ne veut pas !»
La thérapeute, aidée par un contre-transfert lui conférant un vécu de menace, a aussitôt obtempéré, reculant son fauteuil. Chez Sophie, cela a déclenché des sanglots, en disant que la thérapeute voyait bien qu'elle n'était pas conforme, qu'elle n'arriverait à rien, … . Par la suite, Sophie a pu dessiner un schéma montrant comment elle ressent son monde intérieur.

Fig. 2.1. Reproduction du Schéma de « Sophie »



Nous avons été surpris de voir la proportion que Sophie réserve à la partie d'elle consciente et volontaire. Il s'agit de la fine lamelle sur la gauche du dessin (Moi). Ce qu'elle décrit comme « le tyran » était une partie d'elle qui ne donne pas accès à son monde intérieur, ni à elle, ni à quiconque d'autre. A l'intérieur, tout ce qu'elle pouvait imaginer sont des parts éparses qui flottaient à la dérive. Elle ne voit pas de limite à son être, et tout au fond, il y avait des parties toutes petites … .
Sophie nous a ouvert une porte sur un monde, dont nous ne soupçonnions pas l'existence … Depuis lors, nous nous sommes formés à la psychotraumatologie complexe et à la dissociation.

La bonne qualité relationnelle a permis à la patiente de ne pas quitter la thérapie et à gratifier sa thérapeute d'une extraordinaire indulgence pour ses erreurs. Néanmoins Sophie n'a jamais voulu réessayer l'EMDR.

Depuis cette première expérience thérapeutique, pour laquelle, au début du suivi, nous investissions presque autant d'heures de supervision que nous avons effectué de séances de thérapie, l'exploration des ressources de survie auprès des survivants de traumatisations sévères et chroniques a été largement affinée.
Sur le plan psychologique, ce questionnement permet de parler du traumatisme sans entrer dans les détails de l'événement, mais en explorant tout ce que la personne a mis en œuvre pour s'en relever, au moins partiellement. L'exploration des ressources de survie nous permet de construire une alliance thérapeutique, en évitant de laisser s'installer le malentendu, qu'il faudrait connaître tous les détails, jusqu'aux plus sordides, pour s'en affranchir. Au contraire, nous ne sommes pas intéressés à connaître les détails et les personnes les plus traumatisées ne les partagent d'ailleurs pas tellement.
La règle que nous explicitons dès le début de la thérapie est que dans cet espace tout peut être dit, mais que la personne a aussi le droit de ne pas tout dire, de garder des choses pour soi et que cela n'empêche nullement le fait d'aller mieux. C'est ainsi que nous appliquons la première des deux règles que nous proposent Maturana et Varela (1973/1980) lorsqu'ils évoquent les conditions nécessaires pour qu'une cellule reste vivante : qu'il y ait une frontière entre l'intérieur et l'extérieur. Nous pensons que ne pas tout savoir et laisser la personne partager les contenus qu'elle souhaite au rythme qui lui convient, est une façon d'intervenir en préservant son intégrité psychique.
Dans nos formations, nous demandons aux participants de résister à la fascination devant les détails du trauma. Nous les invitons, au contraire, à prendre une bonne respiration et à explorer les ressources de survie, pour lesquelles il convient d'être fasciné.

Concrètement, l'exploration des ressources de survie se fait par les questions suivantes : « comment avez-vous fait, concrètement, pour ne pas mourir, pour rester en vie ?»
Lorsque les personnes évoquent un événement, le questionnement est orienté sur l'après de cet événement : « … et qu'avez-vous fait après ? … pour vous relever ? … pour retourner au travail ? … prendre soin de vos enfants ? »
Les ressources de survie que les personnes mettent en œuvre restent la plupart du temps implicites, les patients n'y pensent pas, tout en détestant les réactions intempestives de leur corps, qui n'a pas encore saisi que l'événement n'a plus lieu aujourd'hui.
Lorsque les personnes nous racontent des maltraitances dans l'enfance, notre questionnement est plus général : « comment avez-vous fait pour grandir quand même ? ». Conformément au principe d'utilisation Ericksonien, nous questionnons tous les domaines où la personne a réussi, et nous les plaçons en contraste par rapport aux événements subis dans l'enfance : « comment avez-vous réussi à aller à l'école ? », « … à avoir des amis ? », « … à apprendre votre métier ? », « … à vous mettre en couple ? », « … à avoir le courage de fonder une famille ? » « … malgré ce qui est arrivé ? ».

Ce questionnement, avec un thérapeute qui, de fait, adopte une position basse, amène le patient à se raconter une histoire différente, celle d'un héros de survie. Le thérapeute ne sait pas comment les personnes ont fait, mais force est de constater que les patients sont là, bien vivants, souffrants certes, mais qu'ils ont survécu.
Bon nombre de personnes se redressent et terminent un tel entretien avec la mention : « Je ne savais pas que j'avais fait tout ça … ».

C’est ainsi que bon nombre de patients dissociatifs indiquent leur amour pour les livres, que lire était une ressource leur permettant de s’enfuir dans un autre monde. D’autres se rappellent que l’école était un lieu prédictible, qu’apprendre leur occupait l’esprit quand ils n’avaient pas la tête dans les nuages. Certains évoquent des amis imaginaires, un ange gardien qui les prenait sous son aile, une grand mère qui ne les perdait pas de vue depuis l’au-delà. D’autres encore se racontaient des histoires dans la tête, … parfois en imaginant que lorsqu’ils seront grands, ils feront différemment. C’est ainsi que certains adoptent plus tard des métiers de soignants, d’éducateurs ou de thérapeutes et se spécialisent en psychotraumatologie, un domaine qu’ils connaissent bien par ailleurs.

Pour le thérapeute, ce questionnement sur les ressources de survie du patient permet aussi de mieux le connaître et faire alliance avec ses ressources fondamentales. Les symptômes peuvent alors être reconnus pour leur dimension jusque là écologique, c’est-à-dire d’avoir trouvé le compromis le moins pire pour faire face à ce qui leur est arrivé. Certains patients expliqueront qu’ils n’ont laissé personne décider à leur place, que se retrancher a été salutaire pour rester en vie et que, parfois, se couper quotidiennement permettait d’amenuiser la souffrance interne.

Pour les personnes qui se sont retrouvées dans des relations non-constructives, sous emprise, parfois pendant une longue période, nous suivons le questionnement d’Alan Wade (1997) sur les petits actes de résistance au quotidien : « Comment avez-vous fait, concrètement, pour résister pendant tant d’années ? », « Comment avez-vous réagi (pensées, comportements, ressentis) lorsque …. vous a agressé ? », « Comment avez-vous fait pour rester debout durant toute cette période ? »

Etant donné qu’il s’agit souvent de relations qui ont perduré, la durée devient une preuve d’avoir résisté, et cette persévérance et cette force méritent d’être explorées en détail, pour en extraire des petits actes de résistance mis en œuvre dans la vie quotidienne.

Si nous voyons les personnes après une séparation d’un conjoint auteur de violences, nous explorons également comment elles ont fait concrètement, pour arriver à s’extirper de cette relation : « Comment en êtes-vous arrivée à pouvoir prendre la décision de partir ? » « Qu’est-ce qui vous a aidé ? »

Si nous recevons des couples en thérapie et qu’il est question d’événements traumatiques, nous leur posons d’abord les questions de survie individuelles, à chacun, en présence du conjoint, pour ensuite explorer la dimension du couple. Un couple qui a survécu est un couple qui est resté uni, malgré ce qui s’est passé, quel que soit le degré de satisfaction de ce lien.

Pour ce faire, nous posons la question, comme si nous l’adressions à un tiers : « comment votre couple a-t-il survécu, face aux événements qui vous sont arrivés ? » Une fois cette dimension explorée, nous questionnons chaque membre du couple sur ses stratégies spécifiques pour faire face, lorsque les temps sont durs. Ainsi il arrive très souvent, que l’un des membres du couple ait une tendance au retrait et se concentre sur des activités pour se changer les idées ou qui font diversion, comme p.ex. le travail, une activité sportive, un comportement addictif, tandis que l’autre membre du couple cherche davantage le contact par la parole, et semble avoir besoin de l’autre pour s’apaiser.

Il est intéressant d’entendre l’un et l’autre exposer ces stratégies pour faire face à un thérapeute a priori naïf, « qui ne sait pas », et de découvrir ces différences qui font effet de recadrage. C’est alors que le thérapeute peut expliquer que lorsque les temps sont difficiles, nous aimerions tous être réconfortés par l’autre, de préférence avec la stratégie qui est la nôtre, soit d’être laissé tranquille, soit d’être entouré. Cette exploration a déjà permis à bon nombre de partenaires de comprendre que leurs stratégies pour faire face ne sont pas destinés ni à envahir l’autre, ni à l’abandonner, il s’agit juste de faire au mieux avec ce qui arrive.

Lorsque nous recevons des familles, et qu'il est question de traumatismes, nous posons aussi les questions de survie à chaque membre présent. Puis nous explorons les hypothèses sur les stratégies de ceux qui ne sont pas présents, mais qui font partie de la famille.
Si un membre est décédé et que c'est l'objet de la rencontre, nous questionnons ceux qui sont présents, comment celui qui est parti aurait fait, s'il était encore là. Cela permet aux vivants de se sentir loyaux de manière constructive envers celui qu'ils ont perdu. De là il devient évident de continuer le questionnement sur ce que l'absent aurait voulu pour ceux qui sont là. A ce titre, nous aimons nous inspirer de la « lettre pour les jours pluvieux » d'Yvonne Dolan (1991), une grande dame qui a largement contribué à notre formation de psychotraumatologues.
Si les événements traumatiques ne concernent pas un décès qui vient de se passer, nous continuons le questionnement des ressources de survie collectives, en nous intéressant comment la famille a fait, en dépit de tout ce qui est arrivé, pour survivre. Une famille qui a survécu est une famille qui a donné lieu à une génération suivante, peu importe s'il s'agit d'enfants biologiques, adoptés ou soutenus à travers une communauté (p.ex. des neveux ou nièces, des filleuls, des enfants du voisinage, …). Ici, il nous paraît important d'explorer les loyautés explicites et implicites, en posant la question sur les ressemblances et les différenciations. Pour mieux comprendre ces liens, nous faisons souvent un génogramme où nous explorons la qualité des liens. Nous y reviendrons lorsque nous évoquerons les traumatismes transmis à la fin des chapitres 3 et 4.

Ce questionnement autour des ressources de survie permet de créer un lien d'humain à humain, sans mettre l'accent sur les aspects dysfonctionnels. Tout patient motivé va ajouter sa part de symptomatologie et ses zones de souffrance à ce tableau de ressources, qui viendra compléter celui d'une personne qui a d'abord survécu.
Il arrive régulièrement, que ce que les patients nous racontent avoir traversé, dépasse l'entendement du thérapeute. Nous pensons notamment aux réfugiés qui défrayent l'actualité et qui cumulent souvent les trois niveaux de questionnement. Alors nous commençons par la dimension la plus fondamentale : « Comment avez-vous fait pour être encore là ? ». « … pour être en mesure de nous raconter tout cela ? »

Ce questionnement sur les dimensions de survie nécessite une auto-observation du passé, une réflexion évaluative impliquant la capacité à se regarder faire, en d'autres termes, une pensée réfléchie. Pour que celle-ci puisse se faire dans de bonnes conditions, il est primordial que le corps du patient soit suffisamment apaisé. Si tel n'est pas le cas, nous proposerons des exercices corporels d'ancrage et d'orientation, visant à apaiser le corps physiologiquement et à amener la conscience dans l'ici et maintenant sécurisé. Ces exercices[1] se font avec l'aide du

[1] Il existe trois types d'exercices d'ancrage et d'orientation :

a) Les exercices d'ancrage que l'on fait lorsque le patient s'approche de l'hyper-activation où son corps est sous tension, ce qui conduit le thérapeute à utiliser cette tension musculaire pour l'orienter vers un objet neutre, comme p.ex.
   - repérer son corps sur la chaise, en veillant à ressentir autant le dossier que l'assise,
   - pousser les murs : il s'agit du même exercice, mais l'implication du corps est plus importante
   - « faire la chaise » : s'adosser au mur, en veillant à fléchir les jambes,
   - faire des passes d'un objet doux, p.ex. : un coussin, une peluche, ou une balle.
   Ces exercices sont destinés à apaiser le corps en permettant d'évacuer la tension de manière sécurisante. Nous veillons à ponctuer ces exercices physiques de respirations lentes.
b) Les exercices d'ancrage lorsque le patient est en train de s'absenter de la relation et qu'il passe en hypo-activation, où son corps a peu d'énergie, la perception semble altérée, sont avant tout destinés à stimuler les muscles du squelette et dès lors la physiologie. Ici nous demandons au patient de se lever de sa chaise, en le soutenant, et de s'asseoir immédiatement, pour qu'il ne tombe pas, étant donné que sa

thérapeute qui doit veiller à d'abord calmer son propre corps. Nous conseillons aux thérapeutes de faire ces exercices avec le patient en lui parlant avec des mots simples. S'il ne peut comprendre tous les mots, son corps imitera celui du thérapeute. En cas de sur-activation physiologique, ces exercices corporels sont destinés à apaiser le corps et à diriger la tension ressentie vers l'extérieur, p.ex. en poussant un mur ou en faisant l'exercice de la chaise, ou encore en pressant très fort un galet, le tout ponctué d'invitations à prendre une grande respiration que le thérapeute fera de concert avec le patient, ou bien en activant le réflexe de Valsava[2] avec une respiration bloquée, le tout accompagné d'exercices d'orientation dans l'espace et le temps présent. En cas de sous-activation, il s'agira de stimuler les muscles du squelette, de façon à activer physiologiquement le patient, pour qu'il reste avec nous.
Offrir un verre d'eau active le système parasympathique par la stimulation du système digestif.

Fig. 2. 2. Effets d'apaisement du corps par les exercices d'ancrage et d'orientation



Tous ces exercices contribuent à ce que le thérapeute, avec un corps calme et posé, fasse avec le patient des exercices destinés à apaiser son corps, de façon à ce que la conscience de l'ici et maintenant soit restaurée. Comme l'a montré Lanius et coll. (2003), lorsqu'il y a sur-activation ou sous-activation physiologique, cela ne sert à rien de continuer à discuter, il faut intervenir et agir sur le corps, de façon à ramener celui-ci à nouveau dans une activation parasympathique ventrale (Porges, 2001). Nous éclairerons ces notions au chapitre suivant.

Ces exercices du bas vers le haut indiquent également que dans un tel moment, cela ne sert à rien d'expliquer ou de montrer, il faut faire avec le patient, et ce jusqu'à ce qu'un compromis apaisant ait pu être obtenu. Ici nous aimerions insister sur l'importance de l'attitude calme,

---

tension artérielle a chuté. Cet exercice de se lever et s'asseoir est fait plusieurs fois de suite, toujours en soutenant le patient, jusqu'à ce que celui-ci revient dans sa fenêtre de tolérance, c'est à dire qu'il se sent calme et bien présent. Lorsque la sous-activation est prévisible, il est possible aussi de demander au patient, de mettre son tronc sous tension, en serrant les muscles du ventre, des fesses et du périnée.

c) Les exercices d'orientation sont destinés à orienter la conscience de la personne dans l'ici et maintenant du lieu, du temps présent, car lorsque le corps s'emballe, la présentification est difficile. Pour cela nous demandons aux personnes de nous dire :
   - combien de lumières sont allumées (cela les amène à s'orienter dans la pièce, à compter), combien il y a de fenêtres, etc.
   - quelle est la couleur des murs
   - nous énumérer cinq items rouges dans la pièce
   - de regarder autour de soi et explorer qui sont les personnes dans la pièce
   - quel jour nous sommes aujourd'hui et où est-ce qu'ils se trouvent.

[2] Il s'agit d'un exercice de respiration, où nous demandons au patient de prendre une grande respiration, puis de bloquer sa respiration aussi longtemps que cela lui est possible de manière confortable, puis d'expirer et de respirer normalement. Pendant que le patient fait cet exercice, nous le faisons avec lui. Si c'est nécessaire, nous lui expliquons que l'échange gazeux continue à l'intérieur de ses poumons, et que cet exercice stimule des capteurs de pression dans notre thorax, qui régule les battements cardiaques. Nous faisons cet exercice surtout, lorsque les personnes sont facilement paniquées, lorsqu'elles hyperventilent, ou lorsqu'elles sont des palpitations, rendant la respiration lente difficile.

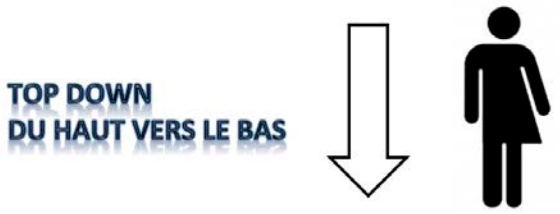
attentionnée du thérapeute, ainsi que sa confiance qu'un apaisement viendra. Si un exercice d'ancrage ne marche pas, il convient d'en essayer un autre, et ce jusqu'à trouver celui qui convient à la personne. Outre l'apaisement ainsi obtenu, cette attitude à ne pas lâcher son patient dans un moment de tourmente fonde une confiance du patient en les capacités contenantes du thérapeute, qui va former une ligne de base d'un corps calme, permettant plus tard d'explorer des contenus plus difficiles.
Ces exercices, outre l'apaisement obtenu et le maintien du patient dans l'ici et maintenant, lui permettront aussi d'entrer en lien avec son corps et de vérifier, au travers de celui-ci, le sentiment de sécurité ressenti intuitivement. Steven Porges (2001) propose le terme de « neuroception », pour désigner cette perception en deçà de la conscience, qui scanne l'environnement et qui renseigne et éventuellement alerte le système physiologique de la personne sur son niveau de sécurité. Nous pensons que plus une personne a subi des violences et des agressions de son système tôt dans la vie, plus les événements semblent avoir aiguisé et valorisé ce niveau de perception.

Pour mesurer le degré de sécurité ressentie, nous utilisons une échelle empruntée à l'approche centrée compétences, que nous avons légèrement modifiée : l'échelle de sécurité (Dellucci, 2014) : entre 1, je ne me sens pas du tout en sécurité ici et 10, je suis complètement en sécurité ici dans cette pièce avec le thérapeute.
Plus la valeur sur cette échelle est basse, plus le patient est en train de faire un effort considérable pour être là, avec nous et cela mérite d'être reconnu. Ensuite, nous essayons de faire ce qui est possible pour aider le patient à grimper sur cette échelle.
C'est la tâche du thérapeute de faire en sorte que son patient se sente en sécurité en sa présence dans le lieu de la thérapie et cela commence par le confort physiologique. Nous posons la question : « que puis-**je** faire, pour que ce soit plus confortable pour vous ? »
Ici, à l'inverse de l'approche centrée compétences, où le patient est questionné sur ce qu'il peut mettre en œuvre pour grimper sur l'échelle, c'est le thérapeute qui fait ce qu'il peut pour rendre l'expérience plus confortable pour la personne. Cela permet aussi au thérapeute de communiquer combien le confort de son patient lui importe. Cela touche la grande majorité des patients.
Ensuite, nous explorons avec le patient comment il fait pour être là où il est, c'est-à-dire qu'est-ce qui lui fait dire qu'il est à p.ex. : à trois et pas à un ? Ici nous explorons ce qui est déjà présent et ce que nous pouvons considérer comme une valeur sûre.
Ces questions d'évaluation de la sécurité mettent le patient dans une posture d'expert. Rappelons que cette dimension est explorée lorsque le corps du patient a pu être apaisé. Un corps non apaisé répond à cette question sans avoir besoin d'échelle.
Nous répétons donc : la primauté ira à l'apaisement du corps dans l'ici et maintenant, et ensuite à l'exploration des ressources de survie, dès que la personne évoque des événements négatifs. Une fois le corps suffisamment apaisé, les questions de survie auront tout leur sens.

Avec un patient qui est prêt à se mettre au travail et à faire sa part pour apprendre à s'apaiser et à maîtriser les réactions intempestives de son corps, il est utile qu'il apprenne des exercices d'apaisement[3] qu'il pourra mettre en œuvre de manière autonome, entre les séances. Ici la littérature foisonne d'exemples (Dolan, 1991 ; Boon et al. 2011/2014). Ce sera au tandem thérapeutique de trouver les exercices appropriés.

[3] Ici il peut s'agir d'exercices de pleine conscience, de la relaxation, de la méditation, des exercices d'autohypnose, de respiration comme p.ex. : la cohérence cardiaque. Il s'agit d'exercices que le patient a appris et qu'il peut décider de mettre en œuvre de manière autonome. Lorsque le patient fait ces exercices régulièrement, p.ex. : quotidiennement, les effets sont en général cumulatifs.

Fig. 2. 3. Auto-apaisement du corps par des exercices faits de manière autonome



En complément de la figure 2.2. la figure 2.3. montre le cheminement des exercices d'auto-apaisement : la tête du patient décide de faire un exercice dans le but d'apaiser son corps. En thérapie brève, Yvonne Dolan (1991) nous a appris un exercice d'auto-hypnose dont la légende raconte, que ce serait l'épouse du grand Milton Erickson qui en serait l'auteur. L'exercice s'appelle le « 54321 » et consiste à se concentrer sur des perceptions dans l'ici et maintenant, à savoir la dimension visuelle, les choses que l'on voit, puis la dimension auditive, les choses que l'on entend, puis le ressenti corporel. Le patient est invité à d'abord observer, écouter puis ressentir 5 item, ponctué de respirations lentes et profondes, puis 4 item de chaque dimension, puis 3, 2, 1. Lorsque nous faisons une démonstration de cet exercice pour l'apprendre à nos patients, rien que l'observation et l'écoute de cette pratique, faite par l'autre, a un effet apaisant.

En arrivant au terme de ce chapitre 2, il nous paraît important de préciser que lorsque l'on a affaire à des personnes souffrant de traumatismes, qu'ils soient simples, récents, complexes ou anciens, la thérapie utilisant exclusivement la parole ne suffit pas.
Chris Brewin, un chercheur dans le domaine de la mémoire, différencie ici deux types de mémoire (Brewin, 2001, Brewin et al. 1996) :

- la mémoire sémantique, contenant le discours autobiographique, le récit, les représentations, les croyances, en bref le matériel symbolisé, et
- la mémoire iconique, contenant tout le matériel non-symbolisé, à savoir les images, les sensations physiques, les sons, l'odorat, les émotions.

La thérapie centrée sur la parole se concentre avant tout sur les réseaux de mémoire sémantiques, nécessaires à la prise de distance, à l'élaboration. Lorsqu'il y a des réseaux traumatiques, ceux-ci sont par essence sous-corticaux et sera impossible de faire l'impasse sur la mémoire iconique. Pour ce faire, nous pensons qu'il faut passer par l'utilisation d'une approche centrée aussi sur le corps.

Tant qu'il y a présence de réseaux traumatiques, nous pensons que la stabilisation seule ne suffit pas, même si ces stratégies peuvent être extraordinairement créatives et efficaces. C'est ici que notre approche de Psychotraumatologie centrée compétences diverge d'autres approches centrées solutions, comme celle que propose Yvonne Dolan, qui se focalise exclusivement sur des stratégies de stabilisation. Etant donné le degré d'évitement des personnes traumatisées, nous pensons que les patients n'activent pas eux-mêmes les réseaux traumatiques, sauf à rencontrer un déclencheur, ce qui est généralement vécu comme désagréable et à éviter par la suite. L'activation de réseaux de mémoire traumatiques par un déclencheur peut être tel que la physiologie et dès lors le cerveau passent en mode survie. Nous décrirons ces réactions dès le prochain chapitre.

La stabilisation est nécessaire et importante. Sans stabilisation, le travail autour des traumatismes est à notre avis dangereux, car il y a un réel risque de retraumatisation. Même si la stabilisation est incontournable, il est nécessaire que le psychotraumatologue se dote d'une méthodologie pour aborder les mémoires traumatiques stockées. Il est nécessaire d'avoir un cadre d'intervention qui prend en compte les réactions physiologiques particulières lorsqu'il y a trauma et prévoit une marche à suivre précise. Nous avons trouvé cette méthodologie en la thérapie EMDR. Développé par Francine Shapiro, ce procédé rigoureux a fait l'objet de nombreuses recherches depuis plus de 20 ans, et qui concluent que l'EMDR est un traitement de choix des traumatismes.

En ce qui concerne le travail avec des personnes souffrant de traumatismes, qu'ils soient simples ou complexes nous pensons, en accord avec Francine Shapiro, qu'il est nécessaire d'activer aussi ces réseaux sous-corticaux et d'aider la personne et son cerveau à les reconsolider avec davantage de liens vers les dimensions d'apprentissage et de ressources.
Le chapitre suivant décrira la méthodologie EMDR en détail, ainsi que les aménagements proposés pour permettre un travail à la fois rigoureux et protecteur avec des patients souffrant de trauma complexes.

Les cinq points clés à retenir de ce chapitre 2 :

- Des hypothèses constructives a priori peuvent aider le thérapeute à maintenir un niveau de fonctionnement réflexif.
- La centration sur les compétences ne se fait pas de manière automatique. Cela nécessite une décision délibérée et consciente de la part du thérapeute.
- Lorsque le patient traumatisé ne demande rien, le travail thérapeutique se centre autour de l'intégrité physique et psychique.
- L'exploration des ressources de survie, par nature implicites, est primordiale dans la construction d'une alliance thérapeutique. Elle est initiée et portée par le thérapeute.
- La stabilisation, bien que incontournable, est insuffisante pour s'affranchir de traumatismes. Une méthodologie spécifique du psychotraumatisme est nécessaire.

CHAPITRE 3. LA THERAPIE EMDR

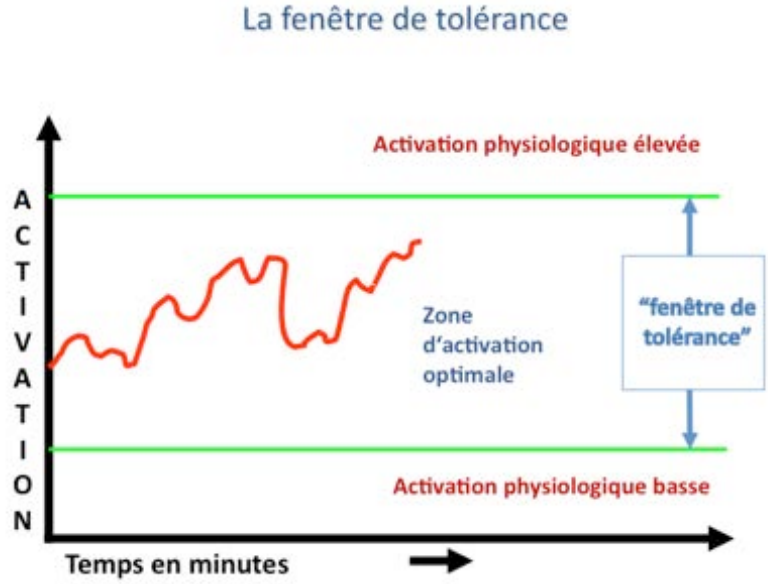
Objectif : Décrire la thérapie EMDR et le protocole EMDR standard, tel qu'il est mis en œuvre aujourd'hui, ainsi qu'une revue des principaux aménagements mis au point, pour aborder les situations traumatiques complexes.

Les différents points abordés sont les suivants :

- Le protocole EMDR en huit phases (article).
- Le travail sur les cognitions, un aspect important du protocole EMDR (article).
- Les aménagements du protocole standard pour le travail avec les trauma complexes.
  - Les méthodes d'oscillation (article).
  - Le protocole inversé (article).
- L'importance de la prise en compte des empreintes traumatiques précoces en EMDR (article).
- La spécificité des blessures du lien
  - Le protocole des lettres (article).
  - Les traumatismes transgénérationnels en EMDR (article).

La rencontre, en 2003, de la thérapie EMDR a été pour nous une révélation de taille ! Au delà d'une démarche rigoureuse, centrée sur la résolution des séquelles post-traumatiques, la prise en compte de la réponse corporelle nous a paru familière, de par notre formation paramédicale et notre expérience de soignants. Par ailleurs, l'observation de la cohérence entre le discours et la réponse corporelle nous paraît être une clé essentielle pour répondre aux patients qui présentent des réactions corporelles involontaires et intempestives lorsqu'ils abordent certaines expériences de vie.
C'est Daniel Siegel (1999) qui a mis l'accent sur un concept majeur, nommé « fenêtre de tolérance » dans le monde francophone, dont la compréhension nous paraît si importante.

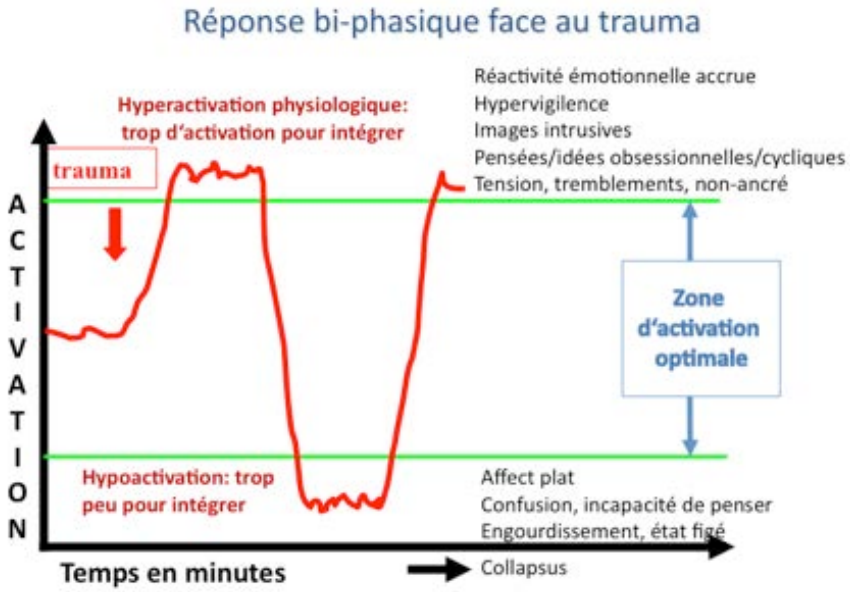
Figure 3.1. Schéma de l'activation physiologique (Siegel, 1999)



En mettant l'accent sur la réponse du système nerveux autonome, l'auteur définit la fenêtre de tolérance comme le bon équilibre physiologique, entre le système sympathique et le système parasympathique.

Lorsque nous nous trouvons dans la fenêtre de tolérance, physiologiquement parlant, il nous est possible de ressentir et de partager des émotions, nous sommes capables d'être en lien avec autrui, et notre cerveau est capable d'apprendre. Cela signifie qu'il est possible d'intégrer de nouvelles informations, des apprentissages, des souvenirs, qui viennent enrichir l'existant.
Au fur et à mesure nous nous retrouvons mieux armés pour réagir de manière adaptative dans l'environnement qui nous entoure, nos réactions envers autrui semblent adéquates.
Plus notre fenêtre de tolérance est grande, plus nous sommes en mesure de ressentir des émotions fortes, sans passer par des réactions de survie pour autant. Lors d'une période de crise, si nous sommes en souffrance, nous pouvons imaginer que la fenêtre de tolérance se réduit, diminuant ainsi considérablement nos capacités d'être en lien, de faire face à des stimuli émotionnels. Nos capacités d'apprentissage et d'intégration sont freinées au profit de réactions que nous appellerons réactions de survie.
Lorsque se produit un événement potentiellement traumatique, dans un moment de danger, voire de danger de mort, notre physiologie est dotée d'un système de survie particulièrement efficace, pour nous maintenir en vie. C'est ce que nous appelons les réactions de survie. Elles sont involontaires, immédiates et automatiques. Se fondant sur la psychologie de la conduite de Pierre Janet (1904 ; 1911), Ogden et Minton (2000) ont étendu ce schéma de Siegel à la réponse bi-phasique face au traumatisme.

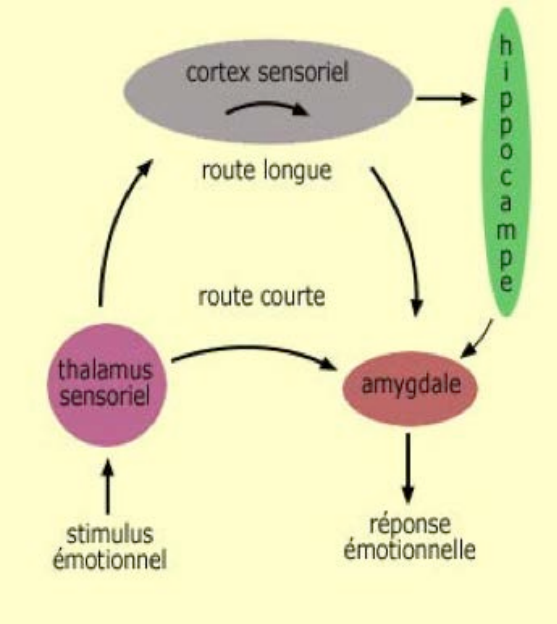
Figure 3.2. Schéma d'activation physiologique lors de l'avènement d'un trauma (Ogden & Minton, 2000)



Lorsqu'un événement potentiellement traumatique se produit, l'activation du système sympathique produit une réponse de sidération évaluative, qui rapidement se mue en un réflexe de fuite ou de lutte. La sortie de la fenêtre de tolérance par le haut signifie que nous ne sommes plus en mesure de penser. Les lobes préfrontaux de notre cerveau sont déconnectés, ce qui signifie que nous ne sommes pas en mesure de ressentir consciemment des émotions, ni d'évaluer notre expérience, ni de nous projeter dans l'avenir (Grawe, 2004). Ces processus sont trop coûteux en temps et mal adaptés à l'urgence de la situation.
En effet, lorsque le système sympathique prend le dessus, c'est que notre corps a détecté du danger. Joseph Le Doux (1994) a proposé une compréhension schématique tout à fait

intéressante, qui nous sert tant dans l'enseignement, qu'en psychopédagogie auprès de nos patients.

Figure 3.3. Schéma du cheminement cérébral de l'information de Le Doux



Lorsque le cerveau reçoit un stimulus provenant des organes des sens par le biais du thalamus sensoriel, cette information est relayée par deux voies : l'une passant par l'amygdale, censée détecter un éventuel danger, l'autre passant par la voie corticale permettant l'intégration. Si l'amygdale détecte un danger, la réponse physiologique va être très rapide. L'activation du système sympathique entraîne une augmentation du pouls, de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire. Nos muscles squelettiques se tendent et se préparent à l'action. Nous avons la bouche sèche, la sudation augmente, nos pupilles se dilatent. La glycémie augmente, et sur le plan hormonal, nos surrénales sécrètent de l'adrénaline et du cortisol. Les programmes long terme de notre corps, comme la digestion ou l'immunité, sont inhibés. En bref, le corps se prépare pour réagir adéquatement au danger, de façon à nous maintenir en vie. Etant donné la prédominance de l'amygdale et l'activation du système limbique, la voie longue va être inhibée, de même que la pensée. Lorsque nous sommes en danger, notre corps réagit et cette réponse est involontaire et non suppressible. Si le danger cesse, nous pouvons revenir dans notre fenêtre de tolérance en nous calmant, rechercher le contact avec autrui, ne fût-ce que pour dire que nous avons eu peur, nous enquérir de l'autre, en bref, nous redevenons grégaires.

Si le danger perdure, doublé d'une impossibilité de fuir ou de lutter, alors notre corps produit une réponse de sidération gelée, qui a pour but de nous rendre invisibles aux yeux du prédateur. Cette immobilisation est selon Schore (2003) particulièrement neurotoxique pour les êtres en développement. Le fait que le danger perdure amène tôt ou tard notre corps à déceler un danger de mort, ce qui se traduit, physiologiquement parlant, par une sous-activation, c'est à dire, une chute de la tension artérielle, ainsi que des pulsations cardiaques, une respiration très superficielle, non perceptible par l'autre, une forte baisse du tonus musculaire, pouvant amener une chute, le but du corps étant, dans un premier temps, de faire le mort, toujours pour échapper au prédateur, dans un deuxième temps, de se préparer à mourir. Porges (2001) situe la sous-activation physiologique dans la stimulation de la branche dorsale du nerf Vague, la branche ventrale servant chez les mammifères à revenir et se

maintenir dans la fenêtre de tolérance. Lorsqu'une personne est en sous-activation, les perceptions peuvent être amoindries, p.ex. entendre les autres comme s'ils étaient loin, ou l'impression de voir comme à travers un brouillard, une sensation générale d'être « dans le coton » pour décrire la distanciation relationnelle qui s'installe avec les personnes dans l'environnement immédiat, une insensibilité à la douleur, des mouvements automatiques. Comme l'a montré Lanius et ses collègues (2003), l'activation cérébrale est très faible.
Ces réactions de survie, héritées depuis la phylogénèse ne sont pas soumises au contrôle de la volonté, c'est à dire elles sont involontaires et irrépressibles. Un patient traumatisé, ayant nombre de réseaux traumatiques contenant une charge affective importante, peut ressortir de la fenêtre de tolérance lorsque ceux-ci sont touchés ou déclenchés, et ce d'autant plus si la fenêtre de tolérance est réduite. Un patient passant en hyperactivation physiologique va devenir hypervigilent, il aura du mal à trouver ses mots, à diriger ses pensées, celles-ci pouvant facilement devenir cycliques et obsédantes. Il aura des images intrusives, des cauchemars, une sensibilité accrue par rapport à des éléments habituellement neutres, p.ex. : le bruit de l'horloge, un espace derrière soi, un coussin ou une peluche, dont nous supposons qu'il s'agit d'informations inscrites dans le réseau neuronal traumatique, et que l'amygdale détecte comme une source de danger. Ce patient pourra ressentir le besoin de partir de manière imminente, voir passer à l'acte, ou devenir agressif verbalement. S'il passe en sous-activation, il aura l'air absent, se sentira engourdi, ne trouvera toujours pas ses mots, ne ressentira pas d'émotion, éventuellement des sensations physiques. Son temps de réaction face aux questions du thérapeute augmentera et cet état ne s'améliorera pas spontanément.
Il va sans dire que face à un patient qui sort de sa fenêtre de tolérance, cela ne sert à rien de vouloir continuer une conversation thérapeutique, aussi sensée soit-elle, le patient n'en percevra rien, et risque même n'en garder aucun souvenir. La seule mémoire qui restera de ce moment, sera l'inscription dans le corps d'un danger, voire d'un danger de mort. Le thérapeute est donc sommé de « faire quelque chose d'autre que parler » pour maintenir la personne dans sa fenêtre de tolérance.
Nous avons l'habitude de dire à nos étudiants, que si le patient sort de sa fenêtre de tolérance et que le thérapeute ne réagit pas, cela va lui coûter la confiance que le patient peut lui faire. Ce sera une perte pour le patient, qui sera seul une fois de plus, un échec pour le thérapeute, et avant tout une blessure de la relation thérapeutique. Le rôle du thérapeute va être d'assurer au patient de bonnes conditions de travail et une relation soutenante, de façon à maintenir ce dernier dans sa fenêtre de tolérance.

Lorsque Francine Shapiro, en 1987, a découvert l'effet apaisant des mouvements oculaires de manière fortuite, elle s'est posée une question, qui à notre sens, est centrée compétences : « comment ai-je fait cela ? » (Shapiro, 1995). A partir de l'observation d'un effet soulageant, elle ne s'est pas intéressée à ce qui faisait problème, elle s'est plutôt saisi d'une information, au sens batesonien du terme, c'est à dire « une différence qui a fait une différence » (Bateson, 1972) et s'est engouffrée dans une recherche et la construction d'une méthodologie qui aujourd'hui est reconnue comme un traitement de choix du psychotraumatisme par de nombreux auteurs (Chambless et al., 1998 ; Chemtob et al., 2000 ; Foa et al., 2000 ; 2009 ; Bleich et al., 2002 ; Sjöblom & al., 2003) et instances (United Kingdom Department of Health, 2001 ; Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, 2003 ; Dutch National Steering Comittee Guidelines of Mental Health Care, 2003 ; INSERM, 2004 ; American Psychiatric Association, 2004 ; Departments of Veterans Affairs and of Defence, 2004 ; National Institute for Clinical Excellence, 2005 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2013) (pour une revue complète, voir Tarquinio et Tarquinio, 2015).

3.1. La rigueur d'un protocole en huit phases

La thérapie EMDR est enseignée au sein d'un cadre de formation rigoureux, comprenant sept journées de formation sur deux temps et vingt heures de supervision technique et clinique, dans le but de garantir la mise en œuvre correcte et rigoureuse d'une démarche appelée « protocole EMDR standard ». Il s'agit d'un protocole extrêmement structuré, dont la recherche a montré, que la thérapie EMDR est d'autant plus efficace et supérieure aux autres thérapies analysées, que l'étude examinée a été menée de manière rigoureuse, incluant également la mise en œuvre correcte du protocole EMDR standard (voir méta-analyse de Maxfield et Hyer, 2002).

L'article suivant vise à décrire la démarche EMDR, sa découverte, son développement, ses applications et la structure du protocole en huit phases, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui. Nous décrirons également le ciblage proposé par Francine Shapiro, à savoir l'importance de d'abord travailler sur l'événement à l'origine d'une problématique amenée par le patient. Ce procédé, extrêmement efficace, promet de s'affranchir d'un souvenir traumatique en une à trois séances de thérapie. Il est donc évident, que lorsqu'il y a un trauma simple, c'est à dire un seul événement traumatique, c'est la mise en œuvre du protocole EMDR tel que nous le décrivons ici qui est la méthode de choix, car la plus efficace et la plus rapide.

Au sein de cet article nous illustrons notre travail par le cas de Nina et Thierry, un cheminement thérapeutique qui s'est fait à l'interaction entre la thérapie systémique et l'EMDR, avec une demande portant sur le lien conjugal d'abord, où l'EMDR n'a pu être mis en œuvre de manière limitée. La demande ultérieure a porté sur la dimension traumatique proprement dite, où néanmoins la dimension du lien à la famille et les ressources du lien conjugal ne peuvent pas être escamotés.
Il s'agit d'un cas clinique tel que nous le rencontrons souvent dans notre pratique clinique : un trauma complexe, où la dimension traumatique n'est ni simple, ni abordable directement. Néanmoins, l'utilisation de l'EMDR s'est avérée efficace, pourvu que nous respections le niveau de relation thérapeutique et les choix du patient. Sur ce plan, Nina a confirmé les enseignements de l'approche centrée compétences.

L'EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – au service de la thérapie systémique

Hélène Dellucci[1] & Cyril Tarquinio[2]

Résumé

Lorsqu'il y a présence de traumatismes, la thérapie par la parole uniquement ne suffit pas. Dans ce cas, il est nécessaire de prendre en compte la physiologie et l'attention portée sur le corps, pour les inclure dans le processus thérapeutique. L'EMDR permet non seulement de gagner en efficacité auprès des personnes directement touchées, mais se révèle également utile pour assainir la dimension relationnelle. Reconnue efficace pour s'affranchir de traumatismes et bien au-delà, cette approche se structure aujourd'hui à travers un protocole précis qui trouve une application utile à de nombreuses problématiques.

Cet article a pour but de faire connaissance avec la thérapie EMDR, et un cas clinique viendra illustrer son application dans le cadre d'une thérapie de couple. Il se clôturera par une réflexion sur la manière d'intégrer la thérapie EMDR dans une approche psychothérapeutique systémique et centrée compétences.

Abstract: EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – at the service of systemic therapy

When there is trauma, talking therapy only is not sufficient. In this case it is necessary to focus on physiology and body reactions, in order to include them in the therapy process. EMDR is recognized not only as an efficient therapy for helping people suffering from PTSD, but also in order to restore the attachment dimension. Today EMDR appears as a well structured and precise protocol which can be used for different kinds of trauma and even more.

1 Psychologue, thérapeute familiale, praticienne et superviseur EMDR Europe. Unité de recherche APEMAC UE 4360, Approches Psychologiques et Epidémiologiques des Maladies Chroniques, Equipe Psychologie de la Santé, Université de Lorraine, Centre Pierre Janet.

2 Professeur des Universités, Unité de recherche APEMAC UE 4360, Approches Psychologiques et Epidémiologiques des Maladies Chroniques, Equipe Psychologie de la Santé, Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, praticien et superviseur EMDR Europe.

DOI: 10.3917/ctf.055.0059

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

This paper aims to present EMDR therapy, and a clinical case will illustrate its use in a couple therapy setting. How EMDR can be integrated in a systemic and solution focused psychotherapy will be discussed.

Mots-clés

EMDR – Thérapie de couple – ESPT – Trauma complexe.

Keywords

EMDR – Couple therapy – PTSD – Complex Trauma.

Introduction

En tant que thérapeute familial ou individuel, systémique, centré compétences, ou utilisant une approche stratégique, nous avons appris à conjuguer les processus de communication, à agir sur les sous-groupes, à observer les règles familiales, la fonctionnalité de frontières saines, à mesurer et expliciter les loyautés à l'œuvre, à entendre des dimensions non dites. Néanmoins, il arrive régulièrement de nous trouver démunis par rapport à l'émergence d'émotions débordantes, de voir des blocages qui persistent malgré la compréhension de tous et des avancées certaines. Même si les personnes ont regagné un accès à leurs ressources, il se peut que celles-ci fassent soudain défaut lors de l'évocation de certains événements du passé. Le corps agit alors comme si le temps n'avait évolué, montrant une souffrance toujours présente, pour laquelle les personnes ne trouvent pas d'explication, sauf à s'auto-disqualifier ou à agresser l'autre.

Nous avons ajouté à notre travail de thérapeutes systémiques une dimension psychotraumatologique par le biais de la thérapie EMDR, ce qui s'est avéré extrêmement efficace. Même si dans un premier temps la centration sur la dimension traumatique et notamment du passé est entrée en conflit avec notre travail orienté avant tout sur les ressources et le futur, l'intégration des deux approches vers une psychotraumatologie centrée compétences a été fructueuse (Dellucci, 2014).

De la découverte des mouvements oculaires à l'EMDR

En mai 1987, Francine Shapiro, marchant dans un parc, en proie à des pensées négatives avec les émotions associées, a fait l'observation suivante : « J'ai remarqué que certaines pensées perturbantes avaient soudainement disparu. J'ai noté également que lorsque je ramenais ces pensées à la

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

conscience, elles avaient perdu de leur force de persuasion et des émotions l'accompagnant, (…) et ce sans aucun effort conscient. Fascinée, j'ai commencé à porter attention à la manière dont cela se déroulait et j'ai remarqué que j'avais spontanément bougé mes yeux, horizontalement et en diagonale, le long du chemin. (…) En pensant alors délibérément à différentes pensées perturbantes, des souvenirs difficiles, et en bougeant les yeux, je me suis rendue compte que ces pensées disparaissaient également et que les souvenirs perdaient de leur charge émotionnelle. » (Shapiro, 1995).

Cela a été le point de départ pour Francine Shapiro, en doctorat de psychologie, de faire un travail de recherche avec près de 70 personnes pour créer un protocole qui pourrait être utilisé dans la recherche sur la diminution de l'anxiété. Elle a appelé ce protocole « Désensibilisation par le mouvement des yeux » (Eye Movement Desensitization – EMD) dont le but premier était de diminuer l'anxiété.

Francine Shapiro a publié une première étude en 1989, montrant sur un groupe de vétérans souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT), une nette diminution de l'anxiété, après une intervention EMD, comparé à une liste d'attente, sans traitement. Cette étude inaugurale a cependant subi un biais lorsque l'auteur, voyant la persistance de la souffrance des participants du groupe contrôle par rapport à sa nette diminution dans le groupe expérimental, a décidé d'appliquer le traitement aussi au second groupe. De nombreuses recherches, répondant aux critères de rigueur scientifique ont répliqué ces résultats par la suite (Wilson *et al.,* 1995 ; Wilson *et al.*, 1996), jusqu'aux méta-analyses, qui reconnaissent aujourd'hui l'efficacité de l'EMDR (Bisson & Andrew, 2007 ; Van Etten & Taylor, 1998) parmi d'autres approches, même si l'EMDR se distingue à efficacité égale avec les thérapies cognitivo-comportementales, en demandant moins de travail entre les séances (Bradley *et al.,* 2005 ; Davidson & Parker, 2001).

Rapidement, Francine Shapiro a modifié son protocole en Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR (Shapiro, 1999), - Désensibilisation et Réintégration Neuro-émotionnelle par le mouvement des yeux - (Servan-Schreiber, 2003), se rendant compte après l'évaluation de centaines de cas cliniques, que : « si la procédure était effectuée correctement, il y avait simultanément une désensibilisation et une restructuration cognitive des souvenirs traités, et du sens donné à l'expérience » (Shapiro, 1995). Ce changement important a amené ainsi à la construction d'une approche à part entière, passant de la réduction de l'anxiété à un traitement complet de l'ESPT.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

L'EMDR aujourd'hui

C'est au début des années 90, que bien que sujette à de nombreuses controverses, la psychothérapie EMDR s'est beaucoup développée. Le soutien de Joseph Wolpe (Wolpe & Abrams, 1991), initiateur de la désensibilisation systématique[3], et la publication de plusieurs études présentant des conclusions positives (Marquis, 1991) indiquaient alors clairement que la psychothérapie EMDR était une forme prometteuse de psychothérapie. Grâce à l'accroissement des données empiriques, les formations à la psychothérapie EMDR vont peu à peu se structurer et se développer partout aux États-Unis, en Europe, en Australie, en Amérique Centrale et Amérique du Sud. Depuis 20 ans maintenant, la psychothérapie EMDR est reconnue par de nombreux services nationaux de santé mentale, ainsi que par les organisations professionnelles comme un traitement efficace dans la prise en charge des traumatismes.

Notons encore que très récemment en 2013, l'OMS a envisagé la psychothérapie EMDR, tout comme les TCC comme des psychothérapies à préconiser dans le cadre d'une prise en charge des conséquences d'événements de nature psychotraumatique.

À ce jour, la méthodologie EMDR a été étendue à un nombre important de problématiques, comme la prise en charge des phobies (de Jongh *et al.,* 1999 ; Lohr *et al.,* 1996), du trouble panique (Feske & Goldstein, 1997), du trouble anxieux généralisé (Gauvreau & Bouchard, 2008), de la dépression (Hofmann *et al.,* 2014), des addictions (Hase *et al.,* 2008), des troubles obsessionnels compulsifs (Böhm & Voderholzer, 2010), du deuil bloqué par le traumatisme (Tarquinio *et al.,* 2009), des douleurs chroniques

3 Technique développée par Wolpe, notamment utilisée dans le cadre de stratégies de résolution de l'anxiété, du trac, etc. La première étape est l'apprentissage par le patient d'une technique de relaxation (Shultz, Jacobson, sophrologie etc.), la deuxième étape consiste pour le patient à réaliser une hiérarchisation des situations problèmes à régler, par exemple la peur de paraître en public, cette hiérarchie se fait selon le degré d'anxiété du patient. Ensuite, le patient va imaginer étape après étape l'objet de sa crainte, alors qu'il est dans un état de relaxation. Le thérapeute va en général associer des techniques cognitives à ce travail. Dans un second temps, le patient, en présence ou non du thérapeute, pourra aborder (toujours en respectant la progressivité de l'exposition) la situation problème dans sa réalité. Il est important que le patient, à chaque étape, ait obtenu une bonne maîtrise de son anxiété avant de passer à un degré supérieur de la hiérarchie. Il s'agit là de l'application de l'inhibition réciproque, le fait d'être relaxé, détendu, en maîtrise de la situation inhibe les réactions d'anxiété.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

(Brennstuhl, 2013 ; Grant & Threlfo, 2002), notamment les douleurs du membre fantôme (Schneider *et al.,* 2008), du sein fantôme (Brennstuhl *et al.,* 2015), des migraines (Marcus, 2008) et en cas de dysfonctionnements sexuels (Tarquinio *et al.,* 2012a).

L'EMDR semble également être une approche efficace chez les personnes qui ont des troubles cognitifs légers (Mevissen *et al.,* 2011), voire graves (Mevissen *et al.,* 2012). L'EMDR est même utilisé avec succès chez des patients psychotiques (de Bont *et al.,* 2013), chez les victimes de torture (de Fouchier, 2013), voire même si des troubles traumatiques ont été transmis sur le plan transgénérationnel (Dellucci, 2009a).

Un ouvrage collectif (Shapiro *et al.,* 2007/2012) récemment traduit en français est particulièrement dédié à l'interaction entre EMDR et thérapie familiale.

L'EMDR est une approche également particulièrement efficace chez les enfants et les adolescents (Tinker & Wilson, 1999 ; Lovett, 1999 ; voir pour une revue Morris-Smith & Silvestre, 2015). Même les empreintes précoces, c'est-à-dire toute expérience traumatique avant l'âge de trois ans peut être retraitée efficacement avec l'EMDR (O'Shea, 2009 ; Dellucci, 2012).

EMDR et approche solutionniste

Toutes ces perspectives montrent à plus ou moins grande échelle l'efficacité de la thérapie EMDR ajoutée au traitement mis en œuvre en général. L'application réussie à des tableaux cliniques aussi divers ne surprend pas le systémicien, qui, ayant recours aux principes d'équifinalité et de causalité circulaire, comprend qu'un traumatisme peut apparaître sous des formes diverses. Nous postulons ainsi que si la dimension traumatique a pu être résolue, tout tableau clinique, aussi bien construit qu'il soit, perd de sa consistance (Tarquinio & Montel, 2014 ; Dellucci, 2014). Ainsi les personnes retrouvent un accès à leurs ressources et leurs capacités d'apprentissage pour mettre en œuvre des solutions adaptatives aux défis que la vie leur présente.

Le modèle de pensée qui guide le clinicien en EMDR est celui du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) (Salomon & Shapiro, 2008). Ce postulat se fonde sur les capacités naturelles d'autoguérison de l'organisme. Conformément à la métaphore d'une blessure légère, que le corps guérit sans mal pour ne laisser qu'une cicatrice, le psychisme aurait cette capacité de métaboliser les événements de la vie. Tant que la personne se

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

trouve suffisamment en sécurité, que les conditions de l'environnement sont suffisamment bonnes pour ne pas avoir à déclencher des réactions de survie, le psychisme assimilerait ainsi les expériences du quotidien, pour en faire des apprentissages utiles. Tout comme une blessure qui, si elle est trop importante, ne guérit pas spontanément et mène à des complications ou laisse un dysfonctionnement, cette analogie se poursuit sur le plan psychique : si un événement dépasse les capacités d'intégration du psychisme, s'il est trop débordant sur le plan émotionnel et physiologique, pendant trop longtemps, alors le corps a recours à des réactions de survie, qui d'une part, empêchent cette métabolisation, d'autre part donnent lieu à des réactions non adaptatives, c'est-à-dire que la personne n'en ressort pas mieux armée pour le futur, mais au contraire blessée. Cette blessure se montre par une sensibilité exacerbée face à des éléments enregistrés le plus souvent de manière implicite (p.ex. un mot, une date, un claquement de porte), qui provoque une réaction corporelle irrépressible (p.ex. la fuite, la sidération), un évitement plus ou moins important, des pensées négatives (p.ex. je ne vaux rien, je ne peux rien faire), des reviviscences sous forme d'images, de sons, de cauchemars, de réactions corporelles (p.ex. le cœur qui s'emballe). Un état de stress post-traumatique peut provenir d'un événement unique (p. ex. un accident), mais nous savons aujourd'hui qu'il n'a pas été nécessaire de rencontrer le réel de la mort, pour qu'un réseau neuronal traumatique ne se forme. Des maltraitances répétées, des pertes importantes, un manque de protection sont autant de sources traumatiques qui, dans la plupart des cas, ne se résorbent pas spontanément. Une expérience vécue comme traumatique résiste au temps, c'est-à-dire que l'événement a beau dater de plusieurs années, voire de décennies, la réaction face au déclencheur met le corps et le psychisme de la personne dans un état comme s'il se passait au présent. Francine Shapiro ose le postulat de dire que tout symptôme provient d'un réseau de mémoire avec des informations stockées de manière dysfonctionnelle. L'EMDR se fonde donc sur l'hypothèse que tout dysfonctionnement psychologique ou psychosomatique qui provient d'expériences de vie peut être traité en abordant la mémoire à l'origine de cette expérience et les réseaux de mémoire associés, même si ces derniers ont émergé plus tard dans la vie (Shapiro, 1995).

Devant la primauté de la réaction sous-corticale n'impliquant ni la raison ni les conditions d'un attachement sécure, le questionnement quant à la fonction d'un symptôme, comme nous en avons l'habitude dans la pensée systémique, devient secondaire. Le thérapeute s'étant doté de l'EMDR dans sa pratique va avoir tendance à d'abord proposer une désensibilisation de la

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

charge émotionnelle datant de l'époque et influençant de manière négative ce qui se passe actuellement, et favoriser la remise en route des capacités d'autoguérison, de façon à permettre des conditions optimales pour qu'un changement puisse se faire et perdurer.

Outre l'approche systémique, nous nous exprimerons ici à partir d'une perspective centrée solutions (De Shazer, 1982, 1985, 1988 ; Isebaert & Cabié, 1997 ; Isebaert *et al.,* sous presse), qui d'un point de vue scientifique est validé également (Kim, 2008 ; Stams *et al.*, 2006 ; Corcoran & Pillai, 2007 ; Gingerich & Eisengart, 2000). Les approches solutionnistes centrent l'attention sur l'importance d'une perspective du futur, sur l'espoir, et combien il incombe au professionnel de mettre les personnes en lien avec leur propre expertise.

À première vue, les deux approches, l'EMDR et la thérapie centrée solutions paraissent contradictoires. La posture du thérapeute solutionniste "qui ne sait pas", semble être en contradiction avec la posture du thérapeute EMDR "qui sait tout", qui voit le mieux quand la personne est prête pour le travail sur le traumatisme, qui sait quel trauma doit être traité d'abord, et qui, si ça ne marche pas, est plus enclin à rechercher le protocole adéquat plutôt que de poser la question à la personne en thérapie.

Dans notre pratique thérapeutique avec les personnes les plus sévèrement traumatisées, nous avons appris que la combinaison d'une attitude et des outils solutionnistes et les mécanismes à l'oeuvre dans l'EMDR produisent les meilleurs résultats. Nous aimerions pouvoir présenter des résultats de recherche de façon à valider notre expérience clinique, mais à ce jour nous ne pouvons proposer que des observations.

Le protocole EMDR

L'approche EMDR classique est un procédé qui se décline en 8 phases :

1) Le recueil de l'histoire du patient et la planification du traitement.
2) La stabilisation et la préparation au travail sur le traumatisme.
3) L'évaluation du réseau traumatique abordé.
4) La désensibilisation de l'événement choisi.
5) L'installation d'une croyance positive à propos de soi.
6) Le scanner du corps.
7) La clôture de séance.
8) La réévaluation à la prochaine séance.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Les phases 1, 7 et 8 sont communes à toute thérapie, en principe. La phase 2 concernant la stabilisation est la pierre angulaire d'une thérapie psychotraumatologique réussie. Les phases 3 à 6 sont très spécifiques au protocole EMDR standard.

Phase 1 : Le recueil de l'histoire de la personne et la planification du traitement

La plupart du temps, en EMDR comme en psychotraumatologie générale, il s'agit d'obtenir une histoire aussi détaillée que possible, ainsi que des informations sur la vie actuelle du patient, de façon à ce que le thérapeute puisse estimer l'état de stabilité de la personne, son fonctionnement, d'éventuelles défenses, ses souhaits et ses objectifs. Cette conceptualisation vise à mettre à jour, pour un problème donné, un ensemble de déclencheurs du quotidien, une croyance négative à propos de ce problème, et les situations du passé en lien avec celui-ci, jusqu'au souvenir source, c'est-à-dire le premier événement que l'on pense être à l'origine de ce dysfonctionnement. Ce plan de ciblage se termine par un scénario du futur, où le thérapeute échafaude avec la personne une situation future concrète où le problème aura disparu, et où des comportements plus adaptés peuvent avoir lieu.

L'approche centrée compétences nous invite à nous intéresser aux ressources de la personne et d'explorer, explicitement et implicitement, ses capacités de survie, de résistance. Comment cet individu singulier a-t-il été capable de rebondir après un événement donné ? Comment a-t-il pu grandir malgré tout ce qui s'est passé, aller à l'école, réussir à apprendre un métier, avoir le courage de fonder une famille, de se mettre en couple, de faire ce à quoi il a abouti aujourd'hui ? Comment réussit-il à faire face à la vie de tous les jours, de façon à ce que les choses ne soient pas pires que ce qu'elles sont ? Comment une personne, restée pendant des années dans une relation d'emprise, une situation de violences, a-t-elle fait pour résister ?

Il n'est pas question d'explorer des détails traumatiques dans un premier temps, car ceci impliquerait deux choses que nous souhaitons éviter : tout d'abord ce réseau neuronal traumatique serait activé, avec un risque que tout ce qu'il contient par ailleurs le soit aussi. La déstabilisation qui s'ensuivrait irait à l'encontre d'une relation thérapeutique soutenante. D'autre part, en s'intéressant trop tôt aux détails traumatiques, il se pourrait que le thérapeute laisse croire, sans le vouloir, que la seule chose qui l'intéresse vraiment, ce sont les détails sordides de ces expériences hors du commun.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Alors que ce qui nous intéresse vraiment, ce sont les capacités de guérison, comment la personne peut faire face, ses dimensions d'apprentissage.

Quels que soient les symptômes présentés, nous partons du principe que les personnes ont mis en œuvre ce qu'elles ont trouvé de moins pire pour faire face à ce qui leur est arrivé. Un deuxième axe à ne pas négliger est d'explorer comment les personnes se débrouillent au quotidien, leur sommeil, leur hygiène de vie, ce qui leur permet de se reposer, ce qui les anime. Comment font-elles pour arriver à faire ce qui est le plus "banal" comme prendre une douche le matin, aller au travail, faire des courses. Plutôt que de se dévaloriser par rapport à tout ce qu'elles n'arrivent pas à faire, cette exploration, avec un thérapeute qui prend soin d'expliciter en détail ce qui marche au quotidien, permet à ces personnes de comprendre que ce qu'elles arrivent à faire déjà n'est pas banal du tout. Cela leur permet de recevoir toute la reconnaissance qui leur fait défaut pour tous leurs efforts déjà mis en œuvre, avec l'espoir de construire, à petits pas, une conscience pour la résilience déjà acquise. Le modèle de Bruges (Isebaert & Cabié, 1997) pose comme première question celle de savoir si les personnes ont une demande d'aide travaillable. Nous postulons en Psychotraumatologie Centrée Compétences (Dellucci, 2014) qu'il s'agit ici d'une question de sécurité. Si la personne se sent suffisamment en sécurité dans l'ici et maintenant, avec les perspectives qu'offre l'EMDR, alors une demande d'aide émergera.

Phase 2 : La stabilisation et la préparation à l'EMDR

Un consensus largement partagé par de nombreux experts en psychotraumatologie (Cloître *et al.,* 2012) est de prescrire, avant de travailler directement sur les traumatismes, une phase de stabilisation. Son but est de permettre à la relation thérapeutique de se construire de manière sécure, d'apprendre à la personne à s'apaiser efficacement, à mieux maîtriser les émergences liées au traumatisme et d'en connaître un peu plus sur la thérapie afin de rendre cette dernière prédictible.

Ici aussi, l'approche centrée compétences, guidée par la posture d'un thérapeute, uniquement expert en thérapie en général, qui ne sait pas a priori ce qui va être utile pour le patient, expert de sa vie dans son contexte, est primordiale. Un thérapeute en position haute, même si c'est pour convaincre les personnes qu'elles ont des ressources, risque de réduire ces dernières, soit à se comporter conformément à ce qui leur est appris, soit à faire l'expérience qu'elles ne sont pas faites pour ce type de thérapie. Cette dernière

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

remarque fait partie de celles que nous entendons souvent de la part de personnes souffrant de traumatisations complexes et chroniques.

Il est à notre sens important que le thérapeute, avant d'apprendre quoi que ce soit à la personne, la questionne sur "ce qui marche encore les jours où ça ne va vraiment pas ?" Cette question, inspirée d'Yvonne Dolan (1991), tout en ne refusant pas de parler des problèmes pour lesquels les personnes viennent consulter, permet de mettre à jour leurs stratégies particulières pour ne pas sombrer complètement, et de recadrer celles-ci comme autant de tentatives de maîtriser l'émergence émotionnelle, souvent intempestive.

Au fur et à mesure d'une stabilisation réussie, la vie quotidienne s'améliore, les personnes sont davantage capables d'effectuer les tâches qui leur incombent, elles arrivent à s'apaiser efficacement, et sont en mesure de parler de ce qui leur est arrivé, sans être submergées. La deuxième question du modèle de Bruges (Isebaert & Cabié, 1997) est celle de savoir si les personnes se mettent au travail. Cela est une étape nécessaire, pour pouvoir se confronter aux expériences traumatiques. Nous postulons que la motivation de se mettre au travail se mesure à la qualité de la relation d'attachement avec le thérapeute (Dellucci, 2014). Si elle est suffisante, les personnes utilisent des exercices de stabilisation entre les séances et sont partantes pour se confronter aux expériences traumatiques.

Il est évident qu'aucun travail de désensibilisation sur des souvenirs du passé ne pourra se faire si la personne est en crise, si elle vit dans un environnement où elle n'est pas en sécurité, ou s'il existe une motivation quelconque à ne pas s'affranchir des événements visés, comme une démarche judiciaire, une recherche de reconnaissance du statut de victime. Dans ces cas, nous continuerons le travail de stabilisation et de soutien.

Phase 3 : Évaluation du traumatisme

Après que les deux premières phases du protocole EMDR ont été réalisées avec succès, si la personne en thérapie est d'accord d'aborder les expériences difficiles, alors le travail sur le traumatisme proprement dit à travers les phases 3 à 6 peut commencer. Celles-ci sont spécifiques au travail de confrontation à travers le protocole EMDR. Ici le réseau traumatique est ciblé directement. La spécificité des questions en phase 3 est d'aller réveiller les réseaux de mémoire dysfonctionnellement stockés. La reconsolidation thérapeutique de ces souvenirs n'est possible que si elles ont été

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

activées au préalable dans un contexte qui permet leur association à des réseaux ressources. C'est la raison qui fait que le protocole EMDR cible l'expérience au cœur de la souffrance implicite, pour inviter la personne, par le biais des mouvements oculaires, à la traverser en accéléré, d'en évacuer l'émotion et les sensations désagréables qui sont stockées, pour permettre à ce réseau de se connecter aux ressources déjà existantes, et transformer ainsi une expérience bloquée en un apprentissage réussi.

Le thérapeute aura expliqué au patient, qu'il lui posera des questions qui vont raviver le souvenir. Puis, des séquences de mouvements oculaires vont être faites, au cours desquelles la personne va être invitée à laisser venir ce qui lui vient sans effort particulier et sans juger le contenu. Le patient est ainsi placé dans une posture d'observateur actif.

En phase 3, le thérapeute posera des questions précises sur l'événement ciblé, à savoir quel est encore aujourd'hui le moment le pire, quelle est l'image la plus perturbante ? À défaut d'image, il peut y avoir une autre entrée sensorielle comme un bruit, une odeur, une sensation physique. Ensuite, le thérapeute recherche avec la personne la croyance négative en lien avec cet événement.

En EMDR, nous définissons quatre registres de cognitions négatives. Cette croyance peut être du registre de la sécurité, p.ex. « je vais mourir », ou bien de celui de la culpabilité, p.ex. « j'aurais du faire quelque chose », ou encore du registre de l'estime de Soi, p.ex. « je ne vaux rien » ou finalement celui de l'absence de choix, p.ex. « je suis impuissant ». La bonne définition d'une cognition négative va permettre de définir une cognition positive, c'est-à-dire un objectif à atteindre. Il s'agit d'une conviction positive à propos de soi, p.ex. « je suis quelqu'un de bien », dont le lieu de contrôle est interne, p.ex. « je peux agir », qui est en lien avec le désir de changement de la personne et qui peut être généralisable à d'autres situations. Le plus souvent, lorsqu'il y a traumatisme, la croyance positive, même si elle peut être formulée, n'est pas crue par le patient. Ensuite l'émotion émergeante est définie, p.ex. la peur, la honte, la tristesse, ainsi que le niveau de perturbation ressentie actuellement, qui est mesuré sur une échelle à 10 points, inspirée de Wolpe (1969), entre 0 « aucune perturbation » et 10 « le plus haut niveau de perturbation imaginable ». À ce stade, la perturbation ressentie est généralement élevée. Il ne reste plus qu'à définir l'endroit dans le corps où cette perturbation est ressentie, pour ensuite passer à la phase de désensibilisation.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Une bonne activation du réseau neuronal traumatique permettra au cerveau d'en modifier la structure, pour n'en faire qu'une expérience d'apprentissage comme une autre.

Chez des personnes pour lesquelles nous pourrions craindre une réaction en chaîne, nous choisirons de travailler dans un premier temps sans les croyances. Étant donné la fonction organisatrice des cognitions, celles-ci peuvent augmenter la probabilité associative. Une fois que l'émotion la plus vive est évacuée, avec moins de risque de débordement, l'inclusion des cognitions nous paraît incontournable.

Phase 4 : La désensibilisation de la cible traumatique

La désensibilisation consiste à permettre à la personne, à l'aide des stimulations bilatérales alternées[4] (SBA) d'évacuer tout le matériel iconique lié au réseau traumatique (émotions, images, sensations diverses, réactions corporelles), à réguler l'activation physiologique et stimuler la connectivité cérébrale. Le matériel mnésique de l'époque du trauma, souvent stocké à l'identique n'est plus nécessaire pour intégrer l'expérience. Par la suite, la libre association chemine vers une connexion aux ressources, donnant lieu à des insight nouveaux, et à une vision de l'expérience plus adaptée.

Le thérapeute ne fait aucune interprétation. Il se contente de soutenir la personne dans son cheminement en se montrant présent, attentif, et en veillant à la maintenir dans de bonnes conditions physiologiques pour faire son travail. Ainsi, le patient va cheminer au long des canaux associatifs jusqu'à ce que l'évocation de l'expérience difficile ne suscite plus aucune perturbation. Cela ne signifie pas que l'expérience n'est plus négative, certes, mais la personne peut maintenant situer l'événement dans le passé, et son corps dans l'ici et maintenant est tranquille.

Techniquement, à la fin d'une chaîne associative, lorsque deux éléments positifs ou neutres émergent, il est demandé de ramener le patient à penser au souvenir traumatique initial. Sans être en désaccord avec cela, il

4 Malgré le fait que l'EMDR ait été découvert et nommé en faisant référence aux mouvements oculaires, et même si ceux-ci restent privilégiés dans cette approche, toute autre forme de stimulation bilatérale peut être utile : des stimulations tactiles, faites par la personne elle-même ou par le thérapeute, sur les genoux, les mains, les épaules, des stimulations auditives. Le plus important est qu'elles se fassent de manière alternée des deux côtés du corps, par opposition aux mouvements simultanés. Le terme générique utilisé est SBA (stimulations bilatérales alternées).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

nous arrive souvent de continuer les SBA pour laisser se faire les associations positives, tant que ce qui émerge se modifie. À notre avis, cela renforce le lien avec les ressources en cours de désensibilisation, avec l'espoir que cela diminue le temps passé sur des choses difficiles et voir ainsi le processus thérapeutique s'accélérer.

Dans notre expérience, nous avons remarqué que les personnes présentant des troubles dissociatifs ont tendance à sous-évaluer le niveau de perturbation, et se distancient de leur corps, par habitude le plus souvent, ce qui les amène à ne rien ressentir. Nous veillons dès lors à maintenir une attention prononcée sur ce qui se passe dans le corps, en demandant à la personne de localiser ce qu'elle ressent, tant pour les ressentis négatifs que positifs.

Un des ingrédients majeurs d'une désensibilisation réussie consiste en la capacité du patient à maintenir une attention double, c'est-à-dire d'être en lien avec le réseau contenant l'expérience passée, perturbante, et en même temps ne pas perdre la perspective de l'ici et maintenant sécurisé. Il revient au thérapeute de veiller et de guider ce processus de façon à maintenir de bonnes conditions de travail pour le patient et pour lui-même. Plus le thérapeute sera en capacité de bien évaluer l'état physiologique du patient, plus il sera en mesure d'agir et par ce biais constituer ce pôle sécure dans la relation.

Lorsque le dynamisme du retraitement ralentit, le processus associatif peut se bloquer. Nous demandons alors aux personnes de quoi elles auraient eu besoin à l'époque, et nous continuons à partir de la réponse fournie. Si cette intervention ne suffit pas, nous poursuivons avec la question : "et de quoi auriez-vous besoin aujourd'hui". Parfois cette pratique donne lieu à une installation de ressources (Korn & Leeds, 2002, Hofmann, 2008), ce qui nous distancie momentanément de la désensibilisation. Cela peut s'avérer utile, surtout pour les personnes qui manifestent un arrêt du processus de retraitement, soit en se retirant de la relation avec le thérapeute, ou en basculant dans de l'évitement s'ils n'arrivent pas à dire stop. Le signal stop, rappelons-le, permet au patient, à tout moment, d'arrêter le processus, et d'être ramené vers une pratique de stabilisation.

La désensibilisation est terminée lorsque sur l'échelle de perturbation, la personne peut indiquer zéro perturbation. Le travail thérapeutique continue alors avec la phase d'installation de la cognition positive.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Phase 5 : Installation de la cognition positive

Tout événement, aussi traumatique qu'il ait été, n'est rien d'autre qu'une expérience d'apprentissage non terminée. En installant une croyance positive après qu'un souvenir ait été retraité, nous invitons la personne à rendre explicite l'apprentissage précieux réalisé à travers ce travail.

Une fois que le souvenir est devenu neutre, qu'il ne provoque plus du tout de perturbation, la phase 5 consiste à installer la croyance positive, préalablement souhaitée mais non crédible, en lieu et place de la croyance négative. Cette dernière n'est plus valide, ni pertinente. Le thérapeute demande à la personne, si la croyance positive choisie en phase 3 est toujours pertinente par rapport à l'événement travaillé, ou s'il y a d'autres mots qui conviennent mieux à ce qui est ressenti comme plus approprié maintenant. C'est ici que la personne peut réajuster avec ses mots, une croyance qui résume ce qui a été appris. Les séries de stimulations bilatérales accompagnent ce travail jusqu'à ce que cette croyance positive soit ressentie comme complètement vraie. Au travers de ce travail, la personne peut se rappeler d'autres situations et ressources qui renforcent encore la consolidation adaptative du souvenir ainsi transformé.

Phase 6 : Le scanner du corps

Bessel van der Kolk (1994) indique que "c'est le corps qui donne le score". Il est utile, dès lors, à la fin du travail sur un traumatisme, de vérifier qu'il n'y ait plus aucune perturbation corporelle. Le thérapeute invite la personne à repenser au souvenir initial et à la croyance positive, et à scanner son corps avec sa conscience du haut vers le bas, et à indiquer ce qu'il remarque. Le patient peut ainsi vérifier avec son corps s'il reste une quelconque dissonance ou une sensation corporelle qui aurait pu être oubliée auparavant, et ce jusqu'à ce que son corps soit complètement tranquille et détendu.

Phase 7 : Clôture de la séance

En fin de séance thérapeutique, une procédure spécifique permet de terminer le travail dans de bonnes conditions et de rendre prédictible l'entre deux séances. Il est conseillé au thérapeute de réserver suffisamment de temps pour cette étape.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Le thérapeute félicite la personne pour le travail accompli, car pour y arriver, le patient a du s'investir pleinement et accepter de traverser des moments intenses. Ensuite il est invité à réfléchir à une synthèse du travail effectué : « Y a-t-il un mot ou une expression qui pourrait exprimer ce que vous avez gagné ou appris aujourd'hui ? » Cela peut être de l'ordre d'un apprentissage, p.ex. « J'ai appris que je peux dire non », ou d'un ajustement relationnel plus adapté, p.ex. « C'est moi la victime ». Elle peut aussi orienter vers une action qui devient tangible, p.ex. « Je vais pouvoir parler à mon père », ou encore donner une orientation plus globale, p.ex. « J'ai le droit et le devoir de prendre soin de moi ».

Le thérapeute explique à la personne que le cerveau peut continuer son activité de retraitement au-delà de la séance de travail. Ainsi peuvent émerger encore des images, des pensées, voire des émotions ou des sensations corporelles. La personne peut faire des rêves, ou même des cauchemars, cela est tout à fait normal. Il se peut aussi que rien ne vienne à la conscience, comme il est possible que la personne ait accès à des souvenirs oubliés. Le patient est invité à tenir un journal, ce qui lui permettra de noter brièvement ses observations, les changements qui seront discutés à la prochaine séance. Le thérapeute informe également la personne de sa disponibilité entre les séances, si nécessaire.

Dans notre travail clinique, nous avons remarqué que plus la personne avance dans sa thérapie, plus le travail de retraitement se fait facilement et gagne en rapidité. Ainsi, en début de retraitement, il est normal qu'un souvenir du passé nécessite plusieurs séances avant d'être neutralisé.

Nous insistons pour dire aux personnes que leur tâche sera de vivre le mieux possible entre les séances, d'observer ce qui se modifie, notamment leurs propres réactions et celles de leur entourage, et que revenir sur le travail effectué n'est pas forcément aidant. Pour davantage concrétiser cela, nous demandons aux personnes de formuler un micro-objectif, c'est-à-dire une petite chose qui ne soit pas coûteuse en énergie, qui irait dans le sens de ce qui est important pour eux, et que les personnes aimeraient voir se réaliser d'ici la prochaine séance.

Phase 8 : Réévaluation

À la séance suivante, une réévaluation vient explorer les changements depuis la dernière fois, et s'il y en a, comment la personne s'y est prise concrètement pour les réaliser.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Tous les trois mois, ou lors de périodes inter-séances allongées, nous proposons aux personnes de faire le point sur la totalité de leur travail. C'est l'occasion pour le thérapeute d'évaluer de ce qui a été abordé, et pour le patient de mesurer son avancée par rapport aux objectifs qu'il s'est donné en début de travail à l'aide d'une échelle de progression[5]. C'est par la prise de conscience de ses propres ressources que nous favorisons l'autonomie de la personne.

Vignette clinique : Nina et Thierry

Nina et Thierry, 26 et 27 ans, tous deux ingénieurs, font une demande de thérapie de couple, à la suite d'une relation extra-conjugale de Thierry avec une collègue de travail. Celle-ci, terminée récemment, a été brève. Néanmoins, la crise provoquée par ce dérapage et sa découverte a fortement ébranlé le couple. Tous deux sont d'accord sur le souhait de dépasser cette crise ensemble, ils n'ont pas de projet de séparation.

Au cours des premiers entretiens, Nina indique qu'elle souffre d'une blessure de trahison qu'elle qualifie d'inconsolable. Thierry se montre très coupable et indique avoir commis une faute impardonnable. Tous deux ont compris à quel point ils tiennent l'un à l'autre. Au delà de cette crise, Nina montre un ESPT[6] évident : son sommeil est perturbé par des cauchemars, elle a des flashback et des pensées intrusives pendant la journée, elle se montre par moments irascible, et décrit ne plus pouvoir sortir en ville, car elle a une crainte obsédante de rencontrer la collègue de Thierry « partout où je pourrais aller » dit-elle. Lorsque la thérapeute demande de préciser, Nina indique : « au travail, dans la rue, dans les transports en commun ».

Le couple a l'air d'être d'accord sur la définition de la relation concernant cette crise. Thierry est en position basse, se montre effacé et passif, Nina apparaît en position haute, prend souvent la parole. Le couple semble avoir de bonnes relations par ailleurs, ils évoquent avec fierté qu'ils partagent les tâches du ménage. Thierry montre de la sollicitude envers Nina, mais cela ne la console pas, ni ne calme ses symptômes.

---

5 Sur une échelle entre 1 (lorsque la thérapie a débuté) et 10 (lorsque la personne aura suffisamment avancé pour ne plus avoir besoin de venir en thérapie), où la personne se situe-t-elle aujourd'hui ? La réponse intuitive est toujours considérée juste. La personne est ensuite invitée à décrire ce qui, dans sa vie, correspond au chiffre choisi.

6 Etat de Stress Post-traumatique.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

La symptomatologie de l'ESPT pousse la thérapeute à proposer un travail en EMDR. Cette intervention, se pratiquant en individuel à l'époque, amène un cadre équilibré de cinq séances chacun, d'une part pour éviter une disqualification de la souffrance de Nina, ce qui lui permettra de se mettre au travail, d'autre part un espace d'individuation pour Thierry où il peut s'exprimer.

Les séances en EMDR de Nina lui permettent d'aborder la découverte de l'infidélité, les déclencheurs (rencontrer la collègue au travail, dans le bus, lorsque Nina se promène en ville), ainsi que la crainte que l'infidélité ne se reproduise.

Les séances individuelles avec Thierry font émerger une problématique d'intimité : leur couple, ensemble depuis huit ans, n'a pas encore vécu de relations sexuelles abouties à ce jour. Thierry semble se mettre une pression importante à vivre une chasteté que lui impose la souffrance de Nina, et n'entend pas le discours normalisant de la thérapeute. Par ailleurs, il évoque une tricotillomanie importante chez sa femme, qu'elle cache sous de grands bandeaux qui recouvrent la majeure partie de sa chevelure.

La thérapeute fait l'hypothèse d'un trauma complexe chez Nina, et propose d'aborder ces éléments en séance commune. Thierry est d'accord.

Une séance de couple à la suite du travail individuel parallèle permet de constater que l'anxiété de Nina a significativement baissé. Il n'y a plus de signes d'ESPT. Le couple est d'accord pour dire que leur objectif est atteint. La thérapeute évoque prudemment une souffrance sous-jacente, de part et d'autre, mais Nina éconduit toute velléité d'investigation en indiquant qu'elle n'a rien demandé à ce sujet. Thierry semble suivre sa femme en disant qu'ils vont mieux. Le couple décide d'arrêter la thérapie.

Huit ans plus tard, Nina, 34 ans, fait une demande individuelle, en avançant l'efficacité de l'EMDR lors de la première tranche de thérapie et sa confiance en la thérapeute. Compte tenu des éléments ayant émergé en fin de thérapie de couple, la thérapeute accepte cette demande individuelle et suit Nina dans le projet d'une thérapie EMDR avec des rencontres bimensuelles.

Les objectifs de Nina sont les suivants : 1) dépasser des séquelles d'attouchements de la part d'un cousin, vécus à l'âge de 6 ans, 2) pouvoir vivre une sexualité normale, non encore aboutie à ce jour, et 3) être soutenue dans une démarche de procréation médicalement assistée (PMA), vécue

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

difficilement. Du bout des lèvres, Nina indique avoir pris beaucoup de poids suite à une médication visant à contrôler une endométriose. Elle espère, à la suite de la thérapie, 4) arriver à mieux contrôler son poids. Nina se montre très motivée. Elle a un bon fonctionnement au quotidien.

Le recueil d'histoire montre un environnement immédiat stable et soutenant. Thierry et Nina s'entendent bien, sont heureux d'être ensemble, entourés d'amis. Quant à la famille d'origine, émergent des relations enchevêtrées et un attachement sur un mode anxieux-ambivalent. La famille, d'origine iranienne, a du fuir leur pays d'origine, ce qui a entraîné, parmi d'autres pertes, une déchéance professionnelle et sociale des parents. Aînée d'une fratrie de trois sœurs, Nina est parentalisée dans un soutien excessif envers ses parents : elle prend en charge leurs démarches administratives et pratiques et elle ne peut s'empêcher de téléphoner tous les jours à ses parents, malgré le fait que ces derniers se montrent très critiques à son égard. Nina rapporte aussi une grande différence de traitement entre elle et ses deux petites sœurs, dont l'une souffre d'épilepsie, l'autre de sclérose en plaque. A sa famille, elle cache sa maladie (endométriose) et la PMA. L'agression du cousin fait l'objet d'un déni dans la famille. La tricotillomanie chez Nina est toujours présente.

La thérapeute propose le plan de traitement suivant, que Nina accepte volontiers : commencer par les souvenirs d'attouchements, vécus à 6 ans, car ceux-ci sont supposés constituer le socle traumatique. Ensuite seront abordés les questions d'intimité, puis la PMA. En phase 2 la stabilisation se fait rapidement en installant un exercice de confinement, le contenant[7] et un exercice d'auto-apaisement, le lieu sûr. Cette première séance se termine sur une tâche d'écrire une lettre au cousin, comme s'il pouvait tout entendre, tout comprendre, même si dans la réalité, ce n'est pas vrai.

A la seconde séance, Nina se montre stable et motivée par son travail thérapeutique. La lettre est abordée avec des stimulations bilatérales à travers le protocole de la lettre (Dellucci, 2009b ; Dellucci, sous presse). Le processus de retraitement se déroule en douceur.

---

7 Ce procédé, développé en hypnothérapie par Kluft (1998), consiste à mettre toute mémoire traumatique du passé, tout contenu difficile du présent et toute peur éventuelle du futur dans un contenant imaginé concrètement. Cet exercice fait alliance avec la tendance à l'évitement de la personne, et permet de lui laisser la décision du moment d'exposition tout en lui donnant l'assurance que les choses évolueront à son rythme. Par ailleurs, cet outil va permettre un travail fractionné sur les mémoires du passé, si cela s'avère nécessaire.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

A la séance suivante, Nina rapporte avoir été perturbée après la séance, mais elle a réussi à se restabiliser avec le lieu sûr. Elle indique des « accès de paranoïa » étant donné une période anniversaire de l'infidélité de son mari 8 ans auparavant. Nina souhaite avancer par rapport à son cousin et le travail EMDR sur la lettre continue. En fin de séance, lors de la synthèse, Nina fait le lien entre son infertilité et l'agression sexuelle vécue dans son enfance, mais elle ne fait pas le lien entre son impossibilité d'avoir des relations sexuelles abouties et son infertilité. La thérapeute suspecte un processus dissociatif à l'œuvre, fait sans doute d'amnésie, en tout cas d'évitement. La consigne donnée à Nina est de parler du contenu de cette séance avec Thierry.

A la quatrième séance, Nina indique avoir été moins perturbée. Elle a pu parler de sa séance avec son mari, et entrevoit l'utilité de révéler les attouchements à sa famille, tout en indiquant qu'elle ne peut aborder le sujet avec ses parents, de peur de leur causer des soucis. La thérapeute saisit l'occasion pour aborder la notion de parentification. Emerge alors un épisode où, enfant, elle avait évoqué les faits d'attouchement à sa mère, qui avait réagi en culpabilisant Nina. Par la suite elle s'est tue. Nina comprend qu'elle a soutenu à sa façon ses parents souffrant des suites de l'immigration forcée et des difficultés familiales qui s'en sont suivies. Elle indique qu'aujourd'hui encore, elle n'a pas pu parler de son parcours du combattant sur le plan médical (endométriose, PMA), prenant sur elle, tout en s'épuisant à faire pour les parents ce que ces derniers ne se sentent pas en mesure d'assumer : elle organise le déménagement de la famille et assume une grande partie des travaux dans le nouvel appartement.

Deux semaines plus tard, Nina, épuisée après avoir déménagé ses parents, se plaint du fait que ces derniers, très en demande d'aide, sont difficiles à satisfaire. Par ailleurs, elle décrit son appréhension devant un examen médical à venir. La thérapeute lui propose un travail en EMDR sur cette appréhension, ce que Nina accepte. Le travail sur la relation avec le cousin est mis entre parenthèses, c'est-à-dire dans le contenant. L'appréhension est complètement retraitée par un protocole EMDR standard. En fin de séance, la thérapeute lui enseigne des outils de stabilisation supplémentaires (la cohérence cardiaque, les auto-stimulations bilatérales) qu'elle pourra faire pendant l'examen, ce qui la sécurise. Lors de la synthèse, Nina exprime qu'elle commence à ne plus être d'accord pour assumer son rôle dans la parentification.

A la sixième séance, Nina rapporte que son examen médical s'est bien passé. Elle a pu rester sereine. Elle souhaite travailler en EMDR pour

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

préparer une FIV à venir car elle craint un mauvais réveil après l'anesthésie. A cette occasion, Nina évoque le souvenir d'un examen difficile dans le passé, où il y a eu un accident d'anesthésie. Ce dernier est abordé avec un protocole EMDR standard complet.

Lors de la séance suivante, Nina indique que la FIV est ratée, et qu'il y a eu un nouvel incident d'anesthésie. Son médecin, inquiet, hésite à programmer les FIV suivantes. A cette séance, Nina se plaint d'être sollicitée par ses parents, auxquels elle donne l'information qu'elle est malade. Ses parents ne se montrent pas soutenants. Nina n'a jamais pu évoquer les démarches de PMA avec sa famille. La thérapeute fait un débriefing des derniers événements, avec la centration sur les besoins de Nina qui arrive à la synthèse suivante : « Il faut que je m'occupe de moi maintenant. Il faudrait que je me fasse passer avant mes parents, et les voir un peu moins. »

Nina et Thierry ont le projet de partir en vacances, une activité particulièrement ressourçante.

La huitième séance est consacrée à discuter des relations familiales. Nina apparaît reposée après avoir pris des vacances. Elle indique avoir pris de la distance par rapport à sa famille, même si cela l'amène à se culpabiliser. Nina se rend compte qu'une de ses sœurs tient à elle. La discussion porte sur une explication phénoménologique des relations constructives et non-constructives, ce qui amène Nina à faire le diagnostic que les relations avec ses parents ne sont pas constructives.

Deux semaines plus tard, Nina rapporte qu'elle continue de garder ses distances avec ses parents, auxquels elle ne rend plus que des visites hebdomadaires, indiquant qu'elle arrive mieux à se protéger et observe que sa famille semble moins dysfonctionnelle en présence de Thierry. Devant le constat de ce changement qui se maintient, Nina indique que ses priorités ont changé. Elle rapporte aussi une observation de Thierry : elle a arrêté de s'arracher des plaques de cheveux. L'état de stabilité pousse la thérapeute à proposer la continuité du travail de désensibilisation. La lettre au cousin, restée en suspens est reprise en EMDR. Lors du processus émerge un Etat du Moi d'une petite fille de 6 ans, dont Nina arrive à prendre soin mentalement. Le processus de retraitement se déroule avec souplesse. Il n'y a pas d'évitement. En fin de séance, Nina fait la synthèse suivante : « c'est moi la victime. Je suis responsable de moi-même aujourd'hui ».

Lors de la 10ième séance, Nina rapporte avoir révélé les attouchements à sa mère qui semble entendre, tout en lui demandant d'assister à

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

une réunion familiale à laquelle le cousin a été convié. La mère de Nina lui dit qu'elle la croit à propos des attouchements, qu'elle en a parlé au père, et lui raconte que ce cousin a séjourné deux mois dans la famille, et qu'elle avait des doutes le concernant. Nina se dit positivement surprise d'avoir été entendue, mais montre des réactions physiques et des flashback suite à la révélation de sa mère. Ces éléments sont désensibilisés à l'aide d'un protocole EMDR sans cognitions. Le corps de Nina s'apaise, les images intrusives cessent. Cependant, elle se dit triste devant le fait que les parents ne souhaitent pas aborder le sujet avec les parents du cousin, de passage en France. La thérapeute donne les coordonnées d'une association d'aide aux victimes à la patiente, dans le but qu'elle soit entendue en tant que victime, et qu'elle puisse explorer de possibles pistes juridiques en vue d'agir face au cousin qui vit dans la même ville qu'elle et qui pourrait avoir fait d'autres victimes.

Deux semaines plus tard, lors de la 11ème séance, Nina ressent de la colère à l'égard de sa mère qui y réagit très négativement. Nina décide de révéler les agressions à sa tante qui l'entend et accepte son souhait de ne pas voir son cousin. Elle se souvient avoir commencé sa tricotillomanie au moment où sa jeune sœur faisait des crises d'épilepsie.

Une évaluation de la thérapie permet de mettre en exergue de nombreux changements. Nina se dit moins stressée, son sommeil s'améliore. Il reste difficile pour elle d'assumer la distance par rapport à sa famille car cela suscite de la culpabilité que Nina gère mal. Le bilan FIV est difficile. Le couple a décidé de mettre ce projet entre parenthèses.

Deux semaines plus tard, Nina rapporte que les distances avec les parents se maintiennent. Elle arrive mieux à se protéger mais cela lui coûte : le sentiment de culpabilité ne s'apaise pas, Nina indique qu'elle a l'impression d'abandonner ses parents. Faisant l'hypothèse que la tolérance à l'affect semble limitée pour cette émotion, la thérapeute invite Nina à un travail EMDR sans cognitions sur ce circuit émotionnel. Cette séance se termine par la synthèse : « ce n'est pas de ma faute » et Nina repart apaisée.

A la séance suivante, Nina rapporte être moins polluée par le sentiment de culpabilité, et ajoute que les relations sont devenues plus distantes et plus courtoises avec ses parents et ceux de son cousin. Nina indique aussi mieux connaître son corps et décide d'arrêter des médications prises depuis 5 ans dans le but de prévenir un nouvel accès d'endométriose. Elle souhaite avancer sur le plan de l'intimité. La thérapeute lui propose d'aborder cette question avec Thierry, étant donné que la sexualité est une affaire de couple.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Pour l'heure, en séance individuelle, Nina se plaint d'un sentiment de vulnérabilité qu'elle ressent dans son travail. Sa pire crainte est abordée par le biais d'un protocole EMDR standard. En phase 3, la pire image qu'évoque Nina : « moi qui pète un plomb et qui fonds en larmes devant mes collègues ». La cognition négative en rapport avec cette situation est « je suis faible », la cognition positive : « je suis épanouie, tranquillement », mais sur l'échelle de validité entre 1 (c'est faux) et 7 (c'est tout à fait vrai) celle-ci est ressentie peu crédible. Nina lui donne une valeur de 3. L'émotion associée est un sentiment de gâchis, des doutes. Le niveau de perturbation est élevé, à 8, et celle-ci est ressentie au milieu du torse. Lors de la désensibilisation en phase 4, émerge un souvenir précédemment sous amnésie : le viol du cousin sur sa petite sœur de 4 ans, qui crie, le cousin tente de l'étouffer avec un coussin, Nina s'interpose et le cousin la viole aussi. Cette séance est éprouvante, mais le processus de désensibilisation avance bien. En fin de séance, ce souvenir fait l'objet d'une clôture de séance incomplète. Nina est invitée à confiner tout ce qui n'a pas encore été traité dans son contenant, et faire un tour dans son lieu sûr. L'Etat du Moi d'une petite fille est confiée à une figure symbolique sous forme d'une fée blonde. Nina repart de cette séance fatiguée mais apaisée.

Deux semaines plus tard, Nina rapporte avoir craint d'être beaucoup plus affectée qu'elle ne l'a été réellement. Elle décrit avoir été calme. Elle a parlé de la séance à son mari, lui a exprimé son besoin de soutien, ce qu'elle a obtenu. Dans l'entre-deux séances, Nina rapporte avoir eu quelques visions fugaces, sans conséquences. Elle dit se sentir plus forte et que son sentiment de vulnérabilité évolue : elle prend soin d'elle en évitant les collègues qu'elle n'a pas envie de voir, et elle indique avoir pu prendre des mesures concrètes à l'égard d'un collègue qui avait multiplié des remarques et des blagues racistes à son encontre, et ce depuis 6 ans. Lorsque la thérapeute lui demande comment concrètement elle a réussi à mettre en œuvre un tel changement, Nina indique qu'elle sent avoir plus d'acuité pour ce qui la dérange, « Avant j'encaissais, j'étais moins sensible. Mais là, je me rends compte que ce collègue est vraiment vicieux, il n'arrêtera pas. » Par la suite, le réajustement face à la famille d'origine se maintient et semble maintenant accepté par tous. Après avoir terminé la lettre au cousin, cette problématique parait résolue. Nina souhaite maintenant aborder les questions d'intimité et de procréation assistée. La thérapeute évoque que ces thèmes concernent le couple et propose à Nina d'inviter Thierry dans l'espace thérapeutique et de continuer à travailler en couple, ce qu'elle accepte avec soulagement. Nina termine cette séance en exprimant son souhait de tomber enceinte sans FIV.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

La première séance avec le couple fait l'objet d'un bilan, incluant une description succincte du travail fait jusque-là, et une exploration des observations de Nina, mais surtout de celles Thierry. Thierry rejoint Nina pour les objectifs 2 et 3. Les outils de stabilisation sont installés pour Thierry et révisés pour Nina. La thérapeute explique le déroulement du travail EMDR avec le couple : si l'un des deux conjoints est porteur d'une activation physiologique/émotionnelle concernant un événement, alors le travail en EMDR se concentrera sur cette personne, tandis que le conjoint qui ne porte pas cette activation, a un rôle de soutien en tant que co-thérapeute. Si les deux conjoints montrent une activation émotionnelle, alors le travail en EMDR se fera avec les deux simultanément. Nina et Thierry acceptent ce cadre et semblent motivés. Le plan de travail se concentre dans un premier temps sur les événements ayant marqué la maladie de Nina (une endométriose) et la PMA.

Lors de la séance suivante, Nina est partante pour travailler sur le souvenir d'un examen médical au cours duquel elle rapporte avoir été maltraitée. Thierry se montre compréhensif envers sa femme, mais précise que lui n'a pas souffert de cet examen, sauf de savoir que cela a été difficile pour Nina. La séance EMDR se déroule avec un protocole standard : Image : les remarques dévalorisantes du radiologue ; Cognition négative : je suis anormale ; Cognition positive : je peux être entendue ; VoC :2 ; Emotion : colère, angoisse ; SUD : 10 ; Localisation dans le corps : le ventre.

Thierry soutient activement Nina : il approche son siège du sien, et pose une main dans son dos, ce qui semble faire du bien à Nina. Cette séance EMDR est achevée en 20 minutes et se déroule avec une facilité surprenante. Tous sont surpris devant la rapidité avec laquelle un événement au vécu aussi vif devient neutre. Il ne leur semble même plus d'actualité de l'évoquer, alors qu'auparavant, il prenait toute la place. Thierry indique qu'il a ressenti à quel point cela avait été difficile pour Nina, bien davantage que ce qu'il avait pensé.

A la séance suivante, l'événement travaillé auparavant reste neutre. Nina et Thierry souhaitent continuer le travail EMDR et souhaitent cibler le thème de la PMA : tous deux ont un mauvais souvenir, différent certes, mais très chargé pour chacun. Un protocole standard est mis en œuvre parallèlement pour les deux. Comme dans la séance précédente, ce travail se termine sur un retraitement complet avec une rapidité et une facilité surprenantes.

Lors de la 4ème séance de couple, Nina rapporte avoir commencé de la gymnastique et un régime, et qu'elle réussit à perdre du poids aisément.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Le couple indique avec pudeur qu'ils avancent vers leur but d'avoir des relations sexuelles abouties. Nina semble avoir de grandes attentes envers Thierry. Outre les coordonnées d'un sexologue, plus spécialisé pour cette question, la thérapeute donne quelques explications sur le développement de la sexualité chez l'enfant, l'adolescent, que lorsqu'il y a trauma, ce développement est arrêté, et que ce dernier reprend dès que le blocage traumatique est levé. Cela implique, en dehors des tentatives de couple, une responsabilité dans le cheminement personnel de la découverte de son corps et de l'autosexualité, ce qui ne peut pas être porté par le partenaire. Nina semble très intéressée par ces explications, indique qu'elle comprend, mais qu'elle a besoin de temps. La séance suivante est programmée deux mois plus tard.

Lors de la dernière séance, Nina rapporte avoir perdu beaucoup de poids (7 kg), elle semble rayonnante. Thierry indique qu'il est heureux et qu'ils vont bien tous les deux. Le couple évoque cheminer dans leur intimité, sans donner plus de précisions. Ils ont décidé de ne pas aller voir de sexologue, de se donner du temps, mais qu'ils souhaitent avoir des enfants sans PMA. La thérapie se termine ici.

Discussion

Si nous faisons la synthèse de cette thérapie décrite minutieusement, il en émerge trois étapes : la première demande est faite pour le couple et concerne une crise déclenchée par une infidélité. Au cours du processus émerge un ESPT chez Nina, sans doute majoré par sa culture, mais surtout par son passé, qui faisait que le travail de couple habituel n'était pas suffisant pour s'apaiser et aller de l'avant. A cette époque, nous ne savions rien du passé traumatique de Nina. Ce sont les observations que Thierry a pu faire, en dehors de la présence de sa femme, qui nous ont permis de faire l'hypothèse d'un trauma complexe. Le travail en EMDR de Nina a été concluant, même si cette dernière a clairement indiqué une limite à toute invitation d'aller plus loin dans la thérapie. Le couple semble avoir retrouvé son homéostasie, et il nous a été impossible d'aller au delà de ce premier objectif, même si cela aurait été justifié. Nous avons été guidés par l'apaisement de Nina, ainsi que les relations constructives de l'un avec l'autre. Nous avons appris lors de cette première étape que c'est bel et bien le/les patient/s qui décide/nt. La thérapie s'arrête sur l'atteinte de l'objectif du couple qui avait été de sortir de la crise consécutive à l'infidélité de Thierry.

C'est ce respect pour sa demande que Nina met en avant, outre l'efficacité de l'EMDR, lorsqu'elle revient 8 ans plus tard pour la seconde étape.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Il a fallu le temps de ce cheminement pour que la thérapie soit vue comme moins pire que de continuer avec les symptômes présents. Etant donné que la seconde demande concerne d'abord le passé de Nina, que celle-ci porte les symptômes et qu'elle dit en souffrir, ces trois éléments se concentrant sur une seule personne suffisent à rendre pertinent un suivi individuel (Neuburger, 2003).

Suivant l'hypothèse d'un trauma complexe, éclairé par l'anamnèse de Nina, tant individuelle que familiale, la thérapeute a choisi de travailler d'abord sur la dimension relationnelle de la blessure (Dellucci, 2009b ; Dellucci, sous presse), ayant pour but d'assainir les relations d'attachement, avant d'aborder la dimension individuelle du trauma. La relation d'attachement une fois restaurée facilite en général le retraitement par la suite et prévient les blocages dus à l'activation d'un trop grand nombre de blessures à la fois. A travers le travail sur la relation à son cousin, Nina a entamé une démarche d'individuation par rapport à sa famille d'origine. Ce changement passe par une crise familiale, dans laquelle les parents semblent avoir des difficultés, autant que Nina, pour le pérenniser.

Le souvenir de l'agression sexuelle ne portait que sur des attouchements. Le viol, qui émerge au cours d'une désensibilisation, était complètement sous amnésie. La levée de celle-ci se fait à partir d'une situation concernant le travail, abusive certes, mais qui n'est exprimée que de manière vague sous forme d'un sentiment de vulnérabilité. Nous pouvons dès lors faire l'hypothèse que ce souvenir a émergé au moment où Nina a été en mesure de le retraiter.

En psychotraumatologie, nous choisissons d'appliquer le protocole EMDR standard chaque fois que nous en avons la possibilité. Face à des traumatisations complexes et chroniques, nous avons appris qu'il était important de suivre le choix du patient, tout en restant dans une cohérence par rapport au plan de traitement négocié auparavant. Néanmoins, ni le thérapeute, ni le patient, ne peuvent prévoir ce qui va émerger au cours de ce périple : des craintes ou des émotions prenant toute la place, des déclencheurs devenant sensibles, des souvenirs oubliés. Nous pensons que ceux-ci doivent être entendus au moment où ils émergent. Dans le cas contraire le travail de retraitement risque de perdre en efficacité, la relation thérapeutique peut en souffrir, cela pouvant aller jusqu'au blocage. Chez Nina, les appréhensions ayant émergé concernaient des examens médicaux, et une fragilité ressentie au travail. Ceux-ci ont donné lieu à des retraitements efficaces. Dans le dernier cas, Nina a pu avoir accès à un souvenir sous amnésie, néanmoins en lien avec une situation d'agression de son intimité. Lorsque le sentiment de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

culpabilité devenait prépondérant, de façon à s'inviter régulièrement dans le discours de Nina, et ne régressant pas au cours des prises de conscience, nous l'avons également abordé en EMDR. Nous avons ainsi pu constater, au cours du travail, que ce à quoi Nina se donnait accès, elle pouvait l'intégrer : à aucun moment le processus de retraitement ne s'est bloqué, des changements ont pu être constatés à chaque séance.

Lorsque le travail a continué sur des thématiques d'intimité et de procréation assistée, la thérapeute a fait le choix de proposer un dispositif de couple, ouvrant ainsi vers la troisième étape. Ces thèmes, s'ils avaient été abordés en thérapie individuelle, auraient renforcé Nina dans la nécessité de prendre sur elle ce qui appartient au couple, la désignant ainsi en plus des traumatisations subies. Thierry a été très volontaire pour rejoindre sa femme dans cette démarche. Ainsi, dans ce dispositif qui est resté bref, le couple a pu s'affranchir avec une rapidité et une facilité déconcertantes d'événements douloureux qui semblaient les bloquer dans le cheminement vers une sexualité aboutie. L'efficacité de ce travail a été facilitée par des relations constructives et soutenantes, et par l'absence de crise.

Un thérapeute systémique pourrait se questionner sur l'absence d'une thérapie de famille, puisque la souffrance collective était bien présente au sein des relations enchevêtrées. Au vu de la parentification dont Nina faisait l'objet, on pourrait faire l'hypothèse que les uns et les autres n'étaient pas à leur place, autant dans les relations parents-enfants, que dans la fratrie. Nous avons choisi de suivre Nina dans sa demande individuelle. D'une part, sa famille ne connaissait ni l'agression, ni les démarches PMA du couple. La thématique de la sexualité appartient au couple, pas à la famille d'origine. Nina étant dans une démarche d'individuation, nous avons préféré œuvrer pour renforcer ses frontières individuelles.

D'autre part, les relations familiales ne nous semblaient pas constructives. Ni les demandes des parents, ni la parentification de Nina ne lui permettaient de prendre soin d'elle efficacement. Les limites ont été génératrices de crises. Néanmoins, Nina a avancé dans son travail familial qui a été contextualisé à chaque séance.

Nous pourrions aussi nous demander pourquoi ne pas avoir continué en thérapie de couple classiquement ? Essayer de comprendre le rôle d'une sexualité non encore aboutie après tant d'années. Nous savons que si une perturbation physiologique/émotionnelle passe au dessus de 5 sur une échelle entre 0 (aucune perturbation) et 10 (le plus haut niveau de perturbation), le contenu, aussi pertinent soit-il, n'est plus entendu. Ce qui

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

est communiqué c'est l'émotion, l'impuissance face à cette réaction aussi intempestive, conduisant rapidement à la supposition que l'autre a un caractère impossible dont il va falloir s'accommoder ou qui mènerait à nourrir des projets pour mettre fin à cette relation ou s'en distancier pour se protéger. La thérapie EMDR permet de reconnaître et recadrer les événements traumatiques comme des blessures, suscitant des réactions de survie de l'organisme, et propose une démarche pragmatique et reconnue pour les transformer en des expériences d'apprentissage comme les autres, ainsi qu'à une meilleure capacité d'empathie à l'égard de soi-même et d'autrui. Laisser de fortes charges émotionnelles circuler dans une famille ou un couple équivaudrait dans notre lecture à un risque de retraumatisation, ce qui est ni souhaitable, ni nécessaire pour générer des changements plus adaptés. Dès que l'opportunité se présente, nous préférons dès lors adjoindre un dispositif EMDR, et une fois les réactions corporelles normalisées, le patient, le couple, la famille sont dans de meilleures dispositions pour la suite de leur travail thérapeutique. Ainsi, entre les démarches de désensibilisation et de retraitement, Nina n'a jamais cessé son cheminement thérapeutique, ni pendant la séance avec la thérapeute, ni dans l'entre-deux, dans son contexte. Ce qui nous semble intéressant de souligner est le fait que tout traumatisme retraité le reste, et ce de manière robuste. Outre l'espoir qu'une telle démarche suscite, nous avons constaté que le travail thérapeutique par ailleurs est facilité.

Une dernière question serait de se demander s'il aurait fallu creuser davantage dans l'histoire de Thierry. Nous pourrions penser que Thierry, timide, observateur, aurait pu se cacher volontiers derrière les symptômes de Nina. Nous nous en sommes tenus aux symptômes et demandes présentés. Si cela n'avait pas été suffisant, au vu de la confiance que nous témoignait le couple et leur motivation d'aller de l'avant, une demande aurait émergé, nous invitant à poursuivre cette piste.

Conclusion

Après cet aperçu de la thérapie EMDR et de la description concrète de son insertion dans une thérapie de couple, nous espérons avoir montré comment les thérapies systémiques ou autres peuvent s'enrichir d'un dispositif EMDR. La robustesse des résultats et la rapidité du retraitement donnent de la puissance au travail thérapeutique, rendant les traumatismes encore inguérissables à l'époque de nos grand parents, facilement abordables avec les moyens et la compréhension dont nous disposons aujourd'hui. Réactiver ainsi les capacités d'auto-guérison des personnes que nous suivons et les

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

accompagner dans leur cheminement vers des changements et des choix plus adaptés n'entrave en rien le travail thérapeutique par ailleurs, au contraire.

Néanmoins, quel que soit le protocole que nous choisissons, nous sommes convaincus de l'importance de l'attitude centrée compétences (Dellucci & Wolf, 2011), en accord avec Snyder & Stukas (1999), qui indiquent que la manière dont nous regardons la personne modifie la séquence communicationnelle et ainsi la relation. Cette recherche est cohérente avec ce que nous savons des approches corporelles et traditionnelles, comme l'haptonomie, concernant l'importance de l'intention pour guider notre pratique. L'approche centrée compétences, dans son attitude et son intention, utilisée comme métamodèle, et l'EMDR comme méthode d'intervention, pourraient ainsi se rapprocher des enseignements bouddhistes et humanistes, dont le but premier est de réduire la souffrance des personnes, de façon à ce qu'ils puissent se développer librement, en accord avec leurs valeurs existentielles et leurs choix de vie.

Références

BISSON J. & ANDREW M. (2007): Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3. Art. No.: CD003388.

BÖHM K. & VODERHOLZER U. (2010) : Use of EMDR in the treatment of obsessive compulsive disorders : a case series. *Verhaltenstherapie*, 20 : 175-181.

BRADLEY R., GREENE J., RUSS E., DUTRA L. & WESTEN D. (2005): A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162* (2): 214-227. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214.

BRENNSTUHL M. J., TARQUINIO C., MONTEL S., MASSON J., BASSAN F., & TARQUINIO P. (2015): Utilisation de la thérapie EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – pour le traitement du syndrome du sein fantôme: étude de cas. *Sexologies, 24,* (2): 56-64.

BRENNSTUHL M. J. (2013): *Utilisation de la thérapie EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – dans le cadre de la douleur chronique: efficience et perspectives cliniques.* Thèse de doctorat sous la direction de C.Tarquinio, Université de Lorraine.

CLOITRE M., COURTOIS C.A., FORD J.D., GREEN B.L., ALEXANDER P., BRIERE J., HERMAN J.L., LANIUS R., STOLBACH B.C., SPINAZZOLA J., VAN DER KOLK B.A. & VAN DER HART O. (2012) : *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. http://www.istss.org/

CORCORAN J. & PILLAI V. (2007): A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 10: 1-9.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

DAVIDSON P. R. & PARKER K. C. H. (2001): Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (2):305-316. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305

DE BONT P. A. J. M., VAN MINNEN A. & DE JONGH A. (2013) : Treating PTSD in patients with psychosis : a within controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR Protocols. *Behavior Therapy*, 44 : 717-730.

DE JONGH A., TEN BROEKE E. & RENSSEN M. R. (1999) : Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders, 13* : 69-85.

DE FOUCHIER (2013): *Evaluation d'un protocole psychothérapeutique associant la psychoéducation, la relaxation et l'EMDR dans la prise en charge de réfugiés victims de torture d'Afrique centrale et de l'Ouest*. Thèse de doctorat sous la direction d'A. Blanchet & L. Jehel, Paris 8.

DELLUCCI H. (2009a) : Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 43* (2) :197-216.

DELLUCCI H. (2009b) : *EMDR Letters.* Papier présenté à la 10ième Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

DELLUCCI H. (2012) : Les empreintes traumatiques précoces. Déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources. In : R., COUTANCEAU, J., SMITH & S., LEMITRE. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Dunod, Paris.

DELLUCCI H. (2014) : Psychotraumatologie Centrée Compétences. *Thérapie Familiale, 35* (2): 193-226.

DELLUCCI H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In C. BRENNSTUHL M.J., DELLUCCI H., CORNIL L., IRACANE M., RYDBERG J.A., SILVESTRE M. & ZIMMERMANN E. (2016) : *Aide mémoire. L'EMDR en 70 notions*. Dunod, Paris.

DELLUCCI H. & WOLF F. (2011): Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Revue Thérapie Familiale, 32* (2) : 275-291.

DOLAN Y.M. (1991) : *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. Norton & Company, New York.

FESKE U., & GOLDSTEIN A. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36* : 1026-1035.

GAUVREAU P. & BOUCHARD S. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*: 26-40.

GINGERICH W.J. & EISENGART S. (2000) : Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process* 39: 477-498.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

GRANT M. & THRELFO C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology, 58,* (12): 1505-1520.

HASE M., SCHALLMEYER S. & SACK M. (2008). EMDR Reprocessing of the Addiction Memory : Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research, 2* (3) : 170-179.

HOFMANN A. (2008): Absorptionstechnik. In: C. ROST (Ed.) *Ressourcenarbeit mi EMDR.* Junfermann Verlag, Paderborn.

HOFMANN A., HILGERS A., LEHNUNG M., LIEBERMANN P., OSTACOLI L., SCHNEIDER W. & HASE M. (2014). Eye Movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression : a controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research, 8* (3) : 103-112.

ISEBAERT L. & CABIÉ M. C. (1997): *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie.* Editions Erès, collection Relations, Toulouse.

ISEBAERT L., CABIÉ M. C. & DELLUCCI H. (sous presse). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves : le modèle de Bruges.* Editions Erès, collection Relations, Toulouse.

KIM J.S. (2008): Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis. *Res Social Work Pract* 18: 107-716.

KLUFT R.P. (1998) : Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32* : 90-98.

KORN D. L. & LEEDS A. M. (2002) : Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58* (12) : 1465-1487.

LOHR J. M., TOLIN D. F. & KLEINKNECHT R. A. (1996) : An intensive design investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders, 10* : 73-88.

LOVETT J. (1999): *Small wonders. Healing childhood trauma with EMDR.* The Free Press, New York.

MARCUS S. V. (2008) : Phase 1 of integrated EMDR: an abortive treatment for migraine headaches. *Journal of EMDR Practice and Research, 2,* (1): 15-25.

MARQUIS J. N. (1991) : A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22* : 187-192.

MEVISSEN L., LIEVEGOED R. & DE JONGH A. (2011) : EMDR treatment in people with mild intellectual disability and PTSD: 4 cases. *Psychiatric Quarterly, 82* : 43-57.

MEVISSEN L., LIEVEGOED R., SEUBERT A. & DE JONGH A. (2012): Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Developmental Neurorehabilitation, 15* (3): 223-232.

MORRIS-SMITH J. & SILVESTRE M. (2015): *L'EMDR avec l'enfant et sa famille. Contextualisation et travail intégratif.* Dunod, Paris.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

NEUBURGER R. (2003): *L'autre demande: Psychanalyse et thérapie familiale*. Petite bilbiothèque Payot, Paris.

O'SHEA M. K. (2009) : The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More*. W. W. Norton & Company, New York.

OMS(2013) : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_

SCHNEIDER J., HOFMANN A., ROST C. & SHAPIRO F. (2008) : EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine, 9,* (1) : 76-82.

SERVAN-SCHREIBER D. (2003) : *Guérir du Stress, de l'Anxiété et de la Dépression, sans Médicaments ni Psychanalyse.* R. Laffont, Paris.

SHAPIRO F. (1995) : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guilford Press, New York . Trad. fr. : (2007) : *Manuel d'EMDR. Principes, Protocoles, Procédures*. Dunod et Inter-Editions, Paris.

SHAPIRO F. (1999) : Eye movement desensitization and re- processing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 13* (6) : 35-67.

SHAPIRO F., KASLOW F.W. & MAXFIELD L. (2007) : *Handbook and Family Therapy Processes.* Wiley & Sons, New Jersey. Trd. Fr. (2012) : *EMDR et thérapies familiales.* InterEditions, Paris.

SNYDER M. & STUKAS A.A. (1999): Interpersonal Process: The interplay of cognitive, motiva- tional and behavioral activities in social interaction. *Annual Review of Psychology*, 50: 273-303.

STAMS G.J.J., DEKOVIC M., BUIST K. & DE VRIES L. (2006): Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie. Een meta-analyse. [Efficacy of solution-focused brief therapy. A meta-analysis.] *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)* 39: 81-94.

TARQUINIO C. & TARQUINIO P. (2014): *L'EMDR: préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Elsevier Masson, Paris.

TARQUINIO C. & MONTEL S. (2014) : *Les Psychotraumatismes.* Dunod, Paris.

TARQUINIO C., HOUBRE B., FAYARD A. & TARQUINIO P. (2009) : Application de l'EMDR à la prise en charge du deuil traumatique après une collision de train. *L'Evolution Psychiatrique, 74,* (4): 567-580.

TARQUINIO C., SCHMITT A., TARQUINIO P., RYDBERG J. A. & SPITZ E. (2012a) : Benefits of Eye movement desensitization and reprocessing psychotherapy in the treatment of female victims of intimate partner. *European Journal of Sexology and Sexual Health, 21,* (2): 60-67.

TINKER R. & WILSON S. (1999) : Through the eyes of a child: EMDR with children. Norton, New York.

VAN DER KOLK B. (1994) : The body keeps the score : memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry,* 1(5) : 253-265.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

VAN ETTEN M. & TAYLOR S. (1998) : Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5: 126-144.

WILSON D. L., SILVER S. M., COVI W. G. & FOSTERS S. (1996): Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27* (3): 219-229.

WILSON S., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1995): Eye movement and reprocessing (EMDR): treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (6): 928-937.

WOLPE J. (1969) : *The practice of behavior therapy*. Pergamon, New York.

WOLPE J. & ABRAMS J. (1991) : Post-traumatic stress disorder overcome by eve movement desensitization : A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22* : 39-43.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 10h21. © De Boeck Supérieur

Après ce tour l'horizon, il reste à éclaircir une question : Quel est le rôle des cognitions dans la thérapie EMDR ? Dans le protocole EMDR qu'on peut qualifier d'eclectique, un élément fondateur, issu des thérapies cognitives, constitue le travail sur les cognitions. Il s'agit de l'aspect le plus difficile, tant pour les patients que les thérapeutes, qui semble en contradiction avec le fonctionnement du réseau traumatique. Définir une cognition négative, c'est-à-dire une croyance négative que l'on a de soi-même et qui nous définit, nécessite déjà une certaine capacité réflexive, dont de nombreux patients traumatisés semblent ne pas être capables, surtout s'ils souffrent de trauma complexes. S'agit-il d'une croyance du thérapeute ? Est-ce que la réalité est celle du patient incapable de définir une cognition, ou plutôt celle d'un thérapeute projectif, qui ne pense pas le patient capable, et qui est lui-même perdu dans le choix des cognitions ? De nombreux débats ont lieu régulièrement, certains praticiens optant pour un travail sans cognitions, d'autres insistant sur leur inclusion en soulignant leur importance.
La section suivante et l'article consacré aux cognitions vont éclaircir ces questions.

3.2. Focus sur une étape essentielle du protocole EMDR : les cognitions

Francine Shapiro plaiderait pour dire que les cognitions ont un rôle central, puisqu'elle a fait évoluer la démarche EMD, centrée uniquement sur la désensibilisation, vers la thérapie EMDR (Shapiro 1999) où l'accent est mis sur la restructuration cognitive des souvenirs traités et des associations qui en découlent.
Depuis 2008, l'ajout du « plan de ciblage » est enseigné avant tout et d'abord par l'utilisation de la cognition négative comme « tête chercheuse » pour trouver les souvenirs associés. Cette méthode d'explicitation s'avère particulièrement efficace, lorsque les souvenirs sont implicites mais accessibles. Cette utilisation de la cognition lui confère un statut d'organisateur psychique, ce qui va tout à fait dans le sens de la thérapie des schémas (Young et al. 2003).
Néanmoins, accepter cette idée a des conséquences. L'utilisation des cognitions, par leur effet organisateur, peut aussi entraîner des réactions en chaîne, par l'activation de souvenirs négatifs successifs, chez des patients fragiles ou non suffisamment stabilisés. D'où notre décision, dans certains cas, de commencer par un travail EMD, donc sans cognitions, dans le but de désensibliser, voire retraiter un seul souvenir difficile, avec l'espoir de limiter les associations vers trop de matériel mnésique négatif. Notre finalité est de maintenir le patient dans sa fenêtre de tolérance.

Nous avons observé de nombreux thérapeutes, qui semblent mal à l'aise devant l'utilisation des cognitions. Beaucoup d'entre eux passent un temps important à chercher LA bonne cognition négative, puis positive, ce qui peut mener à un délitement de l'activation du réseau traumatique visé. D'autres thérapeutes semblent avoir des « cognitions standard » qu'ils appliquent à de nombreux patients. D'autres encore, ont tout simplement abandonné le travail sur les cognitions, en les laissant de côté ou bien se trompent, en énonçant à la place d'une cognition une émotion, une action, ou bien juste un mot abstrait.
Au delà des praticiens, en formation ou accrédités, nos superviseurs ne sont pas non plus d'accord entre eux. Certains ont mentionné que l'utilisation des cognitions « cognitivise » le processus, et permet à la personne de déjà mettre l'expérience réactivée en perspective. D'autres nous ont enseigné, que ce qui est souhaité en phase 3, est l'activation du réseau neuronal et la mise en lien avec l'activation corporelle. Si celle-ci se produit dès la définition d'une image, il faudrait commencer la désensibilisation, plutôt que de continuer à poser des questions et laisser la personne dans l'activation suscitée. Encore d'autres, comme Arne

Hofmann, insistent sur le caractère incontournable du travail sur les cognitions pour déloger la chronicité d'une problématique, notamment avec les patients dépressifs chroniques.

Lors de nos débuts en EMDR, la définition d'une bonne cognition négative et positive lors de la phase 3 constituait la partie la plus ardue du protocole. C'est ce que nous constatons encore aujourd'hui lorsque nous assistons des futurs praticiens en formation ou en supervision. Nous savons que l'efficacité du retraitement en EMDR est fortement liée à la définition d'une bonne cognition négative et positive. Ce point étant difficile, il n'est pas rare que les praticiens passent du temps à effectuer cette étape, ce qui peut donner rapidement l'impression d'un travail laborieux.
Au delà des praticiens, pour les patients également, le questionnement et les ajustements répétés peuvent amener un stress iatrogène inutile et des stratégies d'adaptation qui ne favorisent pas le travail de retraitement sur les réseaux mnésiques visés. Ainsi, certains patients pourraient être tentés de donner des réponses plus en lien avec ce qu'ils ont compris être la recherche du thérapeute, que ce qu'ils pensent et ressentent réellement. D'autres peuvent vivre la recherche laborieuse de la bonne cognition comme une disqualification, renforçant la croyance qu'ils ne sont pas des bons patients, qu'ils sont incapables, allant de pair avec un éventuel stress de se voir évalué. Certains vont compenser en donnant une série de cognitions, sans pouvoir choisir quelle est la plus appropriée pour à ce souvenir. Le thérapeute se trouve ainsi sommé de choisir pour le patient, ce qui n'est pas juste non plus, car la démarche EMDR lui prescrit d'accompagner, de guider son patient, sans jamais fournir les réponses à sa place. Nombre de praticiens pourraient alors être tentés de tout simplement renoncer au travail sur les cognitions. Nous pensons que ce n'est pas une solution, car il manquerait une dimension fondamentale dans ce qui fait l'EMDR.
Avoir une idée claire des cognitions impliquées dans la/les problématique/s amenée/s par le patient, soutient le thérapeute dans la conceptualisation et lui amène plus de clarté pour planifier son intervention.

Il nous paraît important que le thérapeute sache pourquoi il utilise les cognitions, quelles sont les circonstances qui l'amènent à prendre une décision autre, et dans quel but. Il nous paraît primordial qu'il soit en mesure de conserver sa créativité et son adaptabilité face au patient qui active un réseau traumatique.
Un thérapeute qui a une vision plus claire peut adopter une attitude plus posée, ce qui va invariablement avoir un effet sur le patient. La recherche tranquille de la bonne cognition, sans stress, permet au patient de la trouver plus facilement.

Etant donné l'importance de ces questions, nous lui avons consacré l'article suivant.

Dellucci, H. & Bouvier, G. (sous presse). Les cognitions dans la thérapie EMDR. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
Psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Gabrielle Bouvier
Psychiatre FMH, praticienne et superviseur EMDR Europe
pratique en cabinet privé, Genève

Les Cognitions dans la thérapie EMDR

1. Introduction

En thérapie EMDR, la dimension des cognitions a une place fondamentale. Pourtant, trouver les bonnes cognitions négative et positive, leur juste formulation peut présenter un défi pour les patients, comme pour les thérapeutes, surtout au début de leur pratique. Ne pourrait-on pas se passer des cognitions ? A quoi sert la cognition négative ? Pourquoi est-il important d'installer une cognition positive, au delà d'une désensibilisation donnant un SUD zéro ? Existe-t-il des aménagements culturels par rapport à l'établissement des cognitions ? Des contraintes d'âge chez les enfants, les adolescents, les personnes âgées, ou déficitaires ? Y a-t-il des « trucs » pour arriver à de bonnes cognitions négative et positive ? Ces pages tenteront de répondre à ces questions, avec l'objectif de faciliter l'utilisation des cognitions en thérapie EMDR.

2. Définition : la cognition c'est ...

Si nous regardons ce terme dans une perspective psychothérapeutique, une cognition est une croyance que nous avons à propos de nous-mêmes et qui organise notre perception, notre pensée et la planification de nos actions. Lorsqu'un événement négatif se produit, et que celui-ci est vécu difficilement, il arrive que l'apprentissage reste à un stade précoce, c'est à dire verrouillé aux réactions de survie. Celles-ci nécessitent une focalisation sur le danger, et une organisation de la survie en termes de fuite, de lutte, ou de soumission. Nous savons qu'un traumatisme est fait d'informations dysfonctionnellement stockées, qui ne se modifient pas avec le temps. Nous pouvons donc imaginer que cet apprentissage partiel (p.ex. je suis en danger, je ne peux rien faire, je ne peux faire confiance à personne), bloqué dans le système de survie, bien que très utile au moment des faits, devienne dysfonctionnel pour la vie d'après, surtout si chaque nouvelle situation est sous-tendue par cette croyance devenue irrationnelle.

Une cognition n'est donc pas une action, p.ex. je gère, ni une émotion, p.ex. j'ai honte, ni une affirmation sur autrui ou sur une situation, p.ex. il/elle/c'est dégoûtant, ni une affirmation à la troisième personne, p.ex. elle est nulle.

Une cognition est une conviction de Soi qui nous définit en tant que personne. C'est la raison pour laquelle sa formulation doit être autoréférencée : « je suis … ». Comme d'autres thérapies efficaces en témoignent, p.ex. la thérapie des schémas (Young et al., 2003) les cognitions restent souvent implicites, donc fonctionnent aussi sur un plan sous-cortical et sont attachées à des émotions et des sensations corporelles (Damasio, 1995), p.ex. un jeune enfant, qui se sent fautif lorsque ses parents divorcent et que l'un des parents quitte le domicile, peut développer une cognition négative « c'est de ma faute » et la relier au sentiment de perte, de manque. En cas de traumatisme, la dimension cognitive reste souvent inavouée, non consciente. C'est au thérapeute EMDR de poser la question de la croyance négative liée à l'événement ciblé et de guider la personne afin d'arriver à l'expliciter. Les critères d'une telle cognition négative sont les suivants : cette croyance doit être auto-référencée, irrationnelle, actuelle, généralisable, et avoir une résonnance affective. La bonne définition d'une cognition négative va permettre de définir une cognition positive, c'est à dire un objectif à atteindre. Il s'agit d'une conviction positive à propos de soi p.ex. « je suis quelqu'un de bien », dont le lieu de

contrôle est interne, p.ex. « je peux agir », qui est en lien avec le désir de changement de la personne et qui peut être généralisable à d'autres situations.

3. Les différents types de cognitions

En EMDR, nous définissons quatre registres de cognitions négatives. Ceux-ci peuvent être de l'ordre de la sécurité, avec une cognition p.ex. « je vais mourir », celui de la possibilité de choix ou de contrôle, p.ex. « je ne peux rien faire », et celui de la responsabilité, ce dernier subdivisé en deux pôles, celui de l'être, donc l'estime de Soi, p.ex. « je ne vaux rien », et celui de l'action, donc de la culpabilité, p.ex. « je suis coupable ».

Les manuels de formation établissent une longue liste d'exemples de cognitions négatives, qui sont parfois même présentées au patient lorsqu'il ne parvient pas à choisir ou à comprendre la consigne du thérapeute.

Nous pensons qu'il est de la responsabilité du thérapeute, de guider le patient, de l'accompagner dans la compréhension en le précédant dans la réflexion. Cela implique que le thérapeute ait en tête ces quatre orientations de cognitions et puisse questionner son patient en lui laissant le choix.

Ainsi, plutôt que de présenter une longue liste de cognitions possibles, ce qui à notre avis augmenterait le risque de confusion ou une réponse de complaisance de la part du patient, il est plus utile que le thérapeute pense en termes de cognitions prototypiques : s'agit-il d'une problématique de sécurité, de choix, de culpabilité ou d'estime ?

De plus, certaines cognitions négatives peuvent être comprises dans plusieurs orientations différentes, p.ex. la cognition « je suis faible » peut autant vouloir dire « je suis nulle » (registre de l'estime de Soi), que « je suis vulnérable » (registre de la sécurité), mais aussi « je ne peux rien faire » (registre du choix). Avoir en tête des cognitions qui servent de prototype permet de questionner ce que le patient veut dire par l'affirmation « je suis faible » en l'amenant à préciser sa pensée et le registre dans lequel elle se situe, de façon à permettre d'ajuster une cognition positive pertinente.

Outre ces quatre chapitres, nous pensons que la cognition « je n'existe pas » mérite un statut à part. Le thème de l'existence est le premier qui émerge dans le retraitement des empreintes précoces (voir la fiche à ce sujet), et cette cognition constitue pour nous le socle des traumatisations complexes. Elle se retrouve dans les troubles de la personnalité qu'ils s'expriment sur le plan narcissique « je ne suis pas vu » (voir les fiches sur les troubles de la personnalité), ou en termes abandonniques « je ne compte pas ». En accord avec Guy Sautai, qui a été le premier à suggérer l'ajout de ce socle existentiel, nous proposons aux thérapeutes qui travaillent avec des personnes souffrant de trauma complexes, de porter une attention particulière à cette cognition, rarement explicitée. D'après nos observations, la cognition « je n'existe pas » agit sans jamais être formulée comme telle. Elle mériterait pour elle-même un plan de ciblage, qui mènera souvent à des expériences du très jeune âge.

Autant la cognition négative « je n'existe pas » semble tangible, la cognition positive correspondante « j'existe » nous semble une notion abstraite. Pour rendre cette formulation plus concrète, nous proposons « je compte », « je peux prendre ma place », « je peux être vu », « je peux être moi-même », en fonction de ce qui sera jugé pertinent par le patient et le thérapeute.

Parfois, la cognition négative peut être formulée de manière positive : « je dois être parfait », ou « je suis génial ». Tout comme le fait Dolores Mosquera, nous attirons l'attention sur le fait que nous cherchons ici une formulation dysfonctionnelle, donc inadéquate par rapport au problème à traiter. Parfois, un souvenir traumatique jugé positif, p.ex. une agression sexuelle vécue à 5 ans, décrite comme une révélation, une explosion de plaisir, le premier orgasme, amènera une cognition dysfonctionnelle exprimée en termes positifs « je suis un grand séducteur » chez un patient avec une problématique de défaut d'inhibition d'une impulsion à toucher sexuellement toutes les femmes avec lesquelles il est en relation, y compris sur le plan professionnel ou amical. Dans ce cas, Dolores Mosquera nous invite à nous focaliser surtout sur la cognition « négative » ici, exprimée positivement, en termes de réseau dysfonctionnel.

4. Comment faire pour établir une bonne cognition négative et positive ?

Qu'il s'agisse des cognitions formulées dans le plan de ciblage, ou de l'activation d'une cible, il est intéressant de considérer la cognition négative comme la part ensevelie du réseau visé.

Ainsi, le meilleur moyen de définir une bonne cognition négative consiste à obtenir une image suffisamment précise, exprimée en termes d'une entrée sensorielle tangible, c'est à dire quelque chose qui est vu, entendu ou senti, peu importe qu'il s'agisse d'une vraie perception ou non. Nous avons vu souvent des personnes traumatisées par l'accident mortel d'un proche, qui, même si elles n'ont pas assisté à l'accident, voire n'ont pas vu leur proche décédé, ont néanmoins des images qui les hantent. Le scénario catastrophe ou flashforward (Engelhard et al., 2010, 2011) est désensibilisé à partir des pires contenus imaginés. L'activation provoquée par une image suffisamment nette permet de prendre contact avec le réseau dysfonctionnel, donc également avec la cognition qui l'organise. Cela facilitera le choix de la croyance la plus pertinente face à ce contenu.

Quant à la formulation invitant le patient à exprimer sa cognition négative, bien qu'il s'agisse d'une question apparemment compliquée, il existe des techniques pour la rendre plus simple. Etant donné qu'elle est longue, cette phrase nécessite toute l'attention du thérapeute et du patient. Nous avons constaté que plus le thérapeute comprend et connaît bien cette formulation, plus elle est facilement transmissible au patient. Au début de la pratique de praticien EMDR, il n'est pas inutile de répéter cette phrase autant de fois que nécessaire pour qu'elle devienne familière au thérapeute. De plus, en la formulant de façon à ce que les patients aient une seule information à la fois, nous avons constaté qu'il leur était plus facile de répondre et ils décrochent moins. Les hypnothérapeutes nous ont appris que si nous faisons une courte pause après chaque information, celle-ci est mieux intégrée. Nous proposons donc la formulation au rythme suivant :

- Quand vous regardez cette image,
- quels sont les mots,
- qui disent quelque chose de négatif de vous,
- et qui résonnent comme vrai,
- (encore)[1] maintenant.

Le travail sur les empreintes précoces contient également une longue phrase qui fonctionne comme une induction, car il n'y a pas de phase 3 à proprement parler. Néanmoins, les patients entrent très rapidement en lien avec le matériel visé, pourvu que le thérapeute la formule de manière calme et dans la prosodie appropriée. Nous pensons qu'il peut en être de même pour la cognition négative.

Il arrive souvent que les patients expriment une formulation qui ne correspond pas aux critères de la cognition négative. Nous invitons les thérapeutes à considérer cette expression comme le chemin vers une bonne cognition négative, et leur proposons d'accompagner la personne en répétant l'expression du patient en y ajoutant « … qu'est-ce que cela dit de vous ? », ou bien « … qu'est-ce que cela dit de vous en tant que personne ? »

La cognition positive peut être vue comme un objectif à atteindre par rapport à la problématique visée. De ce fait, elle doit être formulée dans le même registre que la cognition négative. Sa compréhension est un bon test d'attention double pour le patient. Quant à sa formulation, nous invitons le thérapeute à avoir recours à la même prosodie que pour la question recherchant la cognition négative :

- Quand vous regardez cette image (il peut être utile de répéter l'image),
- plutôt que …(veuillez répéter la cognition négative),
- qu'est-ce que vous voudriez penser de vous-même,
- même si vous n'y croyez pas en ce moment ?

Cette formulation est plus longue que celle qui est enseignée. Cependant, elle contient la mention, souvent implicite et mal comprise des patients, que la croyance positive, quoique enviable, n'est pas crédible actuellement.

Si le patient ne comprend pas les formulations quant aux cognitions, nous avons l'habitude de dire que c'est normal, c'est la partie la plus ardue, et puis nous nous contentons de répéter les formulations citées ci-dessus, en veillant à ne pas les expliciter davantage pour ne pas rendre confus les patients. Pour eux, il s'agit de la première fois qu'ils entendent cette phrase qui leur demande une certaine gymnastique mentale, à laquelle il leur faut se familiariser.

---

[1] La mention « encore » existait dans les formulations plus anciennes. Lorsque l'attention double risque de faire défaut et que le patient peut confondre le passé (l'image) et la croyance (actuelle) encore douloureuse, nous mentionnons cet adverbe.

5. Les cognitions du plan de ciblage

Le plan de ciblage est établi suite au choix d'une problématique à aborder à partir d'un plan de traitement plus global. Ici l'activation de la problématique passe par la définition de déclencheurs rencontrés dans la vie quotidienne, et une synthèse de ceux-ci à travers la pire situation par rapport à cette problématique. Celle-ci est souvent un bon cocktail de déclencheurs, ou bien un événement récent, mais pas un souvenir du passé, sauf si la problématique abordée se résume à ce seul souvenir.
Les cognitions du plan de ciblage servent à mettre à jour un cluster, c'est à dire un ensemble de réseaux dysfonctionnels. Etant donné sa fonction organisatrice, le thérapeute EMDR se sert de la cognition négative comme d'une tête chercheuse pour mettre à jour les événements du passé concernant la problématique. Apparaissent alors des cibles dont le patient n'avait pas fait état dans l'anamnèse, ce qui est dans le meilleur cas surprenant, mais qui peut entraîner dans son sillon un certain degré de déstabilisation. C'est pour cette dernière raison que nous invitons les thérapeutes EMDR à installer un contenant et un lieu sûr au préalable, de façon à pouvoir y revenir dès que c'est nécessaire.

Dans le plan de ciblage, une autre façon de regagner de la stabilisation est la bonne définition d'une cognition positive, suivie par un scénario du futur suffisamment détaillé et concret. Un bon scénario du futur « fait envie » au patient et le motive. La perspective vers un futur meilleur et l'espoir qu'il suscite a une importante fonction stabilisatrice.

6. Les cognitions dans la phase d'évaluation

David Servan Schreiber nous enseignait que les cognitions font partie du trépied indispensable pour correctement activer un réseau neuronal dans le but d'un retraitement efficace: l'image, la cognition négative et le siège de la sensation corporelle.
Si nous voulons donc efficacement et durablement retraiter un événement du passé, il est nécessaire de cibler la cognition négative. Même au sein du retraitement d'une cible, la bonne définition d'un set de cognitions non seulement facilite le retraitement, mais entraîne le processus associatif vers d'autres ramifications.

Les cognitions servant à activer une cible ne sont souvent pas les mêmes que les cognitions du plan de ciblage. Il convient donc de ne pas partir de celles du plan de ciblage, mais d'effectuer une recherche en bonne et due forme.
Pour notre part, dès qu'une cognition négative et positive atteint les critères d'une bonne formulation (comme décrits sous rubrique 2), nous ne cherchons pas de cognition encore meilleure. S'il y a, celle-ci émergera au cours du processus.

Parfois, lors de la phase 3 une vague émotionnelle peut émerger. Cohérent avec les recherches de Martin Sack et ses collègues (2007 ; 2008a ; 2008b), nous faisons alors des SBA en vue d'activer le système parasympathique ventral et de ce fait produire un apaisement corporel, ce qui est rapidement obtenu dans la plupart des cas. Etant donné qu'un des buts de la phase 3 est d'activer le réseau, il nous paraît important d'accompagner toute abréaction comme il se doit. Le patient peut ainsi se sentir soutenu et en sécurité.
Ensuite, nous retournons en phase 3, là où nous en étions et nous continuons le protocole. Un autre but de la phase 3 étant d'établir des mesures concrètes qui vont structurer le retraitement, il nous paraît important d'y revenir en vue de les établir en bonne et due forme.

7. Les cognitions fondamentales

La littérature dans le champ des traumatismes complexes (Van der Hart et al., 2006/2010) nous enseigne la présence de cognitions négatives « centrales » (Janoff-Bulman, 1992) qui orientent fondamentalement la perception de la personne ainsi que sa façon d'être au monde et son rapport à autrui. Il s'agit d'affirmations que le patient exprime souvent dès le premier entretien et qui peuvent être répétées comme des évidences, p.ex : « je ne suis pas légitime », « je ne compte pas », « je ne peux faire confiance à personne », … . Nous invitons les thérapeutes à avoir une oreille attentive dès le début et noter ces cognitions fondamentales qui semblent organiser la vie de la personne. Elles seront très utiles, d'une part parce qu'elles peuvent faciliter la recherche des cognitions lors du plan de ciblage, d'autre part et surtout lorsqu'émergeront des blocages. Le thérapeute averti pourra alors

questionner la ou les cognitions fondamentales et y trouvera des orientations pour poursuivre le travail efficacement.

Ad de Jongh (2010) propose un plan de ciblage autour des cognitions fondamentales qui nous paraît très intéressant en utilisant la cognition négative, p.ex. « Je suis incapable» comme une problématique à part entière. Dans ce cas, le questionnement des déclencheurs se pose de la manière suivante : « dans quelles situations de la vie quotidienne, il vous arrive de penser cela ? » Emerge alors une liste de déclencheurs qui ont l'air anodins pour tout un chacun, mais pas pour ce patient, p.ex. : « lorsque mon chef me regarde … », « quand un collègue me pose une question … », « quand mes enfants n'obéissent pas immédiatement … » . Pour lui cela signifie le début d'un fonctionnement qui s'emballe et qui n'est plus du tout adapté. Les souvenirs du passé sont recherchés de la manière suivante : « Quels sont les souvenirs du passé qui prouvent que … (veuillez répéter la cognition négative) ? » L'ingéniosité de l'auteur est d'accompagner le patient dans sa conviction profonde, aussi dysfonctionnelle soit-elle, en recherchant des preuves pour la véracité de la cognition négative fondamentale. De la même manière, la recherche du souvenir source pose la question de la toute première fois où le patient a pensé la cognition négative devenue si évidente pour lui.

Cette façon de rechercher les souvenirs du passé jusqu'au souvenir source se substitue à la façon habituelle d'opérer (recherche par une CN, un sentiment, une émotion). La suite du plan de ciblage (scénario du futur) se poursuit de la façon habituelle.

8. Faut-il toujours établir des cognitions ?

Bien que le retraitement EMDR efficace nécessite de prendre en considération la dimension cognitive, il se peut qu'à certains moments il soit utile de commencer un travail de désensibilisation sans cognitions, c'est à dire en laissant de côté le questionnement des cognitions en phase 3 pendant l'évaluation. Si le praticien fait ce choix, il est important qu'il en connaisse la raison et qu'il ait une hypothèse précise. Pour notre part, plusieurs idées nous guident :

1. Etant donné la fonction organisatrice de la cognition négative, face à un patient fragile où il y a un risque de déstabilisation, nous pourrions craindre une réaction en chaîne d'activation successive de réseaux mnésiques pouvant aller jusqu'à l'ensemble du cluster. Dans ce cas, nous préférons aborder un événement de manière fractionnée en ayant recours à deux stratégies, d'une part en confinant tous les autres souvenirs dans un contenant, d'autre part en commençant le travail de désensibilisation sur la cible choisie sans cognition dans un premier temps. Par la suite, la même cible peut être réévaluée en phase 3 et faire l'objet d'une recherche de cognition. Il arrive que la cible désensibilisée sans cognitions reste neutre et que les cognitions ne soient plus vraiment accessibles. Si tel est le cas, et surtout en cas de traumatisation complexe, le travail sur la dimension cognitive se fera alors à travers une autre cible.
2. Face à un patient qui présente un accès émotionnel immédiat et fort à l'évocation de la cible, nous allons choisir de désensibiliser le premier canal sans avoir recours aux cognitions. Une fois ces premières abréactions évacuées, l'abord des cognitions devient possible et très utile. Dans ce cas, nous revenons à la phase 3 dès la fin du canal.
3. Si une personne est fragile à un point tel qu'elle n'arrive pas à se concentrer, nous choisissons également de travailler sans cognitions dans un premier temps, avec le but de permettre au corps de s'apaiser. A travers une stabilisation ainsi acquise, le patient peut être davantage en mesure de répondre aux questions concernant les cognitions.
4. Il se peut que nous ayons choisi de travailler avec un protocole qui ne comporte pas la recherche explicite d'une cognition proprement dite, comme la remise à zéro d'une émotion (O'Shea, 2009a), ou bien le protocole des empreintes précoces (O'Shea, 2009b), ou encore le protocole des lettres (Dellucci, 2009, voire fiche plus loin). Dans ce cas, il s'agit également d'un travail fractionné, soit sur un circuit émotionnel, soit sur une période où la formulation d'une cognition négative est difficile, soit sur la dimension relationnelle uniquement. Néanmoins il sera nécessaire de revenir sur la dimension des cognitions dès que possible. Même si nous avons débuté le travail de retraitement sans cognitions, nous procédons, en fin de désensibilisation d'un circuit émotionnel ou d'une période précoce, à l'installation d'une cognition positive.

Nous aimerions insister sur le fait que le travail sans cognition négative est en général réservé aux patients présentant un trauma complexe, et doit rester temporaire. A un moment où un autre, il sera important d'inclure la dimension cognitive dans le travail, car c'est à notre sens ce dernier qui va agir sur la chronicité.

En aucun cas nous ne faisons ici l'apologie d'un travail EMD.

9. Cognitions et enfants, adolescents, personnes déficitaires, grand âge

Chez les enfants, le protocole standard est réduit pour s'adapter à leur stade développemental. Chez les enfants uniquement, une cognition peut aussi être une émotion, p.ex. « J'ai peur ».
Avant 4 à 5 ans, les questions sur les cognitions ne font pas partie du protocole. A partir de 4 à 5 ans est posée la question de la cognition négative, mais avec d'autres mots que chez les adultes : « quels sont les mots méchants qui te viennent dans la tête quand tu penses à … (veuillez répéter l'image) ». A partir de 7, 8 ans, peuvent être recherchées également la cognition positive et la VOC mais sans qu'elles soient forcément obtenues. Cette logique s'applique jusqu'au travail avec les adolescents. (Morris-Smith & Silvestre, 2015 ; voire fiche sur EMDR et enfants plus loin). Le plus important pour le thérapeute EMDR sera de suivre les capacités cognitives de l'enfant. Il peut bien entendu y avoir des disparités.

Certaines formulations ou protocoles, utiles pour les enfants, peuvent l'être également pour les personnes déficitaires. Cependant, nous invitons le thérapeute à ne pas sous-estimer les capacités du patient et à ne jamais faire l'économie de poser la question des cognitions. Plus d'une fois nous avons été surpris par une réponse tout à fait adéquate que nous supposions difficile à priori.

Les adolescents, pourrait-on dire, appartiennent à une culture collectiviste, qui les rend particulièrement sensibles au regard d'autrui. C'est en Asie du Sud Est que nous avons appris qu'il était inutile de chercher une définition à propos de Soi, qui soit en plus exprimée de manière autoréférencée. Par contre, lorsque nous posions la question de la manière suivante : « que craignez-vous que les autres puissent dire de vous de pire ? », nous obtenions une cognition négative correspondant à tous nos critères. Cela est valable pour les adolescents en général, comme pour toute personne appartenant à une culture collectiviste, où le regard de l'autre est particulièrement important.

Les personnes âgées, lorsqu'elles présentent des déficits cognitifs, nous amènent à faire l'impasse sur les cognitions dans un premier temps. C'est avec cette population, surtout lorsqu'il y a présence d'une problématique Alzheimer, que Vedult (2009) suppose le réveil d'empreintes traumatiques précoces. Cohérent avec cette hypothèse, nous avons eu le retour de collègues qui visaient dans un premier temps l'apaisement du corps, pour ensuite élargir le travail une fois que les patients se stabilisent. Ici aussi, il est utile de commencer par poser les questions sur les cognitions comme à toute personne, sans supposer que la personne âgée ne puisse pas y répondre.

10. Cognitions et trauma complexes, dissociation et chronicité

Par rapport à cette question des cognitions, notre travail auprès des personnes souffrant de trauma complexes, nous amène à résumer de manière synthétique ce qui précède.

Nous partons du principe, que l'anamnèse est incomplète, ce qui fait que notre plan de traitement est modifié en conséquence par ce qui émerge. Souvent nous complétons nos plans de ciblage, mais il n'est pas toujours facile de se cantonner à un seul, même si nos efforts vont dans ce sens. Néanmoins l'expression de cognitions fondamentales, même chez les patients complexes, est la plupart du temps accessible dès les premiers entretiens.

Le plus souvent, nous désensibilisons les peurs émergeantes avec un protocole standard incluant les cognitions. Nous travaillons aussi sur la remise à zéro de certaines émotions importantes comme la honte, la peur, la panique de perte du lien et la colère, ainsi que toute émotion pour laquelle la tolérance à l'affect s'avère insuffisante. Ce travail, d'abord sans cognitions, se termine toujours par l'installation d'une cognition positive.

Un autre axe important avec les patients souffrant de trauma complexes est le travail sur les blessures du lien à partir du protocole des lettres. Ce dernier n'aborde pas directement la dimension cognitive, même si nous constatons que la restauration du lien après un tel travail a un effet bénéfique

et constructif sur le système des loyautés (pour plus de précisions voir les fiches concernant le protocole des lettre et celle sur la « Boîte de Vitesses »).

Souvent, les patients souffrant de troubles dissociatifs majeurs ne nous donnent accès à rien d'autre que des peurs, des émotions qui débordent, des sensations qui sont difficilement tolérables et des relations dysfonctionnelles. Le travail de désensibilisation hors cognitions ne constitue néanmoins qu'une partie d'un traitement réussi. Dès que nous le pouvons, nous abordons les déclencheurs avec un protocole standard, ainsi que les souvenirs douloureux du passé, lorsque ceux-ci sont accessibles.

Arne Hofmann et ses collègues (Hofmann et al., 2014 ; Hase et al., 2015) préconisent pour les patients dépressifs, de cibler dans un premier temps les « événements de vie stressants » en termes de pertes, de deuils et d'humiliations, pour ensuite faire un ciblage à partir des cognitions fondamentales. L'auteur nous apprend que pour déloger la chronicité des patients dépressifs à rechutes multiples, cibler les cognitions est incontournable. C'est ici qu'un plan de ciblage, tel que le propose de Jongh (2010) devient extrêmement utile.

Michael Hase (voir fiche sur EMDR et addictions) propose le même raisonnement à propos des addictions : désensibiliser d'abord les réseaux que nous appellerons « secondaires » que sont les mémoires addictives, avec un protocole standard aménagé (Hase et al., 2008 ; Popky, A.J., 2005), pour ensuite aborder les événements traumatiques, c'est à dire les réseaux que nous appelons « primaires » auxquels les patients ont ensuite accès.

Cette brève synthèse nous ouvre un immense horizon de possibles pour aider les patients qui nous amènent si souvent dans ce que les thérapeutes ressentent comme des impasses. Celles-ci sont une invitation à conceptualiser le traitement autrement. Cependant, quelle que soit la stratégie choisie, nous maintenons l'accent sur l'importance du protocole standard et l'aspect incontournable de l'utilisation des cognition pour une thérapie EMDR efficace.

11. Conclusion

Après ce tour d'horizon sur cette questions des cognitions en thérapie EMDR, nous espérons avoir montré à quel point cette dimension est importante pour un travail en profondeur, permettant ainsi une réorganisation de la perception et un apprentissage au delà de l'événement abordé.

Le pouvoir de généralisation des cognitions positives et de ce fait une capacité d'apprentissage restaurée pourra agir comme une protection par rapport à l'avènement de nouvelles blessures traumatiques. Si les événements négatifs ne peuvent se prévenir, le blocage de ceux-ci en réseaux traumatiques semble moindre chez les personnes plus solides, plus stables et plus à même d'apprendre de leurs expériences.

12. Bibliographie

Damasio, A. R. (1995). *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. Paris: Ed. Odile Jacob.

De Jongh, A., ten Broeke, E., Meijer, S., (2010). Two Method Approach : A Case Conceptualization Model in the Context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 4,* (1), pp.12-21.

Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters.* Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

Engelhard, I. M., van der Hout, M. A., Janssen, W. C. & van der Beek, J. (2010). Eve movements reduce vividness and emotionality of "flashforwards". *Behaviour Research and Therapy, 48,* (5), pp. 442 – 447.

Engelhard, I. M., van der Hout, M. A., Dek, E. C. P., Giele, C. L., van der Wielen, J. W. Reijnen, M.J. & van Roij, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent "flashforwards" by taxing working memory: an analogue study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, (4). pp. 599 – 603.

Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C. & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior, 5,* (6), DOI: 10.1002/brb3.342

Hase, M., Schallmeyer, S. & Sack, M. (2008). EMDR Reprocessing of the Addiction Memory : Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research, 2,* (3), pp. 170 – 179.

Dellucci, H. & Bouvier, G. (sous presse). Les cognitions dans la thérapie EMDR. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W. & Hase, M. (2014). Eye Movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression : a controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research, 8,* (3), pp. 103 – 112.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.

Morris-Smith, J. & Silvestre, M. (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille*. Paris: Dunod.

O'Shea, M.K. (2009a). EMDR Friendly preparation methods for adults and children. In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more.* New York : Norton.

O'Shea, M.K. (2009b). The EMDR early trauma protocol. In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more.* New York : Norton.

Popky, A.J., (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. In R. Shapiro (Ed.). *EMDR Solutions*. New York : Norton.

Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2007). Assessement of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*, pp. 15 – 23.

Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F. & Hofmann, A. (2008a). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Result of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, pp. 1264 – 1271.

Sack, M., Hofmann, A., Wizelman, L. & Lempa, W. (2008b). Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, (4). pp. 239 – 246.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted Self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Pour la traduction française (2010) : Le Soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique. Ed. De Boeck, Bruxelles.

Verdult, R. (2009). Prenatal Aspects in Alzheimer's Disease. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 23,* (4), pp 235 – 262.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press. Pour une traduction française: (2005) La thérapie des schemas: Approche cognitive des troubles de la personnalité. Ed De Boeck.

Le protocole EMDR standard ainsi décrit pourrait constituer la panacée pour aider nos patients à retraiter tout réseau contenant une charge émotionnelle allant au delà d'une perturbation de 5 sur une échelle entre 0 (aucune perturbation) et 10 (la plus grande perturbation imaginable), puisque nous savons, que dans ce cas, la pensée, l'élaboration et l'intégration sont perturbées, de même que la communication interpersonnelle. L'approche en trois temps de la thérapie EMDR classique vise à cibler d'abord et retraiter de manière préférentielle le souvenir que l'on pense être à la base d'une problématique : le souvenir source.
Ce qui en théorie s'avère extrêmement efficace, et qui le reste avec des personnes bien fonctionnelles, pas trop éprouvées par des traumatisations complexes et chroniques, devient une entreprise hasardeuse avec des patients fragiles ou très traumatisés. Nous avons pu le constater avec le cas de Sophie (voir chapitre 2), une patiente qui souffrait d'un trouble dissociatif de l'identité. Même dans le cas d'un traumatisme unique, ici une expérience de noyade, sans lien apparent avec les autres événements négatifs de son histoire, chez une patiente curieuse et motivée, bien stabilisée, au sein d'une bonne relation thérapeutique, l'EMDR n'a pas pu être mis en œuvre car trop confrontant. Ni la désensibilisation, ni le retraitement n'ont eu lieu, il n'y a pas eu de soulagement, au contraire, la patiente a vu cet échec comme une confirmation de la croyance négative qu'elle avait d'elle même : « je ne suis pas conforme ». Non seulement le travail sur cette cible a échoué, mais cette patiente n'a pas voulu refaire de l'EMDR. C'est un échec pour la patiente et pour la thérapie EMDR. Sophie n'a pas quitté la thérapie, grâce à l'indulgence qu'elle avait pour sa thérapeute et un lien thérapeutique positif et soutenant.
Ignorant tout sur la dissociation et les trauma complexes, nous étions dès lors plus que motivés à combler cette lacune et à parfaire notre formation en EMDR, à la recherche d'alternatives au protocole standard. Nous consacrerons la prochaine section aux aménagements du protocole EMDR standard, issus de la clinique de praticiens créatifs face aux patients traumatisés complexes.

3.3. Les adaptations de l'EMDR pour les trauma complexes

En explorant le monde EMDR, nous avons pu constater que l'expérience qui avait été la nôtre (cas de Sophie) avait été largement partagée par d'autres praticiens. Les collègues nous rendaient attentifs au fait que le travail EMDR standard sur des souvenirs du passé pouvait s'avérer soit bloquant, soit déstabilisant, avec un réel risque de retraumatisation, et/ou la création d'une aversion de l'EMDR comme décrit plus haut, bref, dans tous les cas, une expérience iatrogène négative, venant s'ajouter à l'inventaire des souvenirs difficiles déjà conséquent.
En ayant péché par ignorance, nous avions bien l'intention d'observer le principe « *primum non nocere* » (d'abord ne pas nuire) et de faire de notre volonté d'avancer tout en protégeant le patient qui nous fait confiance de tout effet délétère iatrogène une priorité.
Une première stratégie qui a retenu notre attention et qui est largement connue dans la clinique psychotraumatologique est la méthode d'oscillation, connue aussi sous le terme anglophone « pendulation techniques ». Pour la terminologie, nous préférons le terme « oscillation », à notre sens plus proche de notre démarche scientifique et moins emprunt de notions ésotériques.
Dans le but de construire ou de maintenir les personnes dans cette attention double, si importante pour un retraitement efficace, des thérapeutes aguerris comme Carol Forgash et Jim Knipe, ayant intégrés l'EMDR à leur approche de référence en Hypnose et en Thérapie psychodynamique, avaient recours lors de la confrontation traumatique à un aller-retour entre les ressources et l'expérience négative visée. Plutôt que de faire de la stabilisation interminable, cette pratique permet d'aborder un réseau traumatique, même si le patient peine à rester dans l'ici et maintenant, présent dans le lien avec le thérapeute. Les ressources sont alors renforcées et maintenues présentes pendant le processus de retraitement, tout en abordant le souvenir difficile de manière contrôlée. La maîtrise et l'attention double développée au sein de ce procédé permettent au patient de prendre confiance, et au thérapeute de limiter tout dérapage hors de la fenêtre de tolérance, puisque la confrontation se fait par touches successives brèves.
L'article suivant propose un état des lieux de cette pratique.

Dellucci, H. (sous presse). Les techniques d'oscillation – Construire une attention double. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, consultante EMDR
chargée de cours à l'Université Lorraine

Les techniques d'oscillation – construire une attention double

1. Introduction

Les techniques d'oscillation ont été inventées dans le cadre de thérapies avec des patients souffrant de traumatismes complexes, de façon à contenir toute la déstabilisation qu'une confrontation traumatique puisse induire. Elles consistent en une approche graduelle du réseau traumatique, par titrage[1], en suivant une logique de tous petits pas, en vue de construire la capacité d'attention double, nécessaire à un retraitement réussi.
Il est important de connaître ces techniques, qu'elles soient employées de façon programmée ou de manière fortuite, lorsque le thérapeute peut craindre un dérapage du processus.

2. Une méthode de confrontation douce

Les techniques d'oscillation constituent une méthode de confrontation douce[2] en psychotraumatologie. Elles permettent de rester dans un lien étroit avec les ressources de la personne, tout en touchant graduellement un réseau neuronal chargé avec du matériel négatif.
Ce processus fait de plusieurs aller-retours entre ressources et matériel négatif permet d'approcher le matériel traumatique à petites doses, tout en limitant le temps d'exposition et ce pour ne pas dépasser les capacités d'intégration du patient.
Les techniques d'oscillation s'adressent surtout à des patients qui ont des difficultés à maintenir l'attention double. Souvent il s'agit de personnes, qui autant faire se peut, évitent les contenus traumatiques, parfois malgré une motivation à les aborder. Si le thérapeute arrive malgré tout à initier un travail sur ces cibles traumatiques, il se peut que la personne y plonge en perdant la perspective de l'ici et maintenant. Il y a alors un risque de retraumatisation, si le patient sort de sa fenêtre de tolérance et que le thérapeute ne parvient pas à l'y ramener.

3. L'attention double

L'attention double, c'est à dire la capacité à rester avec un pied dans le présent, dans la relation avec le thérapeute, aujourd'hui dans ce lieu où se passe la thérapie, et en même temps avec une attention portée à l'événement du passé, avec ses émotions, ses sensations, et les contenus sous forme d'images ou de pensées, est une des clés d'une désensibilisation et d'un retraitement réussis. C'est en cela que le cerveau du patient peut reconstruire ce réseau neuronal contenant le matériel traumatique pour le mettre en lien avec des ressources, des insight, un corps qui s'apaise, de nouvelles compréhensions et des pistes d'action.
Les techniques d'oscillation, appelées en anglais aussi « pendulation techniques » permettent de construire chez le patient cette attention double, en apprenant à son système que la

---

[1] Il s'agit ici d'un terme emprunté à la chimie, et qui décrit une logique dans laquelle deux solutions quelque peu réactives sont mélangées goutte par goutte.

[2] A l'inverse du protocole standard en EMDR, où la phase 3 consiste à activer le réseau neuronal à l'aide de l'image, de la cognition négative et de la sensation corporelle, une méthode douce de confrontation ne va pas activer la totalité du réseau neuronal, mais uniquement une partie suffisante, pour commencer un retraitement, sans toutefois de garantie que cette cible soit retraitée en totalité. D'autres méthodes douces consistent dans le protocole des 4 champs ou IGTP (Jarero et al. 2006 ; Artigas et al. 2009) ou le protocole des lettres (Dellucci, 2009).

confrontation peut être brève et maîtrisée, sans que les choses ne dérapent, et que finalement, le processus de travail sur les événements négatifs peut se passer dans de bonnes conditions.

4. Les différents auteurs ayant proposé des techniques d'oscillation

4.1. Peter Levine

Ces procédés n'ont pas nécessairement été inventés par les thérapeutes EMDR. Le premier auteur connu, pour avoir construit toute son approche à travers une méthode d'oscillation est Peter Levine, à travers la thérapie qu'il appelle le *Somatic Experiencing* (Levine, 1997/2008). Dans un premier temps, en guise de stabilisation, Levine propose des exercices d'exploration et de prise de conscience de sensations corporelles neutres ou positives, à travers des exercices d'ancrage, comme p.ex. toucher son visage avec les mains et prendre conscience du visage contenu par les mains, et d'autre part la surface du visage touchée par les mains. Ainsi, lorsqu'il en vient à passer à la phase de confrontation des traumatismes, Levine (1997/2008) propose de partir d'un contenu positif, qui peut être une image, une expérience, une sensation physique ou bien une partie du corps ressentie comme positive, pour se centrer ensuite sur le contenu négatif, qui peut aussi consister en une image, une expérience, une sensation physique ou une partie du corps. Tout dépend du matériel ciblé. L'oscillation avec le matériel positif est en parfait contraste avec le matériel négatif ciblé. Puis l'attention est reportée sur le contenu positif. Ainsi le matériel négatif est directement mis en lien avec les contenus positifs, avec l'espoir que ces derniers viennent contaminer le négatif.

4.2. Joanne Twombly

Joanne Twombly est thérapeute EMDR. Spécialisée dans le travail EMDR avec des personnes souffrant de troubles dissociatifs, elle propose un procédé (Twombly, 2000) où elle réoriente le patient dans le lieu thérapeutique avec des stimulations bilatérales (SBA). Une fois le patient bien présent et en accord avec la confrontation du trauma, Twombly l'amène à aborder le réseau traumatique, et le désensibilise avec des stimulations bilatérales, avant de revenir au lieu thérapeutique et continuer avec des SBA.

4.3. Fine & Berkovitz

Catherine Fine et Ami Berkowitz (2001) proposent, à travers leur « Wreathing protocol » une technique alliant Hypnose et EMDR, de travailler à partir d'aspects fractionnés d'une situation au présent, et en l'apaisant, d'aller toucher des aspects analogues d'événements du passé. Inspirés par cette pratique, nous avons trouvé intéressant d'installer une ressource spécifique, liée à l'expérience traumatique, de façon à créer le plus grand constraste avec le thème du trauma. Le trauma pourrait être p.ex. la perte traumatique d'un être cher, comme la perte d'un animal. La ressource en constraste avec ce trauma serait un bon moment avec cet animal, ou bien un moment où la personne s'est sentie entourée, si c'est la dimension d'abandon qui est au premier plan. Chez Fine et Berkowitz, tant la situation du présent que l'expérience traumatique sont abordés avec des SBA.

4.4. Jim Knipe

C'est Jim Knipe, qui nous propose en 2002 un protocole complet qu'il nomme CIPOS (Knipe, 2009, 2014). Cet acronyme signifie l'installation constante de l'orientation et du sentiment de sécurité dans le présent. Knipe propose, comme Twombly, d'orienter la personne dans le présent du lieu de thérapie, accompagné d'un sentiment d'être en sécurité, ce qu'il installe avec des SBA. Son protocole propose comme méthode d'évaluation la « back of the head scale » c'est à dire l'échelle du fond du crâne, une échelle analogique montrée par la main et dont les pôles sont « complètement dans ma tête, pas du tout ici », et « tout à fait ici dans la pièce, avec le thérapeute ». Cette mesure permet de rester au plus près de la subjectivité du

patient et le maintient dans une posture d'expert de son expérience. Une fois que la personne est pleinement orientée, « suffisamment présente dans la pièce », le réseau traumatique est prudemment abordé par de très courtes séquences négociées à l'avance (allant de 2 à 10 secondes), puis si tout se passe bien, cette période de confrontation est allongée. Le processus d'oscillation est poursuivi jusqu'à ce que le patient ait appris « la compétence précieuse d'émerger d'un état du Moi traumatique pour revenir à une orientation dans un ici et maintenant sécurisé », selon l'auteur. Lorsque le patient est en mesure de maintenir l'attention double, les SBA peuvent aussi être faits sur du matériel traumatique.

5. Le CIPOS en 10 étapes

Jim Knipe propose un protocole bien documenté (Knipe, 2009) avec une version courte et une version longue, traduits en français. Voici sa démarche en 10 étapes :

1. Obtenez la pleine permission du client (et ses parties impliquées) pour travailler en toute sécurité sur un contenu hautement perturbant.
2. Evaluez le degré de sécurité ressentie par le client dans le bureau du thérapeute.
3. Renforcez l'orientation dans le présent par des exercices d'ancrage et d'orientation en utilisant des SBA.
4. Evaluez l'orientation présente à travers la « back of the head scale » (échelle du fond du crâne). Lorsque la personne est suffisamment présente, le travail titré sur le trauma peut commencer
5. 2 à 10 secondes de confrontation au trauma (pas de SBA !).
6. Répétez les étapes de 3 à 5 quatre fois.
7. 2-20 sec de confrontation au trauma (pas de SBA !).
8. Répétez les étapes de 3 à 7 autant de fois que nécessaire.
9. Lorsque l'attention double peut être complètement maintenue pendant plus de 20 sec, la confrontation traumatique peut aussi être faite avec des SBA.
10. Ensuite, il est possible de continuer la désensibilisation par le protocole EMDR standard.

6. L'oscillation, concrètement

Si nous résumons l'essentiel des techniques d'oscillation, nous pouvons en extraire un schéma invariable quel que soit l'auteur, selon la démarche suivante :

1. Le thérapeute explique le processus au patient, et négocie avec lui un temps de confrontation. Il s'assure auprès du patient de sa motivation à bien vouloir aborder la cible traumatique aujourd'hui, ainsi que de sa capacité à utiliser le stop.
2. La ressource (lieu sûr, ancrage dans le corps, orientation dans l'ici et maintenant sécurisé du bureau du thérapeute, un souvenir positif, une qualité préalablement installée, une figure de soutien, …) est rappelée et renforcée avec des stimulations bilatérales (SBA) et ce jusqu'à ce que le corps soit tout à fait apaisé.
3. La cible (un traumatisme du passé, un déclencheur, une peur, …) est abordée de manière succincte. Ici, pas de questionnement en phase 3, car celle-ci est trop longue. Le patient est invité à penser au contenu négatif pendant le temps négocié. Le thérapeute peut compter à rebours, à voix haute ou non. Il sera important de respecter le temps défini. Des SBA peuvent être ajoutés si le patient les supporte. Si ce temps négocié comporte plusieurs minutes, plusieurs sets peuvent être effectués. La longueur de cette étape dépend de la cible abordée, et de l'état de fragilité du patient. Plus ce dernier est fragile, plus cette période de confrontation doit être courte dans un premier temps.
4. Retour à la ressource jusqu'à ce que le corps soit à nouveau complètement apaisé.

5. Cette confrontation (étapes 2 à 4) sont évaluées par le patient et le thérapeute, et en fonction de cette dernière, un autre round est mis en œuvre.
6. Refaites les étapes de 2 à 5.

S'il s'agit d'une première démarche de confrontation par technique d'oscillation, quelle que soit la raison pour laquelle cette dernière a été décidée, il convient de ne pas aller au delà de trois rounds de confrontation lors d'une première séance. Ces démarches de confrontation et de sortie du réseau neuronal coûtent beaucoup d'énergie et de concentration. La fatigue occasionnée rend plus difficile ces va et vient.
A la fin de la séance, le thérapeute peut avoir recours à la clôture habituelle en EMDR (phase 7) et terminer la séance en demandant au patient ce qu'il a appris ou ce qu'il retient de ce travail aujourd'hui. Souvent les personnes se montrent soulagées devant la maîtrise du processus et indiquent qu'elles se souviennent avoir des ressources. « Je ne savais pas que ça peut se passer sans que je n'ai besoin de souffrir comme à l'époque », indique une patiente en fin de séance. Chez elle, le thérapeute a eu recours à une technique d'oscillation suite à un débordement à la séance précédente, qui avait nécessité l'arrêt du processus et le retour à une démarche de stabilisation pendant le reste de cette séance.

7. Plus près des ressources

A l'inverse des techniques proposées par Twombly, Fine et Berkowitz et Knipe, Arne Hofmann (2009) propose la technique de l'éponge, en étendant le travail de Roy Kiessling (2009) sur l'installation d'une ressource en fonction des besoins du moment.
Debbie Korn et Andrew Leeds (2002) ont également développé un protocole d'installation de ressources, indépendamment de l'évaluation d'une cible. Outre des ressources installées à travers de bons souvenirs, le protocole RDI (Ressources Development and Installation) propose également d'extraire des ressources de figures soutenantes, qu'elles soient réelles ou symboliques. Cela s'avère particulièrement utile lorsque les personnes disposent de peu de conscience de leurs ressources, de façon à installer les contenus positifs nécessaires à une pratique d'oscillation réussie.

8. La technique de l'éponge

La technique de l'éponge, qui peut aussi être vue comme une technique d'oscillation. Elle se déroule de la manière suivante :

1. Choisissez le contenu sur lequel vous allez vous concentrer, établissez un score SUD
2. « de quelles compétences auriez-vous besoin, pour faire face à … »: Choisissez les ressources nécessaires. Une réponse théorique, corticale est plus utile.
3. Installer la première compétence en choisissant :
    a. une situation dans laquelle elle était présente,
    b. une image représentant la situation,
    c. et en localisant le ressenti dans le corps.
    d. et renforcez-les avec 4-6 SBA.

    N.B. dès qu'il y a du matériel négatif qui émerge: recherchez une autre ressource et recommencez
4. Installez la seconde compétence: répétez les étapes de 3.a. à 3.d.
5. Installez la troisième compétence: répétez les étapes de 3.a. à 3.d.
6. Faites revenir les trois ressources ensemble: SBA.
7. Vérifiez le score SUD pour la cible choisie.

Dans la plupart des situations, le degré d'activation a baissé, en moyenne de deux à quatre points.

Dellucci, H. (sous presse). Les techniques d'oscillation – Construire une attention double. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

9. Conclusion

Au sens strict, tout arrêt du processus de désensibilisation et un retour à l'ici et maintenant est déjà le début d'une technique d'oscillation. Globalement, s'il a été nécessaire d'arrêter un processus de désensibilisation et de retraitement, soit parce que la cible était trop intense, ou parce que la personne n'a pas pu trouver rapidement un apaisement, ou s'il y a eu débordement, il est utile de proposer une technique d'oscillation.

Parfois, le fractionnement d'une cible ne passe pas tant par un raccourcissement du temps d'exposition, que par la cible choisie. Lorsque le retraitement d'une cible concernant un trauma du passé devient trop difficile et fait émerger des peurs, p.ex. de continuer, de décompenser, de retomber dans la dépression, de ne jamais en sortir, alors il peut être utile de mettre de côté la cible en traitement, devenue source d'inconfort iatrogène, et se concentrer à la désensibilisation de cette peur spécifiquement. En général, ces peurs, qui constituent de petites cibles, régressent vite. Le chapitre sur la boîte de vitesses abordera ces aspects plus en détail.

10. Bibliographie

Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., Lopez-Cano, T., 2009. The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP). In: Luber, M. (Ed.), *Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: basic and special situations*. Springer, New York, pp. 279–288.

Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters.* Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye Movement Desensitization Reprocessing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 275-290.

Hofmann, A.(2009) The Absorption Technique. In: Luber, M. (Ed). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* Springer : New York.

Jarero, I., Artigas, L., Hartung, J., 2006. EMDR Integrative Group Treatment Protocol: a post-disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology* 12, pp 121–129.

Kiessling, R. (2009). The Wedging Technique. In: Luber, M. (Ed). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols – Basiscs & Special Situations.* Springer : New York.

Knipe, J.(2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* Springer : New York.

Knipe, J. (2014). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation.* Springer, New York.

Korn, D.L., & Leeds, A.M., (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12). pp 1465 – 1487.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger. Healing Trauma.* North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.

Les techniques d'oscillation constituent invariablement une sécurisation du processus de confrontation au trauma. Le patient apprend combien l'événement jadis débordant et chaotique peut devenir abordable au sein d'un procédé maîtrisé. Même s'il existe des protocoles pour une démarche structurée, nous avons constaté que l'ont peut démarrer un processus d'oscillation n'importe où dans le processus de retraitement, car le but est de revenir aux ressources. En dehors de la confrontation au trauma, la technique de l'éponge (Hofmann, 2009) peut aussi, tout comme l'installation et le développement de ressources (RDI - Korn & Leeds, 2002), être utilisée comme un procédé de stabilisation au cours de la phase 2 du protocole EMDR.

Néanmoins, nous pensons que le recours aux méthodes d'oscillation pour répondre aux besoins des patients traumatisés complexes et chroniques n'est pas suffisant. Plusieurs défis se présentent à nous :

Pour aborder un événement du passé avec une méthode d'oscillation, il est nécessaire que celui-ci soit connu. Nos patients sous amnésie ne sauront pas quoi cibler. Il reste toujours la possibilité de partir d'un déclencheur et de l'aborder par une méthode d'oscillation. Etant donné le lien direct du déclencheur vers les événements traumatiques du passé, il est possible qu'il y ait une levée d'amnésie, qui elle-même peut être déstabilisante.

Une autre condition que nécessite la mise en œuvre d'une technique d'oscillation sur un souvenir du passé est l'adhésion volontaire du patient. Pour aborder un souvenir du passé, même avec une méthode d'oscillation, il faut que le patient soit d'accord. Nous savons néanmoins, que l'évitement fait partie des symptômes majeurs de l'ESPT simple et complexe ainsi que des tableaux dissociatifs. De nombreux patients ont peur de toucher le matériel négatif, car ils ont le souvenir d'avoir été débordés lorsque celui-ci a été déclenché fortuitement. Malgré leur motivation à évacuer ces séquelles du passé, ils peuvent ressentir de l'ambivalence rendant difficile la mise en œuvre d'un procédé … ambivalent. Dans ce cas, nous allons préférer une centration sur les ressources uniquement par une technique de l'éponge, plutôt qu'une méthode d'oscillation plus classique, centrée sur le trauma.

Il se peut aussi que des peurs émergent en cours de route, et que leurs raisons soient multiples et implicites. Si celles-ci ne sont pas entendues, elles viennent s'ajouter à l'activation provoquée par le travail sur le réseau traumatique, ce qui peut être particulièrement éprouvant pour le patient.

Citons le travail avec Béatrice, une dame âgée de 53 ans, assistante sociale, et envoyée par son psychiatre pour un travail très ciblé sur des agressions sexuelles pendant l'enfance, de la part d'un oncle. Béatrice avait déjà effectué, avec son thérapeute, une thérapie psychodynamique et familiale. Tant le psychiatre que la patiente étaient d'avis que cette dernière était prête et motivée pour s'affranchir de ce passé si lourd. L'environnement familial de Béatrice, quoique souffrant était stable : son mari est diagnostiqué bi-polaire, ils ont deux fils adultes, l'un souffrant aussi de maladie bi-polaire, l'autre dépressif. L'histoire de Béatrice révèle des parents peu soutenants, avec une mère dépressive chronique, et un père absent et alcoolique. Béatrice rappelle que son propos n'est pas de reparler de sa famille, ce qu'elle a déjà fait, mais d'aller de l'avant et de se débarrasser de cette agression sexuelle unique. Son objectif thérapeutique est d'être plus à l'aise avec son corps et dans l'intimité sexuelle. Devant autant de motivation, la thérapeute obtempère. La stabilisation est acquise rapidement, et l'événement traumatique est ciblé. Partant d'une activation physiologique élevée, un SUD à 9, le processus se déroule dans de bonnes conditions, avec des associations, des ressentis corporels, des émotions, des pensées et des images. Au profit de la fin d'un canal associatif, la thérapeute clôture avec Béatrice sur une séance incomplète. A l'époque nous n'avions pas notion de contenant.

A la séance suivante, deux semaines plus tard, Béatrice rapporte avoir eu des images, des émotions et des cauchemars pendant plusieurs jours après la séance, en disant que « ça a été

éprouvant » pendant la séance. La thérapeute, raisonnant sur un plan technique, indique que le processus de retraitement s'est déroulé de manière efficace et rappelle qu'un souvenir peut prendre plusieurs séances avant d'être complètement neutralisé. L'évaluation sur son état de stabilité fait ressortir peu de déstabilisation : Béatrice a pu continuer à faire les tâches du quotidien, elle a pu s'apaiser grâce au lieu sûr. Il n'y a pas eu de levée d'amnésie. Le souvenir est repris : Béatrice ressent un SUD à 6 avec de la peur, ce que la thérapeute ne manque pas de relever comme une avancée par rapport au SUD à 9 de la séance précédente. Le retraitement reprend, et se déroule dans de bonnes conditions, comme à la séance précédente. Ne constatant aucun dérapage mais au contraire un processus qui semble efficace, la thérapeute, confiante, rassure Béatrice en fin de séance, qui est fatiguée, en lui disant qu'elle fait du bon travail, tout en clôturant sur une séance incomplète, à nouveau.
A la séance suivante, Béatrice rapporte avoir été angoissée, mais qu'elle n'a plus fait de cauchemars. Les angoisses se sont calmées et elle a été en arrêt maladie pendant deux jours suite à une grippe. « C'est quand même éprouvant, ce travail, » évoque-t-elle lors de la reprise de la cible où le SUD est à 3. La thérapeute l'encourage à continuer devant cette progression, sans explorer le contenu de cette remarque réitérée de la patiente. Le retraitement, ici aussi s'est passé dans de bonnes conditions, avec beaucoup d'associations qui semblaient montrer une extension de la cible traitée, à des situations du quotidien. La séance est une fois de plus clôturée comme incomplète, sur une perturbation marginale.
A la séance suivante, Béatrice n'est pas venue et a annulé les séances suivantes.
Que s'est-il passé ? Quelles ont pu être les raisons de la patiente pour interrompre un processus aussi prometteur et qui se déroulait aussi efficacement ?
La thérapeute avait confiance en le travail de retraitement de Béatrice, et les données techniques montraient que tous les voyants étaient au vert. La thérapeute avait explicité le déroulement auparavant, la patiente était volontaire, le retraitement se déroulait bien, le SUD baissait, certes lentement, mais continuellement.
Nous n'avons pas pu en reparler avec Béatrice, ni avec le collègue psychiatre, qui avait pris un congé sabbatique de longue durée. Nous n'avons que nos hypothèses pour réfléchir et donner du sens à cet échec. Aujourd'hui nous pouvons faire l'hypothèse que malgré la motivation de la patiente, des peurs ont sans doute émergé au cours du processus. Des peurs face à ce qui pouvait remonter comme matériel, des peurs d'être déloyale, des peurs d'être déstabilisée et de ne plus être le pilier sur lequel toute la famille se repose, la peur face à l'inconnu ou face au changement, pour n'en citer que quelques unes. La thérapeute aurait du entendre la remarque de Béatrice qui qualifiait le processus de retraitement comme éprouvant et elle aurait dû en approfondir l'exploration. Elle s'est cantonnée aux critères dits « objectifs » qu'elle avait appris en formation, sans doute soucieuse de fournir une prestation d'excellence à cette patiente aussi demandeuse et au collègue qui l'avait gratifié de sa confiance.
Nous avons appris avec Béatrice que même si tous les voyants sont au vert, il convient d'entendre les remarques des patients, de les explorer et d'entendre des peurs sous-jacentes qui peuvent émerger. Quelles que soient les raisons qui sont à l'origine, ce sont toujours de bonnes raisons, qui doivent être entendues, même si patiente et thérapeute en ignorent le contenu. Ne pas entendre les peurs au moment où elles émergent fait que les patients peuvent ne pas se sentir entendus, ce qui est délétère pour la relation thérapeutique.
Cet échec cuisant nous a mené vers la question suivante : N'y aurait-il pas autre chose à cibler avant le trauma ? même si celui-ci est reconnu pour être à la source de la problématique ? Même si nous restons d'accord avec l'idée qu'il s'agit du socle de l'expérience traumatique, faut-il toujours aborder d'abord le souvenir source ?
L'article suivant sur le protocole inversé que propose Arne Hofmann fournit une réponse intéressante à cette question.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, consultante EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Le protocole EMDR standard inversé

Adapter l'EMDR aux personnes instables souffrant d'ESPT complexe

1. Introduction

L'invention de l'EMDR en 1989 par Francine Shapiro a été une révolution dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les méta-analyses démontrent son efficacité (Van Etten & Taylor, 1998 ; Davidson & Parker, 2001 ; Maxfield & Hyer, 2002 ; Bradley et al. 2005 ; Bisson & Andrew, 2007), et ce d'autant plus si le protocole standard est appliqué rigoureusement (Maxfield & Hyer, 2002). Cependant, pour une majorité de personnes souffrant de trauma complexes, le protocole standard dans son approche en trois temps semble trop confrontant, risquant de provoquer une déstabilisation et un évitement ultérieur de la thérapie EMDR pourtant si efficace. Faudrait-il alors réserver le travail EMDR aux seuls patients stables, ayant des séquelles post-traumatiques en nombre restreint ? Comment faire avec les personnes instables ? Faut-il étendre la phase de stabilisation ? Jusqu'à quel moment. N'y a-t-il pas un risque de ne jamais aborder les traumatismes à la source de la problématique ?

Nous aborderons dans ces lignes le protocole inversé proposé par Arne Hofmann (2005, 2009, 2014). Nous décrirons les propositions de l'auteur, que nous commenterons en illustrant par des exemples cliniques issus de notre pratique.

2. Des trauma simples aux trauma complexes, avec ou sans troubles dissociatifs : différents tableaux cliniques

Nous distinguons différents types de traumatisation :

La réaction de stress aigu : Il s'agit ici de la réaction immédiate après un événement potentiellement traumatique. Nous ne parlons pas de traumatisme à ce moment. Ce dernier fait partie d'un trouble qui se chronicise au delà de trois mois. La réaction de stress aigu se résume à la période de vulnérabilité, faisant suite à la rupture de notre illusion d'invulnérabilité et l'immortalité, avec laquelle nous vivons quotidiennement, et qui nous permet de nous centrer sur nos projets, de nous projeter dans l'avenir. Un événement faisant ainsi irruption et qui dépasse les capacités d'intégration a pour effet dans un premier temps de sortir la personne de la trajectoire qu'elle s'était donnée et qui semblait aller de soi.

Le trauma simple : Si les réactions émotionnelles et les symptômes persistent au delà de trois mois, nous pouvons parler d'un Etat de Stress Post-Traumatique. L'ESPT simple consiste en un événement unique, ou plusieurs événements dans une vie, sans lien les uns avec les autres. Pragmatiquement, les professionnels parlent d'un « coup de tonnerre dans un ciel bleu », c'est à dire que la personne n'a pas de séquelles pré-établies. Un événement unique est guérissable en une à trois séances d'EMDR (Shapiro, 2001), trois à cinq séances, si on prend en compte une séance de stabilisation et une séance de clôture. Les personnes touchées par un trauma simple se remettent souvent spontanément sans séquelles décelables, les observations indiquent une proportion de trois quarts de rémissions spontanées après un événement potentiellement traumatique. C'est entre autres la raison pour laquelle, dans un cabinet de psychotraumatologue, ce sont les tableaux cliniques les plus rares.

Les trauma multiples : La multiplication de blessures traumatiques, si celles-ci restent en nombre raisonnable, sans lien entre elles, et sans troubles de l'attachement, peut être qualifié de traumatismes multiples, tout en restant dans un cadre d'ESPT simple. Ce sont les personnes qui répondent le mieux à la thérapie EMDR classique, qui propose une approche en trois temps : après avoir établi un plan de ciblage, les événements sont abordés dans l'ordre de leur occurrence, à savoir en premier lieu le souvenir source, l'événement qui fonde la problématique, pour ensuite aller retraiter tous les souvenirs

du passé en lien avec le problème. Une fois le passé retraité efficacement, les déclencheurs dans la vie courante se sont neutralisés. Dans le cas contraire, ceux-ci sont abordés spécifiquement, de façon à retraiter l'activation sous-jacente. Pour finir, le protocole EMDR classique prévoit l'installation d'un scénario du futur permettant à la personne de prévoir des pistes d'action concrètes, allant jusqu'à un petit défi.

Les trauma complexes : La plus grande cohorte de personnes traumatisées est formée par ceux qui ont accumulé les expériences difficiles à travers le temps. Ces personnes, qui ont déjà mis en place des ressources de survie hors pair, sont souvent épuisées par une lutte incessante contre les effets des déclencheurs dans leur quotidien. Les symptômes francs de l'ESPT sont moins visibles, car noyés dans une comorbidité plus vaste faite en majorité de troubles de l'attachement et de dépressions chroniques, mais aussi de troubles du comportement alimentaire (Garner & Garfinkel, 1997; Root & Fallon, 1988), de tableaux anxieux ou compulsifs, d'addictions, de mises en danger (Felitti & al, 1998), d'automutilations (Van der Kolk et al., 1991) et de comportements les mettant en risque d'expérimenter davantage de situations victimisantes.

Les personnes souffrant de trauma complexes peuvent être classés en deux catégories : ceux qui restent fonctionnels, malgré une charge traumatique importante, et ceux qui trébuchent dans leur vie et sont envahis à un point tel qu'ils ont des difficultés à assumer les tâches de la vie quotidienne.

Les troubles dissociatifs : Lorsque la traumatisation chronique a débuté dès le plus jeune âge et a impliqué pour une grande part des adultes sensés prendre soin et des figures d'attachement, il arrive que la survie se fasse au prix d'un conditionnement comportant un évitement tellement massif, que des pans entiers d'expérience passent sous amnésie. Des symptômes de déréalisation, de dépersonnaliation et de perte du sens du temps présent complexifient ce tableau déjà difficile.

Les troubles dissociatifs se distinguent sous leur forme psychoforme et somatoforme (Nijenhuis, 2004), incluant des réseaux neuronaux carapacés à un point tel, que se forment des sous-systèmes de la personnalité, endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010). Les recherches corroborent clairement cette thèse, tant sur le plan des mesures physiologiques (conductance de la peau, potentiels évoqués visuels, variables du système nerveux autonome, activation physiologique – revue par Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002), mais également sur le plan cérébral (Reinders et al., 2003, 2006, 2012), dans le sens de pattern cérébraux différenciés ne communicant pas entre les différents états activés.

D'un point de vue clinique, lorsqu'il y a ESPT complexe avec ou sans troubles dissociatifs, nous avons toujours affaire à de l'amnésie, des phobies, des émotions débordantes, et des réactions de survie.

3. L'amnésie, les phobies et une mauvaise tolérance à l'affect : une réalité à prendre en compte dans la thérapie des trauma complexes

L'amnésie peut être plus ou moins étendue, soit sous forme totale, c'est à dire une non connaissance que quelque chose est ignoré, soit identifiée, c'est à dire avec une amnésie pour le contenu, tout en n'ignorant pas son existence, p.ex. une personne qui nous dit n'avoir aucun souvenir avant l'âge de 12 ans. La plupart d'entre nous avons une amnésie tout à fait naturelle pour ce qui a pu se passer pendant les trois premières années de notre vie.

Les phobies sont multiples. Les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010) énumèrent celles qui sont propres à ce fonctionnement : la peur de s'attacher et en même temps la phobie de perdre l'attachement avec le thérapeute, les peurs des réactions corporelles des traumatismes et de leurs suites, la phobie des contenus traumatiques, et finalement les peurs de la vie quotidienne. L'aspect phobique est ce qui distingue les personnes souffrant de troubles dissociatifs de ceux qui n'ont pas développé cette stratégie de survie extrême.

Outre l'émergence de phobies particulières, d'autres émotions (p.ex : la panique de perdre le lien, la honte et la culpabilité, la colère, la tristesse), vécues soit de manière débordante, soit ne pouvant pas être touchées du tout signalent une mauvaise tolérance à l'affect. Sans toucher aucun réseau traumatique, certaines émotions sont déjà mal vécues dans la vie quotidienne. Au moment où est abordé un réseau traumatique, l'émotion stockée s'ajoute à la difficulté de tolérer celle du quotidien, rendant le travail de retraitement difficile et laborieux, entraînant le plus souvent le blocage du traitement de l'information et de l'évitement par la suite.

Même lorsque les personnes sont informées, parfaitement consentantes et demandeuses pour se débarrasser de leurs traumatismes, la peur émergeant au moment où ces réseaux dissociés sont touchés est toujours de la partie. Le clinicien doit en tenir compte, sinon il en va du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, ce qui signe le plus souvent l'arrêt de la thérapie, par réflexe auto-protecteur.
Cependant, lorsque nous considérons les patients souffrant de trauma complexes, nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit de survivants au sens propre. Ces personnes ont pour la plupart fait face à des événements dont nous ne saurons sans doute jamais l'ampleur, sans pour autant savoir consciemment comment ils ont réussi à survivre. C'est la tâche du thérapeute de faire émerger à la conscience cette dimension fondamentale. Il s'agit de personnes, pour lesquelles les méthodes d'exposition simples ne marchent pas, parce que trop confrontantes. Pourtant, ce sont les personnes qui espèrent le plus, à juste titre, d'être aidées par les procédés développées en psychotraumatologie. Alors, comment faire, concrètement ?

4. Le protocole inversé : une piste pour aborder les trauma complexes

Arne Hofmann (2005) a eu l'idée ingénieuse d'inverser l'ordre dans lequel les cibles sont abordées, à savoir commencer par aborder les peurs du futur et du présent, puis traiter les déclencheurs de la vie quotidienne, et finalement aborder le passé en commençant par les événements récents, avant d'aborder ceux d'un passé lointain.
Cette stratégie de traitement, selon l'auteur (Hofmann, 2009) s'adresse spécifiquement aux personnes souffrant d'un ESPT complexe et qui sont instables. Le but en est de permettre une réduction des symptômes dans l'immédiat et une amélioration de la vie quotidienne. L'ordre des traumatismes abordés reste inversé jusqu'à ce que les patients soient suffisamment stables pour pouvoir aborder les souvenirs du passé.
Un autre but du protocole inversé est d'aider les patients, mais aussi les thérapeutes à rapidement commencer l'utilisation de l'EMDR, et de dépasser de possibles tendances à l'évitement par une stabilisation interminable, sans pour autant emmener le patient trop tôt dans une exposition traumatique insupportable.
L'auteur ajoute que ce procédé convient bien aux personnes ayant une histoire d'hospitalisations psychiatriques. Nous pouvons ajouter que nous avons proposé le protocole inversé à tous les patients venus consulter avec des trauma complexes, plus particulièrement lorsque des peurs émergent au cours du processus ou entre deux séances.
Lorsqu'un retraitement ou bien un projet de retraitement suscite un mouvement phobique (p.ex. la peur d'être jugé, la peur du changement, une peur concrète de quelque chose à venir, la peur d'être débordé par ce qui peut apparaître, …), alors cette activation physiologique s'ajoute au travail prévu et risque d'en amoindrir l'efficacité. Il convient dès lors de mettre le projet entre parenthèses, et aborder les peurs émergeantes.
Le protocole inversé concrètement :

A. Pour cibler une situation future perturbante, Arne Hofmann propose l'utilisation de la technique d'absorption. Le procédé exact est décrit dans la fiche consacrée aux méthodes d'oscillatation. Ainsi, la seule exposition à la cible concerne la définition d'un niveau de perturbation (grâce à l'échelle SUD), pour ensuite partir à la recherche de qualités dont la personne pourrait avoir besoin, suivie d'une installation de ressources. A la suite, le SUD est réévalué. Dans la plupart des cas, celui-ci montre une nette diminution.
   Ainsi les éléments perturbants dans le réseau neuronal ne sont pas abordés directement, mais davantage mis en lien avec des ressources.
B. Les déclencheurs du quotidien (p.ex. un rendez vous médical) ou un traumatisme secondaire (p.ex. un dernier examen médical qui s'est mal passé), qui produisent des symptômes dans le présent peuvent être abordés par la méthode CIPOS (Knipe, 2009 ; 2014). Il s'agit d'une méthode d'oscillation. Ici aussi nous renvoyons le lecteur intéressé à la fiche sur les techniques d'oscillation où le CIPOS est décrit pas à pas.
   Le but de ce travail sur les déclencheurs est la diminution des symptômes dans la vie quotidienne et la stabilisation. Le fait que les déclencheurs suscitent moins d'envahissement dans le quotidien de la personne, même si le problème de fond n'est pas encore réglé, amène une amélioration du sommeil et des fonctions de base dans la vie du patient. Celui-ci arrive à

mieux contrôler son expérience corporelle, il devient capable de s'apaiser plus efficacement, ce qui permet ensuite de pouvoir aborder les souvenirs traumatiques du passé.

C. Avant d'aborder le passé, cependant, Arne Hofmann propose une évaluation de la stabilité sous la forme de quatre tests :
   - Le test de la vie de tous les jours : est-ce que la personne est capable d'assumer les tâches de la vie quotidienne ?
   - Le test du lieu sûr : est-ce que le lieu sûr peut être installé facilement et la personne peut-elle s'apaiser efficacement entre les séances ?
   - Le test des stimulations bilatérales alternées : est-ce que la personne supporte des SBA ?
   - Le test de l'anamnèse : est-ce que la personne est en mesure de parler de son histoire sans basculer malgré elle dans le trauma ?

   Si ces quatre conditions sont réunies, alors la personne peut être considérée comme suffisamment stable et fonctionnelle pour permettre le travail sur les trauma du passé. Dès qu'un patient se déstabilise, et que ces quatre conditions ne sont plus remplies, le travail sur le passé est remis entre parenthèses et nous invitons le clinicien à revenir aux niveaux A. et B.

D. Les événements du passé sont aussi retraités dans l'ordre inverse de l'occurrence dans la vie de la personne, c'est à dire du plus récent au plus ancien. Plutôt que de rechercher un souvenir source, Arne Hofmann propose aux cliniciens de commencer par des traumatismes secondaires (non centraux) qui ont eu lieu à l'adolescence ou plus tard dans la vie. Ainsi, cet abord fractionné permet de diminuer la charge contenue dans les réseaux et clusters traumatiques.

   Si le retraitement des souvenirs secondaires et récents se fait sans encombre, alors le travail peut continuer avec le retraitement des souvenirs de la petite enfance, et les éléments clés de la problématique abordée (souvenir source et pire souvenir)

Arne Hofmann ajoute que ce processus n'est jamais linéaire. Le plus souvent l'approche, même par le protocole inversé consiste en un « va et vient » entre le travail de stabilisation (A. et B.) et le retraitement des traumatismes (D.)

5. Notre expérience avec le protocole inversé

Appliquer le protocole inversé nous a paru pertinent avec les personnes souffrant de trauma complexes venues consulter en cabinet privé. Ces survivants portent non seulement des séquelles traumatiques considérables, mais sont assaillis au quotidien par des peurs diverses qu'elles soient rationnelles ou non (p.ex. peur de la mort, peur que le thérapeute les laisse tomber s'ils osent s'exprimer, peur qu'il arrive quelque chose de grave s'ils racontent ce qu'ils ont subi, peur de retomber dans la dépression, peur d'une confrontation ou d'une fête de famille à venir, de retourner au travail, …), par une tolérance à l'affect fortement amoindrie, des difficultés relationnelles, des déclencheurs provoquant des réactions corporelles qui rendent leur quotidien pénible à vivre.

Même si nous sommes parfaitement d'accords avec Francine Shapiro pour dire que les symptômes d'aujourd'hui ont à leur base des mémoires dysfonctionnellement stockées, celles-ci nous ont paru difficilement abordables dans un premier temps.

Parmi les outils de stabilisation de base, nous comptons outre le lieu sûr également un exercice de confinement des mémoires du passé (le contenant) et des exercices corporels destinés à apaiser directement le corps.

Nous abordons les peurs du futur généralement par un protocole EMDR standard, sans toucher de trauma dans un premier temps, avec le but de voir rapidement régresser la peur visée. Ce type de retraitement à partir de cibles non traumatiques permet à la personne de faire connaissance et de s'adapter au protocole EMDR sans être débordée par la charge émotionnelle contenue dans les mémoires traumatiques du passé. Ce n'est que lorsque les personnes ne sont pas en mesure de supporter un protocole standard, que nous avons recours à une technique d'oscillation, ou une installation de ressources (voir la fiche sur les techniques d'oscillation).

Nous avons fait l'expérience que les peurs du futur sont de petites cibles qui se neutralisent rapidement. Cela a un effet motivant chez les patients, et renforce ainsi le lien thérapeutique. C'est alors qu'il est possible de poursuivre l'anamnèse, de proposer d'éventuels outils diagnostiques, et de définir des objectifs. Afin de permettre aux personnes, prêtes à se mettre au travail, de toucher leur

capacité à espérer, il nous paraît utile de définir les objectifs comme des scénarios du futur, c'est à dire en soignant le détail jusqu'à aboutir à un « bout de film qui fait envie ».

6. Vignette clinique : Désensibilisation de peurs émergeantes hors trauma.

Sylvie, 46 ans, soignante dans un service de soins palliatifs, vit seule. Elle est divorcée et ses deux enfants entament des études supérieures. Formée en psychotraumatologie, elle a décelé des séquelles post-traumatiques complexes avec des troubles d'attachement dont elle devinne l'origine dans son enfance avec des parents immatures. Elle dit avoir peu de souvenirs de son enfance, et décrit ses symptômes de la manière suivante : une peur de la mort envahissante, dont elle aimerait se débarrasser, une relation avec sa mère problématique, qu'elle aimerait assainir et une difficulté à être heureuse en couple. L'anamnèse donne peu d'éléments malgré la motivation de Sylvie qui décrit ses objectifs de la manière suivante :

- La peur de la mort envahissante ne lui facilite pas son travail, même si Sylvie trouve qu'elle le gère assez bien. Elle aimerait pouvoir penser à la mort, « normalement » comme une personne de son âge, sans angoisses.
- La relation que Sylvie entretient avec sa mère semble problématique, elle décrit ne pouvoir s'empêcher de « porter » sa mère qui l'appelle tous les jours, qui envahit son quotidien. Sylvie décrit une mère immature, toxique depuis toujours, extrêmement négative, régulièrement violente verbalement. Les temps partagés aboutissent régulièrement à une attitude de repli chez Sylvie, avec une impression de ne jamais assez en faire, et de subir le caractère impossible d'une mère dont elle comprend qu'elle ne changera pas. L'objectif par rapport à cette problématique serait au mieux de mettre des limites efficaces à sa mère, au pire de pouvoir prendre ses distances, sans culpabiliser.
- Une troisième thématique qui pèse à Sylvie est une relation amoureuse avec un homme qui entretient avec elle une relation extra-conjugale. Même si cette relation a permis à Sylvie de se sentir moins seule, celle-ci ne correspond plus aujourd'hui à ses besoins, et elle se sent malmenée. L'objectif serait de se sentir bien en couple et avec elle-même.

En phase 1, nous faisons l'anamnèse, établissons un plan de traitement. A la proposition de la thérapeute d'aborder en premier la peur de la mort, Sylvie refuse catégoriquement : « c'est beaucoup trop difficile pour l'instant ». Elle choisit son troisième objectif.

La stabilisation (phase 2) est rapidement acquise : la relation thérapeutique est bonne, Sylvie se sent en confiance. Un contenant et un lieu sûr sont installés, et Sylvie apprend à s'apaiser à l'aide d'exercices d'auto-hypnose et de cohérence cardiaque qu'elle fait efficacement.

Lorsque Sylvie évoque sa relation de couple actuelle et passée, elle indique que celles-ci n'ont jamais vraiment correspondu à ses souhaits. Etre en couple a mené à des échecs, être sans conjoint ne lui convient pas non plus. La thérapeute oriente l'attention de Sylvie vers l'exploration de ses besoins actuels, ce qui aboutit à une liste d'éléments souhaités : davantage de temps partagé, soigner la relation de complicité psychique autant que les relations sexuelles, pouvoir compter sur son compagnon comme sur un ami. Sylvie indique que bien qu'elle soit au clair avec ses besoins maintenant, elle ne se sent pas de les aborder avec son compagnon. Une peur bloquante émerge à savoir celle que son ami ne veuille plus d'elle. Malgré le fait que Sylvie comprend que si elle vit une relation qui ne respecte pas ses besoins, elle ne sera pas heureuse, et si elle souhaite que les choses se modifient, il faudrait au moins qu'elle aborde ces thèmes, elle se sent incapable de mettre en œuvre quelconque pas concret. La thérapeute lui demande si elle souhaiterait ne plus être paralysée par la peur que son ami la quitte si elle exprime ses besoins, ce à quoi Sylvie acquiesce. Nous abordons cette cible qui concerne une peur dans le présent, bloquant un comportement adaptatif (Image : le visage fermé du compagnon qui lui dit « si c'est comme ça, ce n'est plus la peine » ; Cognition négative : Je ne suis pas digne d'être aimée ; Cognition positive : je suis digne d'être aimée ; VoC : 1 ; Emotion : la peur, de l'angoisse ; SUD : 8 ; Localisation dans le corps : la poitrine). Cette cible est complètement retraitée pendant cette séance (SUD :0 ; VoC :7 ; bon scanner du corps).

A la séance suivante, Sylvie rapporte qu'elle a osé aborder ses besoins avec son ami. Celui-ci a accepté d'écouter, lui a dit « oui, oui » quant à ses besoins, mais que rien n'a changé. Le reste de la séance est consacrée à discuter de la dimension professionnelle, où Sylvie indique des conditions difficiles. Elle perçoit qu'un collègue est harcelé et elle se dit qu'elle pourrait être la prochaine cible.

Ici aussi nous aboutissons à une liste de besoins pour Sylvie, et une stratégie pour se protéger d'un supérieur qui apparaît comme harcelant.

A la séance suivante, la thérapeute questionne Sylvie pour savoir où elle en est par rapport à ses besoins dans son couple. Même si la dimension professionnelle a fait intrusion, car elle fait partie de la réalité à laquelle Sylvie doit faire face, il est néanmoins important que la thérapeute ne laisse pas tomber l'objectif de la patiente, à savoir assainir la relation conjugale. Sylvie indique que son ami avait bien entendu ses besoins qu'il a acquiescés, mais que dans la réalité rien n'a changé. La suite de la discussion fait émerger l'idée de poser des limites. Encore une fois, Sylvie entend sur le plan rationnel, tout en indiquant qu'elle se sent incapable de vivre seule. La thérapeute, qui reconnaît cette croyance comme bloquante, propose à Sylvie d'aborder celle-ci en EMDR. A nouveau, tout trauma est confiné dans un contenant, et cette « peur de se retrouver seule » est abordée avec un protocole standard EMDR (Image : Sylvie assise seule sur son canapé, incapable de faire quoi que ce soit ; Cognition négative : je suis abandonnée ; Cognition postive : je peux faire face ; VoC : 2 ; Emotion : une énorme tristesse ; SUD : 9 ; Localisation dans le corps : une boule dans la gorge). Le retraitement se fait en souplesse, et cette cible est complètement reatraitée à la fin de cette séance.

A la séance suivante, deux semaines plus tard, Sylvie indique qu'elle a posé un ultimatum à son ami, qui a réagi en la quittant, en trouvant cela trop compliqué. La thérapeute utilise cette séance pour débriefer ces événements, en centrant la discussion sur les besoins de Sylvie. A la fin de la séance, cette dernière reconnaît qu'elle est étonnée de prendre si bien cette séparation.

A la séance suivante, Sylvie arrive, et contrairement à son habitude qui est de se mouvoir de façon élégante et féminine, elle se déplace avec un pas lourd, et s'assied dans le fauteuil de façon inhabituelle en donnant l'impression comme si elle était un ouvrier dans le bâtiment après une longue journée de travail. La thérapeute, quelque peu interloquée par ce changement d'attitude chez Sylvie lui demande quel thème elle souhaiterait aborder aujourd'hui : « je voudrais grandir » est la réponse surprenante. La thérapeute, suspectant un réseau dissociatif, propose à Sylvie d'aborder cette dimension aujourd'hui, ce qu'elle accepte.

Emerge alors une partie dissociative provoquant de la peur et de l'hostilité de la part de Sylvie. Sur trois séances, ce réseau dissociatif (véhiculé par le système d'action de fuite) est exploré sans toucher de trauma, ce qui amène le tandem thérapeutique à désensibiliser deux peurs l'une après l'autre : « peur d'être débordée par ce qui pourrait émerger et s'avérer incontrôlable » (retraitée en une séance), et la peur de rencontrer cette part émotionnelle identifiée comme une petite fille de 6 ans : « peur qu'elle change de visage et se transforme en personnage d'horreur ». A la fin de trois séances, Sylvie se sent prête à aborder les souvenirs du passé et demande à travailler sur les empreintes précoces.

7. Discussion

Ce cas clinique montre l'intérêt d'aborder les peurs bloquantes au moment où elles émergent. Cela permet d'expliciter ce qui autrement serait resté implicite et viendrait entraver le processus thérapeutique. Nous avons ainsi pu commencer rapidement le retraitement en EMDR, en choisissant dans un premier temps d'aborder ces cibles en confinant tous les traumatismes dans un contenant. Nous pensons que les peurs émergeantes mettent suffisamment à mal les capacités intégratives de la personne pour ne pas y ajouter l'activation et les émotions intenses que contient un réseau traumatique. Contrairement à ce que propose Arne Hofmann, l'auteur du protocole inversé, nous avons pu aborder ces peurs hors trauma avec un protocole standard. Si Sylvie aurait été moins fonctionnelle, nous aurions suivi le conseil de l'auteur en installant des ressources et faire ainsi baisser le SUD en lien avec ces peurs.

Commencer ainsi par de petits objectifs permet à ces cibles d'être rapidement retraitées et de voir se boucler la séance avec le sentiment que cela s'est passé « mieux que prévu ». Outre la surprise de Sylvie de se voir quitter ses peurs aussi rapidement, cela a produit de la motivation à faire le pas suivant dans le cheminement vers ses objectifs.

Nous pouvons supposer que la perte d'un lien conjugal, même s'il n'était pas satisfaisant, a suscité l'émergence d'un réseau dissociatif. Cependant, celui-ci a pu être abordé et Sylvie a pu construire des liens internes bienveillants, même si au départ elle a fait preuve d'une hostilité et d'une peur importantes face à ce qui pouvait émerger. Nous pensons que si nous avions fait l'impasse sur les

peurs émergeantes, le processus thérapeutique se serait bloqué. C'est d'ailleurs ce que Sylvie rapportait de ses essais thérapeutiques précédents, restés infructueux.
Nous pensons aussi qu'il a été utile de suivre le choix de la patiente dans l'ordre des thèmes à aborder. En tant que thérapeute, nous aurions commencé par la peur de la mort, puis abordé la relation à la mère, pour finir par la relation conjugale, dont nous faisons l'hypothèse qu'elle découle des deux thématiques précédentes.
Suive le choix de Sylvie lui a permis non seulement d'atteindre un de ses objectifs en moins de 10 séances, mais a également conduit à une motivation de continuer à explorer ce qui émerge et aborder les traumatismes du passé.

8. Les limites du protocole inversé

Le protocole inversé nous a permis d'aborder des problématiques complexes chez des personnes, quel que soir leur degré de fonctionalité, et a rendu possible l'utilisation du protocole EMDR standard rapidement, également avec ces patients.
Cependant, autant il nous a paru facile d'aborder les peurs du futur, autant le travail sur les déclencheurs mérite une attention particulière. Les peurs du futur peuvent être abordées en étant déconnectées de tout trauma, mais pour les déclencheurs cela n'est pas possible. Néanmoins, guider le retraitement en abordant les déclencheurs qui créent dans la vie quotidienne les symptômes les plus invalidants nous paraît une bonne piste pour amener à une réduction des symptômes et une stabilisation suffisante. Chez des patients présentant des amnésies étendues, les déclencheurs sont la seule piste pour retrouver et retraiter l'information dysfonctionnellement stockée.
Une erreur serait de croire qu'une réduction des symptômes équivaut à ce que la problématique soit réglée. Si les traumas du passé ne sont pas retraités, ces réseaux restent en l'état et sont susceptibles de reprovoquer des symptômes dès que les conditions de vie se déteriorent à nouveau.
Une difficulté qui nous avons rencontré dans l'application du protocole inversé avec des personnes souffrant de trauma complexes a concerné le retraitement des déclencheurs et des trauma du passé. Très souvent nous assistons à l'émergeance de réseaux dissociatifs portant du matériel préverbal. Malgré le fait que le protocole inversé permet aisément d'aborder les peurs bloquantes qui émergent au cours du processus, un autre problème rencontré est que pour d'autres émotions que la peur, la tolérance à l'affect peut être fortement amoindrie et mener ainsi à des blocages et des impasses thérapeutiques dès qu'elles sont suscitées.
Les fiches concernant le protocole précoce (O'Shea, 2009), le protocole des lettres (Dellucci, 2009) et la Boîte de Vitesses (Dellucci, 2010) permettront de compléter le protocole inversé de manière intéressante.

9. Conclusion

Inverser l'ordre de l'approche en trois temps classiquement proposée par Francine Shapiro permet non seulement un abord protecteur de la symptomatologie provenant de traumatisations complexes, mais évite bien des impasses thérapeutiques qui pourraient être dues à l'émergence de peurs bloquantes dans le processus. Ainsi le protocole inversé, s'intéressant avant tout à l'amélioration de la vie actuelle, soutient l'établissement d'une bonne relation thérapeutique nécessaire au tandem patient-thérapeute, et permet d'améliorer les conditions de vie actuelle, réduire la symptomatologie, suscitant ainsi espoir et motivation chez le patient. Même si à l'origine le conseil d'aborder les peurs émergentes propose une stratégie d'installation de ressources, nous avons fait l'expérience qu'il est possible d'appliquer un protocole EMDR standard de la phase 3 à la phase 8, rendant ainsi le retraitement plus efficace et les résultats plus robustes. Bien que le protocole inversé présente une voie de choix, nous suggérons qu'il mériterait d'être complété par d'autres ciblages permettant de prendre en compte trois autres aspects : la construction d'une meilleure tolérance à l'affect pour d'autres émotions que la peur, l'émergence des mémoires préverbales et la dimension des blessures relationnelles.

10. Bibliographie

Bisson, J., & Andrew, M., (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. N° CD003388. DOI : 10.1002 /

14651858. CD003388.pub3.
http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3.Art.No.:CD003388

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D., (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 214-227.

Davidson, P.R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, pp. 305-316.

Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters.* Papier présenté à la 10ième Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

Dellucci, H. (2010). *No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma.* Poster présenté au 11ième Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1er Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.

Felitti, V.J, Anda, R. F, Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A. M.m Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, pp. 245-258.

Garner, D. M., & Garfinkel, P.E. (1997). Handbook of treatment for eating disorders. 2nde édition (1ère édition 1985). New York : The Guilford Press.

Hofmann, A. (2005). *EMDR in the treatment of complex PTSD patients*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Bruxelles, Belgique.

Hofmann, A. (2014). *EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome.* 5ème édition (1ère édition 1999). Stuttgart : Thieme Verlag.

Hofmann, A. (2009). The inverted EMDR Standardprotocol for unstable Complex Posttraumatic Stress Disorder. In Luber, M. (Ed.) *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*. pp. 313-328. New York: Springer Publishing Co.

Knipe, J. (2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* Springer : New York.

Knipe, J. (2014). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation.* Springer, New York.

Maxfield, L., & Hyer, L. A., (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, pp. 23-41.

Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatoform Dissociation : Phenomena, measurement, and theoretical issues.* New York : Norton.

Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of traumarelated dissociation and dissociative disorders. In H.D'Haenen, J.A. Den Boer & P.Willner (Eds.), *Biological Psychiatry* (pp.1079-1098). London : Wiley.

O'Shea, M.K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more.* Norton, New York

Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M., Korf, J., Willemsen, A.T., & Den Boer, J.A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage, 20,* pp. 2119-2125.

Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M. et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder : A symptom provocation study. *Biological Psychiatry, 60,* pp. 730-740.

Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, P.J., Den Boer, J.A. & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious ? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. PLoS ONE 7(6): e39279. doi:10.1371/journal.pone.0039279
http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039279

Reinders, A.A.T.S., Van Eekeren, M., Vos, H., Haaksma, J., Willemsen, A., Den Boer, J. et al. (2008). The dissociative brain : Feature or ruled by fantasy ? *Proceedings of the First International Conference of the European Society of Trauma and Dissociation.* Amsterdam, April 17-19, p.30.

Root, M. P. P., & Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, pp 161-173.

Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization : A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 20* (3) pp 211-217.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and*

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Procedures. Guilford Press. Pour la traduction française : (2006). Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures. Inter Éditions, France.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.* New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Bruxelles : DeBoeck.

Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past. The flexibiliy of memory and the engraving of trauma. American Imago, 48 (4). pp. 425-454.

Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, p. 126–144.

Le conseil d'Arne Hofmann, d'inverser l'approche en trois temps nous a donné la légitimité d'être créatifs en nous sortant de la dichotomie « stabilisation, sans retraitement – confrontation, abord du trauma avec retraitement ». Nous avons fait l'expérience qu'il était plus facile d'aborder une peur irrationnelle, hors trauma[1], avec un protocole standard, qu'un trauma du passé avec une méthode d'oscillation.

[1] Travailler hors trauma consiste à demander à la personne de confiner toute expérience traumatique dans le contenant, pour se centrer uniquement sur la cible choisie. Toute association vers le traumatisme est interrompue, de façon à assurer ce travail fractionné uniquement sur ce matériel visé.

Comme nous l'avons formulé dans notre critique du protocole inversé, et bien qu'il représente une avancée certaine, nous pensons qu'il est insuffisant pour progresser sans heurts avec des patients traumatisés complexes. Nous avons constaté un fossé entre le retraitement des peurs émergeantes et l'abord des déclencheurs, dans le sens où le retraitement des peurs semble facile, tandis que le travail sur les déclencheurs refait émerger les blocages que nous avions constaté dans le travail sur les souvenirs du passé.
De plus, avec des patients motivés par le constat de l'efficacité de l'EMDR à travers le retraitement de peurs du futur, nous avons pu observer lors de ciblages ultérieurs l'émergence de réseaux traumatiques, souvent dissociatifs, contenant la plupart du temps des mémoires préverbales, pour lesquelles il est difficile de mettre en œuvre le protocole standard. Alors si nous suivons la logique du protocole inversé, il faudrait remettre à plus tard leur retraitement, car il s'agit de mémoires d'un passé lointain. Etant donné qu'il ne s'agit pas de souvenirs à proprement parler, il est difficile de les mettre de côté lorsqu'on cible du matériel en lien avec du trauma, car ces mémoires préverbales s'invitent dans le processus de désensibilisation et perturbent le retraitement sur le déclencheur ou le souvenir du passé visé.
Par ailleurs, nous avons aussi observé que nombre de patients avec des trauma complexes souffraient aussi d'une mauvaise tolérance à l'affect, ce qui ne facilite pas l'utilisation d'un procédé destiné à toucher les émotions. Avec ces patients, nous avions l'impression que leur fenêtre de tolérance se réduisait considérablement, dès que l'émotion mal tolérée émergeait, nous éloignant ainsi de la cible abordée et ne permettant pas au déclencheur d'être neutralisé.
Bien sûr, le travail de stabilisation permet d'augmenter la tolérance à l'affect, mais nous croyons que les exercices de stabilisation seuls ne sont pas suffisants. La section suivante nous en dira plus à ce sujet.

3.4. La nécessité de prendre en compte les empreintes précoces

La rencontre avec Katie O'Shea en 2006 a été une autre révélation pour nous. Cette praticienne hors pair nous a enseigné plusieurs éléments essentiels qui sont devenus incontournables dans notre pratique de psychotraumatologue :

- L'utilisation d'un exercice de confinement, qui nous paraît aussi important que le lieu sûr, pour un travail EMDR sécurisé.
- Le travail sur les réseaux émotionnels, spécifiquement, sans toucher de souvenir négatif particulier.
- Le retraitement des empreintes précoces, c'est à dire toute l'expérience ontogénétique avant l'âge de trois ans.

Nous allons aborder ces trois enseignements l'un après l'autre, tels que nous les pratiquons, ce qui implique qu'ils peuvent avoir subis certaines modifications par rapport à ce que les auteurs avaient initialement décrit.

3.4.1. Installer un contenant : mettre de côté ce qui ne peut être abordé dans l'instant présent.

A l'origine, Richard Kluft (1998) a mis au point cet exercice de confinement, qui consiste à faire alliance avec la tendance à l'évitement du patient, en la structurant : à certains moments il est approprié de se confronter au trauma, à d'autres il est utile de le mettre de côté pour se concentrer sur autre chose, comme p.ex. : apaiser le corps, se concentrer sur une tâche particulière, accéder à de bons souvenirs, poursuivre une activité plaisante. Cet exercice de confinement est à notre sens aussi important que le lieu sûr en thérapie EMDR, car il permet également une exposition fractionnée, c'est-à-dire qu'un réseau traumatique peut être abordé partiellement en se centrant sur un aspect uniquement, ou qu'un souvenir peut être isolé de

l'ensemble d'un cluster en contenant plusieurs. Le fractionnement permet au praticien EMDR de sécuriser le processus de retraitement, en ciblant de manière précise et circonscrite le matériel à travailler.
Cet outil du contenant est à la base un exercice d'hypnose. Les stimulations bilatérales du corps en sont absentes, pour ne pas risquer d'activer ce qui est confiné. Outre la capacité à imaginer, la tâche mentale utilisée lors de cet exercice est de « mettre de côté » ce qui ne peut être abordé dans l'instant présent, l'effet escompté étant de limiter les intrusions, augmenter la sensation de contrôle chez le patient, et lui permettre de s'accorder des moments où il peut récupérer. Robert Sapolski (2004) nous apprend l'importance des « zones de récupération » pour faire face au stress et diminuer le risque d'épuisement et de dépression.
Comment, concrètement, un tel outil majeur de stabilisation peut-il être utilisé ?
Plusieurs années de pratique avec des survivants de trauma complexes nous ont amené à définir la procédure suivante :

---

1. Le thérapeute demande un mandat auprès du patient, afin de vérifier si ce dernier est d'accord de faire un exercice servant à mettre de côté ce qui est difficile en ce moment. En général, les personnes en thérapie sont d'accord.
2. Le thérapeute se rend prédictible et explique le sens de l'exercice : « *Il s'agit d'un exercice mental qui sert à mettre de côté ce sur quoi nous n'allons pas travailler tout de suite. Il est important que nous puissions aborder toutes ces expériences difficiles dans de bonnes conditions, c'est-à-dire une chose après l'autre. Je vous demanderai un petit effort d'imagination.* »
3. Imaginer un contenant. Le thérapeute demande au patient d'imaginer un contenant, en le guidant à travers quelques exemples : une boîte, une malle ou un coffre-fort, une armoire, un conteneur de camion, … .
4. Description du contenant. Après avoir laissé le temps au patient d'imaginer le contenant qui lui convient, le thérapeute demande au patient de le décrire en posant des questions sur ses dimensions, la matière, la couleur, …, jusqu'à obtenir une image claire.
5. Imagination dynamique. Ensuite, le thérapeute invite le patient à « ouvrir mentalement son contenant » et s'enquiert de son contenu. Ce pas permet de tester la flexibilité mentale du patient, et son implication dans l'exercice.
6. Contenus mis de côté. Une fois cette étape atteinte, le thérapeute demande au patient de « *laisser aller toutes les choses difficiles du passé dans le contenant, quelles qu'elles soient. Pas besoin de les lister, ni de les détailler, seule l'intention suffit.* » Cette formulation semble importante car elle invite implicitement le patient à lâcher temporairement les souvenirs difficiles, pour les laisser aller dans le contenant. Une fois les souvenirs du passé confinés, cette procédure peut également être appliquée aux choses désagréables du présent, ainsi qu'à d'éventuelles peurs du futur. Bref, tout ce qui peut faire intrusion est mis de côté.
7. Dialogue avec les éléments mis de côté. Une fois que tout le matériel est dans le contenant, le thérapeute invite le patient à dire mentalement aux choses dans le contenant : « *qu'il abordera ces éléments quand il l'aura décidé* », et « *lorsqu'il les abordera, il le fera à son rythme* ». Ce dialogue intéressant permet une communication à plusieurs niveaux : en demandant au patient de tenir ce discours face au matériel confiné, le thérapeute clarifie son intention de ne pas brusquer le patient, d'autre part, le patient se dit à lui même qu'il se traitera avec égard et s'il y a des parties dissociatives de la personnalité, le patient a un discours structurant envers son monde intérieur. Cette étape est terminée, si le patient est calme, et peut noter qu'à l'intérieur du contenant tout est également apaisé.

Si le corps du patient montre une activation corporelle lors de cet exercice, nous faisons l'hypothèse de réseaux dissociatifs sous-jacents. Nous explorons ce qui provoque cette réaction, apaisons le corps pour ne pas entraver les capacités de concentration du patient, et négocions avec lui la nécessité et la promesse de bien vouloir aborder ce qui est confiné, lorsqu'il sera prêt. Le maître-mot est : de bonnes conditions de travail pour tout le monde. Parfois il est nécessaire de confiner des mouvements dissociatifs dans un contenant à part, en attendant que le patient puisse

les aborder dans de bonnes conditions. Si tel est le cas, le thérapeute prend l'engagement de ne pas oublier ce qui a été mis de côté, même si cela ne peut être nommé dans l'immédiat. En général, cet engagement du patient et du thérapeute calme les parties dissociatives ayant émergé, qui souvent se comportent dans une perspective à la première personne (Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

8. Fermer le contenant et l'entreposer dans un endroit tranquille. Pour terminer cet exercice, le thérapeute demande au patient de solidement fermer le contenant et de le poser dans un endroit où il peut attendre tranquillement. Ici aussi, nous suivons les métaphores choisies par le patient, tout en vérifiant qu'il traite ses souvenirs difficiles avec égard et respect. Une grande respiration va clôturer cet exercice et permettra au patient de ramener sa conscience dans le lieu thérapeutique.
9. La consigne est donnée au patient, de confiner toute intrusion involontaire, de même que des souvenirs émergeant à des moments inappropriés, l'invitant à ne pas faire du zèle entre les séances, en pensant aux choses difficiles. Il a le droit et il est encouragé à vivre le mieux possible entre les séances. Cela n'entravera pas le travail thérapeutique, bien au contraire.

Une fois un contenant installé et fonctionnel, il va être bien plus facile d'aller à la recherche de bons souvenirs, de trouver un lieu sûr et d'installer des ressources, car dès que du matériel non souhaité émerge, celui-ci est confiné.
Cette pratique du contenant s'est avérée très stabilisante pour nos patients, et a permis de considérablement raccourcir le temps nécessaire à la stabilisation.
Par ailleurs, le contenant nous a été d'un grand secours, pour aborder des cibles non traumatiques en restant dans un retraitement « hors trauma », c'est-à-dire en ne touchant pas les réseaux traumatiques. Ce travail fractionné a permis à nos patients de faire connaissance avec le protocole EMDR sans être débordés par l'expérience traumatique. Nous pouvons dire que depuis la découverte du contenant, travailler dans de bonnes conditions nous est devenu plus facile.

3.4.2. La Remise A Zéro des Emotions – Resetting Emotions

Cette « Méthode bienveillante de préparation EMDR » mise au point par Katie O'Shea (2009a) consiste à « réinstaller les ressources émotionnelles innées », c'est-à-dire dépolluer les circuits émotionnels, qui se sont chargés d'associations mal adaptées au fil du temps. Il s'agit d'une technique de stabilisation, car l'auteur cible du matériel émotionnel non traumatique dans le but de permettre aux patients « de reprendre confiance en leur système d'Adaptation au Traitement de l'Information » (O'Shea, 2009a). Sur le plan émotionnel cela consiste à retrouver la capacité à ressentir adéquatement des émotions et leur permettre de jouer leur rôle dans l'apprentissage. Se fondant sur la conceptualisation de Jaak Panksepp (1998) au sujet du « circuit neural émotionnel » et sur l'argumentation de Dan Siegel (1999) indiquant que la modulation de l'émotion rend possible le traitement de l'information, O'Shea explique aux patients, en citant Allan Shore (2003), que le rôle de nos émotions est d'attirer l'attention sur ce qui est en train de se passer d'important. Ainsi les émotions sont conçues comme des vecteurs d'apprentissage. Leur bonne gestion agit ainsi comme un facteur de protection face à la chronicisation d'événements négatifs vers des séquelles post-traumatiques.

Katie O'Shea classe les circuits émotionnels fondamentaux en deux catégories, à savoir les émotions protectrices : la honte, la peine pour soi, la peur, le dégoût, la colère et le chagrin/la tristesse - et les émotions épanouissantes ou affects positifs : la fierté, la gratitude, la curiosité, le plaisir, le sentiment d'amour et l'attachement.
Après une explication psychopédagogique sur l'utilité et le rôle des émotions, l'auteur aborde chacun des circuits émotionnels et affects positifs successivement hors trauma, c'est à dire en

demandant au patient de confiner tout matériel difficile dans le contenant et après avoir connecté le patient à un « état sûr », c'est-à-dire un lieu sûr sous la forme d'un état agréable momentané. Il s'agit d'un protocole sans cognitions, principalement basé sur la restructuration cognitive et la signification des émotions. Les stimulations bilatérales continuent tant qu'il a des changements dans le matériel associatif. Dès que des associations négatives ou des sensations physiques émergent, le patient est invité à laisser aller ce matériel dans le contenant et la remise à zéro des émotions continue sur une autre émotion.

C'est en relisant et en réécoutant Katie O'Shea en formation que nous nous sommes rendus compte que notre pratique avait quelque peu divergé de l'enseignement originel.
Fondant notre compréhension de la remise à zéro des émotions sur l'idée de la construction d'une tolérance à l'affect suffisante pour tolérer la charge émotionnelle contenue dans les réseaux traumatiques, notre but premier a été d'élargir la fenêtre de tolérance du patient. La finalité est de lui permettre de se réconcilier avec la nécessité et ses capacités à ressentir des émotions. Autrement dit, il faut que la personne soit en mesure de ressentir et contenir les émotions qui vont être libérées lors du travail sur les trauma. Mais nous savons que dans de nombreux cas, les personnes souffrant de traumatismes complexes ont des lacunes dans ce domaine : elles fonctionnent de manière désaffectivée, promptes à l'évitement, le plus souvent dans la crainte et/ou l'expérience que s'il y a de l'émotion, cela débordera forcément. Déborder veut dire, être tellement aux prises avec l'émotion, que la personne n'arrive plus à s'apaiser volontairement, et qu'elle n'est pas en mesure de gérer les tâches du moment. Il n'y alors ni retraitement efficace, ni intégration. Au mieux, la personne arrive, tant bien que mal, à sortir de ce réseau neuronal, en se blâmant elle-même d'avoir réagi de cette manière, parfois accompagné d'intenses sentiments d'échec, de désespoir ou de honte. Au pire, cet état peut durer plus de temps, allant jusqu'à plusieurs jours, et mener à des mises en danger, à des actions non choisies. En tant que psychotraumatologues et praticiens EMDR, nous avons donc tout intérêt à veiller à ce que le ressenti émotionnel n'ajoute pas de souffrance iatrogène au traumatisme déjà stocké.
Contrairement à Katie O'Shea, nous ciblons l'émotion visée au delà de la dimension cognitive, c'est-à-dire également au travers du ressenti corporel. Habitués aux patients fâchés avec leur corps, nous pensons qu'il est essentiel de leur réapprendre, en même temps que le ressenti psychique, également le ressenti des sensations corporelles qui accompagnent cette émotion. Si nous prenons l'exemple de la colère, le retraitement que propose O'Shea va se limiter aux associations cognitives, et dès que la personne amène des ressentis corporels, comme l'envie de fermer ses poings ou le ressenti de tensions dans les bras, ce matériel est confiné et l'auteur du protocole passe à une autre d'émotion. Dans notre travail nous incluons la dimension des ressentis corporels et nous continuons la désensibilisation jusqu'à ce que le corps soit apaisé avec associations neutres et partagées.
Plutôt que de passer d'une émotion à l'autre, nous avons pris l'habitude de structurer la remise à zéro des émotions en veillant à aller jusqu'à un SUD zéro et à installer une cognition positive au delà de la désensibilisation. Plus nous avons à faire à des patients souffrant de troubles dissociatifs importants, plus la remise à zéro de l'émotion se fait par petites touches, c'est-à-dire sur ce qu'il est possible de retraiter en une séance classique. Nous savons que ces patients ont une mauvaise tolérance à l'affect pour la honte/la culpabilité, la peur, la panique de perdre le lien et la colère, auxquels s'ajoutent souvent la tristesse, le dégoût et une difficulté à tolérer les affects positifs. Avec nos patients souffrant de troubles dissociatifs majeurs, la remise à zéro peut prendre du temps et nous abordons une émotion par séance, quitte à y revenir ultérieurement. Lorsqu'il y a présence de nombreuses parties émotionnelles de la personnalité (PE), cette étape de la remise à zéro des émotions est importante, car ce procédé permet de prendre en compte du matériel émotionnel, sans plonger dans le trauma.

En lien avec la conceptualisation de Panksepp (1998), nous pensons que les différentes émotions sont en lien avec des systèmes d'action spécifiques, p.ex. : l'émotion de la peur est liée au système d'action de fuite devant un danger, la honte est liée à la soumission. Ainsi, devant l'existence de plusieurs PE, nous avons appris qu'il est plus judicieux de conserver une équidistance face à chaque mouvement en faisant un bout de remise à zéro à chaque séance en alternant les quatre émotions les plus importantes à savoir la peur, la honte, la panique de perte du lien et la colère, cette dernière uniquement lorsqu'elle émerge. Nous reviendrons sur ces concepts de dissociation et de notre travail avec ces patients spécifiquement au chapitre 4.

Katie O'Shea aborde la remise à zéro uniquement hors trauma. Dans ce cas, il s'agit d'un exercice de stabilisation. Nous avons appris, avec des personnes très fonctionnelles, l'utilité de laisser se dérouler les associations librement, c'est-à-dire d'inclure la dimension traumatique, si celle-ci émerge spontanément. Cette pratique a considérablement augmenté l'effet recherché de la remise à zéro des émotions chez des patients dont la difficulté à gérer cette émotion était au centre de la problématique.

Ainsi, Nicolas, un jeune homme de 28 ans venu consulter pour des TOC et une angoisse de séparation envahissante, présentait aussi une difficulté à gérer sa colère. Un jour il arrive en séance, la main droite plâtrée. Il coupe court à toute tentative d'exploration de la thérapeute, qui respecte ce choix. Cela n'empêchera pas cette dernière de faire l'hypothèse d'une tolérance à l'affect réduite pour la colère, une émotion qu'elle se promet d'explorer si un jour Nicolas lui en laisse la possibilité. Pour l'heure, l'évitement du jeune homme est entendu comme un souhait de ne pas aborder ce contenu dans le travail thérapeutique[1]. Nous poursuivons avec la remise à zéro de la peur, et la désensibilisation des déclencheurs provenant de situations de séparation, ponctués ça et là par l'apparition de mouvements dissociatifs, qui sont explorés et avec lesquels un lien constructif est créé.
Six mois plus tard, Nicolas arrive en séance en étant hors de lui. Il vient de croiser des agents de la circulation qui l'ont verbalisé pour une transgression mineure du code de la route. Un questionnement visant à la validation de la colère amène Nicolas à confirmer celle-ci bruyamment, la thérapeute propose prudemment une remise à zéro de la colère, en posant la question de savoir s'il aimerait que la colère le pollue un peu moins dans sa vie. Ici Nicolas n'est plus du tout évitant : il acquiesce en précisant qu'il ne peut pas continuer ainsi, car un jour, il va être mis en garde à vue, juste parce qu'il ne peut pas se contrôler. Il se sent visé par les forces de l'ordre du quartier et craint d'être étiqueté comme quelqu'un de violent. La suite de cette séance est consacrée à remettre à zéro la colère en laissant libre cours aux associations émergeantes. Nicolas repart de cette séance, visiblement apaisé. À la séance suivante, la thérapeute pose des questions d'évaluation, parmi lesquelles celle sur la gestion de la colère. « Je n'ai pas eu d'occasion de vérifier » répond Nicolas, de bonne foi, et la thérapeute ne va pas plus loin. Le travail sur les projets précédents reprend.
Lors d'un bilan après les vacances d'été, la thérapeute repose la question sur la gestion de la colère. Trois mois se sont écoulés depuis l'événement de la contravention. « Je n'ai pas eu d'occasion pour vérifier » réitère Nicolas, qui s'attend à passer à un autre sujet. La thérapeute lui demande à quelle fréquence il lui arrivait de se mettre en colère auparavant, d'être déclenché par des éléments apparemment anodins. « Plusieurs fois par semaine, parfois même

[1] Dans le cadre de la Psychotraumatologie Centrée Compétences, pour aborder un contenu donné, nous veillons à obtenir un mandat de la part de la personne venue consulter. Tant que ce dernier fait défaut, nous faisons l'hypothèse que la personne a de suffisamment bonnes raisons pour motiver ce refus, et ce quelles qu'elles soient. En acceptant cela, nous laissons au patient la possibilité de choisir le contenu à aborder, et le moment où il souhaite le faire. Cela offre les meilleures chances pour un travail d'équipe réussi.

plusieurs fois par jour, » répond Nicolas. « Et vous me dites que vous avez manqué d'occasions pour vérifier ? » s'enquiert la thérapeute, en laissant au jeune homme le temps de prendre conscience de ce changement. « C'est vrai, c'était chaud, quand même, » indique Nicolas en souriant, « ça va quand même mieux maintenant ».
Le confort gagné est souvent rapidement intégré dans la vie de tous les jours, comme si ce changement allait de soi, avec une perte du souvenir de l'état d'avant. D'une part, nous pensons qu'il s'agit là d'un vrai changement. Cependant, pour que la personne puisse gagner en autonomie, nous pensons qu'il est utile qu'elle soit consciente de ses ressources. Pouvoir l'intégrer de manière réfléchie permet de mettre ces compétences mises en œuvre au service du prochain changement visé. Nous reviendrons à cette question au chapitre 6.
Lorsqu'une émotion devient une problématique en soi, nous n'hésitons pas à faire un protocole EMDR standard, en y incluant le travail sur les cognitions.

Une dernière modification que nous avons amenée à ce travail de remise à zéro des émotions est de l'avoir étendu aux sensations corporelles problématiques. Dès 2006, nous nous sommes autorisés à cette pratique, car bon nombre de personnes avec des trauma complexes, et dans l'incapacité de ressentir des émotions ont cependant accès aux sensations physiques, parfois désagréables. Etant donné que nous tenons à installer chez nos patients une ligne de base d'un corps tranquille, pleinement orienté et en sécurité dans l'ici et maintenant, comme le propose Jim Knipe (2009), celle-ci devient une constante toujours disponible, à laquelle le patient peut apprendre à revenir. Cette pratique s'est avérée très utile chez des patients présentant des troubles de la somatisation, où les sensations physiques sont souvent ressenties à la place des émotions. Ici aussi, ce travail de remise à zéro des sensations désagréables peut être fait de deux manières : soit hors trauma, soit en laissant venir les associations librement. Dans le premier cas, cela s'apparente à la « stratégie du bout du doigt » de Gonzales, Mosquera & Fischer (2012). Nous avons constaté, que les patients très dissociatifs, à partir du moment où ils sont volontaires et se sentent en sécurité dans le lien thérapeutique, se donnent accès à ce qui peut être abordé et intégré sur le moment. Ce serait une erreur de croire que tout a été retraité en une fois. Mais il est possible d'avancer d'un petit pas à chaque séance.
Une remarque très importante quand on travaille à neutraliser des sensations émergeantes, est de croire que toute sensation est d'ordre psychosomatique. Si une sensation ne régresse pas pendant la séance de remise à zéro, il est impératif d'envoyer le patient chez son médecin généraliste, afin d'exclure toute affection organique qui nécessiterait une investigation et l'instauration d'un traitement.

3.4.3. Le Retraitement des empreintes précoces – Resetting Emotions

Cette innovation apportée par Katie O'Shea (2009b) est d'une importance fondamentale dans le travail psychotraumatologique avec les patients souffrant de trauma complexes. La majorité des patients ayant vécu des expériences négatives pendant l'enfance n'ont pas attendu l'âge du souvenir conscient pour les vivre. Elles se produisent dès la naissance, dans certains cas même avant (NCTSN, 2003). Nous pouvons donc aisément faire l'hypothèse d'inscriptions traumatiques dans le système du patient, qui remontent à la période préverbale.

L'article qui va suivre, est une version résumée de notre travail sur le retraitement des empreintes précoces traumatiques concernant cette période de vie. Pour plus de détails, nous y reviendrons au chapitre 4, en lien avec la dissociation. Nous avons également ajouté notre premier écrit à ce sujet (Dellucci, 2012) dans la partie annexe de ce travail.

Dellucci, H. (sous presse). Les empreintes précoces. Le retraitement EMDR des mémoires préverbales. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, consultante EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Les empreintes précoces

Le retraitement EMDR des mémoires préverbales

1. Introduction

La thérapie EMDR s'est assortie par le biais de Katie O'Shea d'un protocole permettant d'aborder et de retraiter les expériences du début de la vie (O'Shea, 2009). L'importance de ces interactions précoces est reconnue parmi de nombreux courants psychologiques. Nous savons aujourd'hui que les empreintes d'un âge préverbal ont leur importance, surtout dans le traitement des traumatismes complexes. Les circonstances de vie difficiles n'attendent pas l'âge ni la capacité de former des souvenirs conscients pour survenir. Les statistiques nous apprennent que le lieu de violences le plus important est la famille (voir la fiche sur les violences domestiques). Il nous paraît dès lors important d'inclure les vécus traumatiques précoces dans le plan de traitement.

Lorsque des empreintes de blessures préverbales surgissent dans le retraitement autour d'une autre cible, que celle-si se situe dans le présent ou le passé, même s'il s'agit de l'événement préalablement conceptualisé comme le souvenir source, le processus est modifié, le retraitement se fait différemment, ce qui peut surprendre le praticien EMDR qui ne s'y attend pas.

Il est utile que le thérapeute EMDR connaisse le travail spécifique avec ces traumatismes particuliers, pour être en mesure de proposer un retraitement efficace.

Dans ces pages, nous décrirons brièvement le protocole précoce, ainsi que les particularités à prendre en compte dans ce type travail autour des expériences qui se sont déroulées avant l'âge de trois ans.

2. Les empreintes précoces : des souvenirs avant tout corporels

Lorsque nous abordons les empreintes précoces en EMDR, nous assistons avant tout à une émergence de traces mnésiques corporelles, qui peuvent s'accompagner de mouvements spécifiques, d'impressions non rationnelles, autour de thématiques fondamentales : l'existence-même, l'attachement, la place reçue auprès des figures d'attachement et dans la famille, ainsi que tout ce à quoi le tout petit et son entourage ont été confrontés.

Il n'y a pas si longtemps circulaient des idées en néonatologie, selon lesquelles un nouveau-né ne pouvait pas ressentir de la douleur, son système nerveux n'étant pas assez mature. Cela ne date que d'une trentaine d'années.

Aujourd'hui, lorsque nous abordons avec des adultes en thérapie EMDR cette période de vie avant l'âge de trois ans, apparaissent des contenus qui nous indiquent que non seulement le tout petit et le nouveau né, mais aussi le fœtus peut ressentir et être influencé par l'attitude de son entourage, éprouver des sensations corporelles, capter des ondes de choc d'événements qui ont touché ses proches. Nous sommes ainsi confrontés à des problématiques, dont les racines peuvent être retrouvées à cette période préverbale. Ces mémoires sont restées le plus souvent implicites, parce que en deçà de la formation de souvenirs conscients.

Katie O'Shea (2001) a eu l'idée de cibler directement ces périodes préverbales, à savoir la phase fœtale, la phase autour de la naissance et celle allant de zéro à trois ans. En utilisant l'EMDR, l'auteur propose de désensibiliser toute émergence en termes de traces mnésiques corporelles ou de contenus mentaux, et d'accompagner le retraitement de tissages permettant de corriger les déficits développementaux.

Dans notre travail autour des empreintes précoces, nous avons avant tout constaté à quel point c'est le corps qui s'exprime. Ces émergences archaïques, qui s'expriment de manière privilégiée par la

dimension sensori-motrice sont ainsi suivies et accompagnées par des stimulations bilatérales à un rythme particulier, et ce jusqu'à ce que le corps soit tout à fait apaisé.

3. Indications pour le traitement des empreintes précoces

Ces traces mnésiques n'apparaissent souvent pas telles quelles dans la vie de l'adulte. Les personnes venues consulter se présentent en thérapie avec des plaintes décrivant un malaise vague, une sensation de mal-être, des dépressions récurrentes, des addictions, des troubles dissociatifs, des troubles de la personnalité avec des difficultés relationnelles, des troubles d'attachement, des somatisations, des zones d'amnésie plus ou moins étendues, des phobies multiples ou un syndrôme anxieux généralisé. Il n'est pas rare que ces patients décrivent des relations familiales complexes, des tentatives récurrentes pour former un couple constructif et stable qui échouent, une difficulté à prendre leur place dans différents domaines de leur vie, et ce malgré de nombreuses tentatives et une motivation certaines.

Katie O'Shea (2006, 2009) propose une liste d'indications qui ajoute les tableaux suivants : l'adoption, des placements multiples, si la grossesse ou/et l'accouchement ont été traumatiques, si la mère a été en détresse physiquement ou émotionnellement pendant la grossesse, l'accouchement ou après, s'il y a eu des difficultés dans le développement, des hospitalisations ou des chirurgies précoces, des maltraitances ou des négligences connues, s'il y a eu un syndrome d'exposition à l'alcool du fœtus, des troubles autistiques, un syndrome d'Asperger, des troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité, des troubles du sommeil, de l'alimentation ou de l'élimination, s'il y a ou il y a eu des détresses émotionnelles envahissantes, un discours incohérent ou bien toute intuition que le malaise puisse être en lien avec une période ressentie comme précoce.

4. Les empreintes précoces dans le plan de traitement

Notre choix de proposer le travail sur les empreintes précoces s'adresse à toute personne souffrant de trauma complexes, dans le but de restaurer les fondements de l'attachement et de la construction du Moi. En termes TAI, nous dirons que nous nous adressons aux mémoires source en deçà des souvenirs source, et ce quelle que soit la problématique abordée.

Nous pensons que si le praticien EMDR décèle des indications qui lui font supposer des mémoires archaïques traumatiques, le travail sur les empreintes précoces devrait se faire en premier, avant d'aborder d'autres problématiques plus spécifiques, donc avant d'établir un plan de ciblage. Cela suppose bien sûr, que le praticien puisse expliquer le bien fondé de cette approche au patient, et que ce dernier soit partant et motivé par cette stratégie thérapeutique. Il arrive aussi que le praticien soit confronté à un patient souhaitant aborder une problématique précise, sans être intéressé par un travail plus fondamental sur le début de la vie. Dans ce cas, nous suivons le choix de la personne.

S'il s'avère nécessaire, au cours du travail, de réajuster le ciblage autour des empreintes précoces, il sera toujours possible de mettre entre parenthèses le plan de ciblage pour y revenir une fois les traces existentielles retraitées.

Restaurer la fonctionnalité de ce socle d'expériences intra- et intersubjectives amène les personnes à sécuriser leurs attachements, à développer une meilleure acuité de leurs besoins avec une capacité accrue de mettre des limites constructives et à augmenter leur estime de soi.

5. La préparation avant d'aborder les empreintes précoces

Avant de proposer le travail sur les empreintes précoces, il est nécessaire que soit établi une bonne relation thérapeutique, car la qualité d'un contact bienveillant et soutenant de la part du thérapeute, la confiance et la motivation de s'engager dans ce travail de la part du patient sont nécessaires. Pour cela il faut que le patient soit suffisamment stabilisé, c'est à dire qu'il soit capable de s'apaiser lui-même, qu'il ait une bonne tolérance à l'affect, qu'il vive dans un environnement pas trop hostile. Katie O'Shea propose d'apprendre au patient de se sentir en sécurité dans un endroit sécure, par exemple le cabinet du thérapeute. A ce titre, effectuer des exercices d'ancrage corporels et des exercices d'orientation avec l'aide du thérapeute peuvent être utiles, de façon à arriver à un apaisement du corps dans l'ici et maintenant. Ensuite, l'auteur propose la mise en place d'un contenant (Kluft, 1998), permettant de mettre de côté tout trauma sur lequel ne porte pas directement le travail. Fractionner ainsi l'exposition nous permet d'éviter de toucher trop de réseaux traumatiques à la fois.

Dellucci, H. (sous presse). Les empreintes précoces. Le retraitement EMDR des mémoires préverbales. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Un autre exercice de stabilisation que propose Katie O'Shea (2009) est la « remise à zéro[1] » des émotions, avec le but de restaurer la fonctionnalité des ressources émotionnelles. Une émotion après l'autre est abordée et retraitée pour elle-même, sans toucher de trauma. Il s'agit d'un protocole sans cognitions. La tolérance à l'affect ainsi restaurée permettra un travail sur les traumatismes de manière plus sécurisée.

Ajoutons que pour une stabilisation soit réussie, il sera important d'installer un lieu sûr, même si cette démarche peut se faire par étapes. Plus les patients souffrent de trauma complexes, plus un lieu sûr imaginaire peut s'avérer utile, car ce dernier n'est pas en lien avec l'expérience négative du patient. Il peut être nécessaire de combiner l'installation du lieu sûr avec des exercices d'apaisement corporels ou de pleine conscience.

Finalement, cette étape de préparation nécessite d'obtenir le consentement éclairé du patient, de lui expliquer la démarche, de répondre à ses questions et de désensibiliser au préalable toute crainte ou appréhension que cela suscite (voir fiche sur le Protocole Inversé et la Boîte de Vitesses).

Veuillez poser un cadre prédictible: « *Nous allons aborder trois périodes distinctes: d'abord la période fœtale, avant votre naissance, puis le moment autour de votre naissance, et ensuite la période de 0 à 3 ans. Il est normal que nous n'ayons aucun souvenir conscient de ces périodes. L'auteur du protocole, Katie O'Shea dit que s'il y a des empreintes traumatiques, notre corps et notre cerveau les trouvent immédiatement.*

Je vous demanderai de laisser venir simplement, en ne jugeant pas ce qui émerge. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ce qui vient peuvent être des pensées, des images, des impressions, des sensations corporelles ou des émotions. Celles-ci peuvent être impressionnantes, et tout ce que vous aurez à faire est de regarder défiler les choses qui vous viendront en tête tout en faisant attention et en suivant ce qui se passe dans le corps. De mon côté, s'il y a une émotion, j'aurai tendance à continuer les stimulations jusqu'à ce qu'elle s'apaise, puis nous ferons une pause, je vous demanderai de prendre une respiration, et je vous demanderai ce qui vous vient.

Nous n'allons jamais rechercher de vérité, ni de souvenirs. Ce qui peut émerger peuvent être des choses que vous pouvez avoir vécu, ou perçu, voire captées, ou alors qui ont pu être transmises. Nous ne le savons pas. Si quelque chose émerge, j'aurai tendance à juste vous accompagner, et votre cerveau et votre corps le traiteront.

Vous pouvez dire STOP à tout moment si vous en avez besoin. Comment allez-vous dire stop ? (Attendre le signal de la personne).

Les stimulations bilatérales se font par tapotements. Est-ce que vous préférez les tapotements sur les genoux, ou bien préférez-vous les mains ? » (Veuillez montrer les différents types de tapotements de façon que le patient puisse choisir ceux qui lui conviennent).

Il sera important que le thérapeute prenne du temps pour ces explications, et s'assure que la personne ait bien tout compris.

6. Le protocole des empreintes précoces : comment concrètement ?

Les trois périodes de vie, à savoir la phase fœtale, la phase néonatale, et celle allant de zéro à trois ans constituent trois cibles différentes. Katie O'Shea, l'auteur du protocole des empreintes précoces indique, que s'il existe un événement spécifique, celui-ci peut être directement ciblé. Cependant, d'après notre expérience, cibler systématiquement les trois périodes successivement permet non seulement de traiter l'événement connu, mais aborde également toutes les autres empreintes restées implicites.

6.1. La phase foetale

Après avoir posé un cadre prédictible, le ciblage de la phase fœtale se fait comme suit :

Lorsque vous pensez à vous,
en tant que fœtus,

[1] En anglais, l'auteur appelle cette pratique : resetting emotions.

Dellucci, H. (sous presse). Les empreintes précoces. Le retraitement EMDR des mémoires préverbales. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

porté par votre maman,
dans son ventre,
pendant la grossesse,
qu'est-ce qui vous vient ?

Même si l'EMDR n'est pas assimilable à l'hypnose, il est utile de prononcer cette phrase, comme s'il s'agissait d'un induction invitant à une régression d'âge, en suivant une prosodie faisant une pause à chaque ligne indiquée.

Quelle que soit la réponse du patient (en termes d'images, de pensées), nous invitons le thérapeute à explorer aussi les réactions corporelles : *et votre corps, comment réagit-il ?*

Les stimulations bilatérales (SBA) se font par tapotements. Pendant cette phase, les SBA se font au rythme des battements cardiaques d'un adulte. K.O'Shea indique que c'est le son qu'entend le fœtus pendant cette période de vie.

Le travail de désensibilisation continue jusqu'à ce qu'il y ait deux éléments positifs ou neutres. Le retour à la cible se fait à travers la phrase d'amorce décrite ci-avant. Les canaux successifs sont retraités, jusqu'à ce que le retour à la cible ne donne plus que des contenus non spécifiques sous forme d'une image indiquant un foetus comme dans les livres, qui vit sa vie tranquille de fœtus, avec un corps qui est apaisé. Un fœtus en noir et blanc par exemple, ne constitue pas une fin de retraitement, un fœtus qui ne bouge pas non plus.

Le travail autour des empreintes précoces se fait par thèmes. Pendant la phase fœtale, le thème central concerne l'existence-même. Les personnes expriment des contenus comme : « ma mère était perdue, personne ne se doute de moi », « ma mère se demande si elle va me garder », « mon père n'est pas content », « une impression de n'être connecté à rien » ou bien des sensations « il y a beaucoup de bruit », « ça secoue dans tout les sens », « une sensation vague de ne pas être en sécurité », avec des réactions du corps qui peuvent être impressionnantes : « une impression que je ne peux pas bouger », « le corps qui se vrille », « une sensation de coton », « des nausées », puis les associations successives peuvent concerner d'autres moments de vie, comme la naissance, des événements survenus plus tard, pouvant aller jusqu'à des associations concernant la vie actuelle. Tous les contenus émergeants ont comme point commun cette thématique d'existence. Quelles que soient ceux qui émergent, le travail d'accompagnement se fait avec les SBA de la phase fœtale, et le retour à la cible se fait aussi vers cette période-là.

D'autres thématiques peuvent concerner des contenus transgénérationnels. Une patiente, venue travailler autour des empreintes précoces avec la conviction d'avoir eu un jumeau mort in utéro, rapporte les associations suivantes dès le ciblage de la phase foetale : « il y a beaucoup de gens, ils marchent le long d'une route, des kilomètres de files, ils sont fatigués, ils souffrent, ils doivent quitter leur pays, … » et elle pleure intensément, pris d'un chagrin immense devant la souffrance des gens qu'elle perçoit et auxquels elle se sent reliée. Sa thérapeute, quoique surprise par ces contenus, continue le travail de retraitement, car la patiente suit un processus qui avance bien. Dès que ce canal est désensibilisé, le retour à la cible donne les associations suivantes : « il y a beaucoup de bruit », puis « les gens parlent fort, cela me gène », etc. En fin de séance, lors du debriefing, la patiente indique, émue, que ses aïeuls sont d'origine arménienne, et qu'elle est convaincue d'avoir vu des images du génocide, même si elle-même ne l'a pas vécu.

Parfois des personnes indiquent une réponse du corps « figée », ou « c'est silencieux » ou « rien » en termes de contenu mental. Nous invitons le thérapeute à faire la différence entre « rien », qui constitue un contenu, certes montrant une sous-activation comme faisant partie d'un réseau neuronal en retraitement, et un corps détenu, calme. Nous invitons ainsi le patient à localiser ce « rien », et nous continuons le retraitement. Parfois des contenus comme « c'est blanc », « je vois du noir », ou des images de couleurs, voire une image montrant une photo de la mère enceinte sont évoqués. Quels qu'ils soient, tant que le processus n'est pas bloqué, le travail de retraitement continue.

Lorsqu'au retour à la cible, le patient ne donne plus que des contenus positifs, et évoque un fœtus qui va bien, avec un corps apaisé, nous pouvons considérer la phase fœtale comme terminée.

6.2. La phase neonatale

La phase autour de la naissance se cible comme suit :

Quand vous pensez à vous,

en tant que nourrisson,
à la naissance,
qu'est-ce qui vous vient ?

Ici aussi, la désensibilisation se fait par tapotements, mais cette fois au rythme cardiaque d'un nouveau-né. K.O'Shea évoque que dans nos contrées, c'est ce que le nouveau-né entend, l'ouïe étant le sens le mieux développé avant la naissance. Les contenus sont souvent bien plus précis, et les réponses émotionnelles plus fortes : « une impression de carrelage blanc », « des bruits forts », « du froid », « de l'agitation », « une difficulté à respirer », « un toucher qui devient douloureux ». Ici aussi, le travail de désensibilisation se fait tout au long du canal mnésique, jusqu'à évocation de deux éléments positifs ou neutres. Ensuite, le retour à la cible se fait avec la phrase décrite en début de paragraphe. La fin du retraitement de cette période est marquée par un corps détendu, et des contenus de nourrisson tranquille, qui vit sa vie de nourrisson.

Ici les thèmes travaillés concernent avant tout l'attachement et la place reçue dans la famille. Parfois, des personnes n'évoquent que des contenus autour du nouveau né. Il arrive même qu'ils perçoivent le nouveau-né dans une bulle dans l'espace, tranquille, calme. Cela ne constitue pas une indication suffisante pour décrire la fin du travail autour de cette phase. Nous invitons régulièrement les patients, qui n'évoquent pas spontanément des contenus impliquant les figures d'attachement, à imaginer comment ce nouveau-né a été accueilli dans la famille. Cela bouscule surtout les personnes qui jusque-là ont évité tout contenu les mettant en lien avec leurs parents. Cette dimension fait partie du travail sur la phase néonatale. Bien entendu, la sortie de l'évitement est marquée par une réponse émotionnelle et corporelle souvent assez intense, avec laquelle nous continuons le travail.

Ici aussi, des contenus tout au long de la vie peuvent émerger et sont retraités. Le retour à la cible se fait sur la dimension néonatale.

6.3. La phase de zéro à trois ans

Le travail sur les deux périodes précédentes a permis de retraiter les dimensions les plus fondamentales. La suite du travail de retraitement se fait en général sans complications. Le ciblage de cette période de zéro à trois ans se fait en incluant le prénom d'usage donné au patient :

Lorsque vous pensez à la petite/au petit [prénom],
de zéro à trois ans,
qu'est-ce qui vous vient ?

Les SBA se font ici à un rythme habituel en EMDR, soit par tapotements, soit par mouvements oculaires. Les contenus abordés concernent surtout les événements qui se sont déroulés dans cette période de vie, comme des hospitalisations, des séparations, des événements survenus dans la famille, comme des deuils, des accidents, … etc.

Il arrive ici aussi que les personnes indiquent comme première association une photo d'eux lorsqu'ils étaient petits, avant que d'autres contenus ou des réponses plus intenses n'émergent.

La fin de la période de zéro à trois ans se montre avec un tout petit capable d'insouciance, avec un corps détendu.

6.4. Tissages utiles

Au delà du processus de désensibilisation, il peut être utile d'inviter la part adulte du patient, à prendre soin du fœtus, du nouveau-né ou du tout petit. Le thérapeute peut s'aider de tissages comme : *de quoi ce petit bout aurait-il besoin ?* ou bien *que pouvez-vous faire pour ce fœtus/nourrisson/petit pour qu'il/elle puisse aller bien ?* amorçant un travail avec l'enfant intérieur, jusqu'à ce que les besoins développementaux de celui-ci soient assouvis.

Dans ce travail sur les empreintes précoces, les ressentis et les associations peuvent revêtir une apparence « bizarre » : des mouvements involontaires, des impressions venues de nulle part, des ressentis de sous-activation, des mots inhabituels pour décrire cet éprouvé, p.ex : « une gangue sur les avant bras ». Quels qu'ils soient, nous suggérons au clinicien d'inviter le patient à se « *laisser ressentir cela comme n'importe quelle autre émotion* ». Cette démystification des contenus émergeants permet de rester centré sur l'avancée du retraitement.

Dellucci, H. (sous presse). Les empreintes précoces. Le retraitement EMDR des mémoires préverbales. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

7. Changements observés après le retraitement des empreintes précoces

Tout contenu, fondamentalement, appartient au patient. Nous ne faisons pas d'exception pour ceux concernant ce travail sur cette période préverbale. C'est le patient qui mettra un sens, et ce quel que soit le degré de véracité de l'éprouvé ressenti. Néanmoins, il n'est pas rare, lors de la réévaluation, de voir des patients rapporter des confirmations de la part de leurs parents, restés pantois devant les questions que leur pose leur enfant sur des aspects dont ils se croyaient les seuls détenteurs.

A l'issue du travail sur les empreintes précoces, le retraitement des autres souvenirs du passé se fait souplement. Nous faisons l'hypothèse que ce travail se fait sur une période en amont de l'installation de la dissociation, en tout cas en ce qui concerne l'expérience ontogénétique.

C'est notre tâche de thérapeutes d'être attentifs à ces changements qui peuvent se révéler discrets quoique fondamentaux. La personne peut mettre en place des modifications de comportements, de réactions, de schémas tout entiers, sans se rendre compte qu'il y a eu changement. Il est même possible que la personne mette en place de nouveaux modes de fonctionnement, des ressources, tout en se disant aussi dysfonctionnelle qu'avant. En accompagnant ces modifications, l'aide du thérapeute consiste à les rendre conscients et explicites. Nous encourageons de ce fait une réévaluation suffisamment fouillée à chaque reprise de séance.

Les changements observés chez les patients sont de plusieurs ordres : ils semblent davantage en lien avec leurs besoins, et arrivent à mettre des limites permettant de respecter ces derniers. Souvent, ces modifications du comportement se font avec un aplomb qui peut surprendre, et ce sans que le patient le note explicitement, p.ex : « j'ai dit à mes parents que je ne peux pas assumer toutes leurs demandes, que je suis fatiguée et que j'ai besoin de repos » indiquait une patiente qui se plaignait d'épuisement face à des parents très demandeurs qu'elle ne pouvait s'empêcher de voir quotidiennement pour leur porter assistance.

D'autres changements que nous observons concernent une sécurisation des relations d'attachement, et une meilleure estime des patients envers eux-mêmes. Certaines personnes trouvent ou retrouvent des passions qui leur permettent de vivre une vie avec davantage de sens, d'autres font face aux défis de leur quotidien avec plus de solidité.

8. Particularités à prendre en compte dans le travail autour des empreintes précoces

Le retraitement des empreintes précoces dure en moyenne entre trois et quinze heures. Nous ne pouvons pas prédire à l'avance combien d'empreintes traumatiques seront trouvées et retraitées. En l'absence de mémoires préverbales traumatiques, ce travail se résumera à une installation de ressources. Il peut être très utile de programmer le retraitement des empreintes précoces sur des périodes plus longues de deux ou trois heures, voire davantage.

Même si le retraitement des mémoires préverbales peut se montrer puissant et efficace, les empreintes précoces ne bougent pas entre les séances. A la séance suivante, la personne retrouve exactement le travail de retraitement à l'endroit où il a été suspendu auparavant, et ce quelle que soit la durée de l'intervalle entre ces deux séances. Ainsi nous avons vu des personnes, ayant interrompu leur thérapie - au gré d'une période d'été ou après des changements importants dont ils ont voulu profiter pleinement avant de continuer leur cheminement – retrouver les mêmes enjeux et contenus laissés à la séance de retraitement précédente. Nous n'avons à ce jour pas d'explications pour ce phénomène, même si des pistes épigénétiques commencent à se dessiner.

Une autre particularité tient au fait que parfois plusieurs dimensions se mélangent. Nous avons déjà évoqué l'émergence de contenus transgénérationnels. Mais il arrive aussi que le travail sur les propres empreintes précoces se mélange avec des expériences d'adulte concernant la même thématique : la grossesse d'une maman, l'accouchement, des images de soi petit se juxtaposant avec celles de ses propres enfants. Cela tient au fait qu'il s'agit de la même thématique. Nous conseillons de simplement continuer le travail de retraitement, tant que le processus se déroule bien.

Le travail sur les mémoires préverbales peut se faire avec des adolescents, pourvu qu'ils soient d'accord et motivés. Dans ce cas, nous proposons un dispositif de thérapie individuelle.

Lorsque le travail sur les empreintes précoces se fait avec des enfants, ou des tout petits, nous impliquons d'office les parents. Pour des enfants en âge d'école maternelle ou primaire, les thérapeutes EMDR enfants proposent la construction d'une histoire narrative, à raconter en présence

des parents, accompagnés de SBA sur l'enfant. K.O'Shea travaille aussi avec des parents et leurs bébés, dans le but d'éviter l'émergence de mauvais traitements à l'égard de ceux-ci. Pour ce faire, elle invite les parents à raconter avec le plus de détail possible, la période allant de la première pensée concernant l'enfant jusqu'à aujourd'hui, le tout accompagné de SBA doux sur l'enfant.

Une autre particularité est celle de la question de savoir s'il s'agit de vrais ou de faux souvenirs. En psychothérapie nous ne recherchons pas de vrais souvenirs. Nous travaillons sur le récit de la personne, ses objectifs, son désir de changement. Cela nous amène à dire que nous travaillons sur des contenus mentaux que les personnes retraitent. Ensuite, nous explorons les changements survenus entre les séances et l'adéquation de ceux-ci par rapport aux souhaits de la personne.

9. Lorsque le retraitement des empreintes précoces se bloque

Même si le retraitement des empreintes précoces s'adresse à la dimension source de l'expérience ontogénétique, nous avons fait l'expérience que le processus peut se bloquer, notamment chez des personnes souffrant de trauma complexes.

Un processus peut s'enliser pour plusieurs raisons :

- Un événement inattendu potentiellement traumatique peut se produire entre deux séances, ayant pour effet une réaction de stress aigue, mettant la personne dans un état de vulnérabilité. Si une telle chose se produit, quelle que soit la cible en cours, il convient de mettre celle-ci entre parenthèses, c'est à dire dans le contenant, et de s'occuper de l'événement qui vient de se produire, car celui-ci prend toute la place dans l'attention de la personne.
- Une peur particulière surgir entre deux séances, voire à l'intérieur d'une même séance : celle-ci tend à capter une partie de l'attention et si elle ne s'apaise pas, mènera inévitablement à de l'évitement du travail en cours. Cela peut concerner une peur « de ce qui peut émerger », « d'apprendre des choses qui vont modifier les relations avec mes parents », « d'être pris pour fou », « que rien ne change », « que ça ne marche pas »,… Quelle que soit la bonne raison pour cette peur, nous conseillons au thérapeute de l'entendre comme une cible à part entière, qui mérite d'être retraitée avant de continuer le travail sur les empreintes précoces. Ici aussi, le travail initial est mis entre parenthèses.
- Une émotion peut devenir prépondérante entre deux séances, et pour laquelle il apparaît que la personne a une tolérance à l'affect affaiblie. Cela concerne avant tout des émotions évitées auparavant. Lorsqu'elles surgissent, elles peuvent aisément prendre toute la place. Ainsi, une patiente rapporte à la réévaluation : « depuis la dernière fois je suis triste, mais triste, tout le temps. » Ici aussi, il convient de fractionner la cible, en mettant le travail sur les empreintes précoces de côté, pour consacrer cette séance de retraitement uniquement à l'émotion, ici la tristesse.
- Une autre source de blocage concernent les éléments transgénérationnels non directement accessibles. Dans la logique du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) élargie à l'expérience partagée, les traumatismes transgénérationnels constituent les souvenirs source avant les empreintes précoces (voir fiche à ce sujet). Si ceux-ci restent dissociés, sous le sceau d'un secret doublé d'une loyauté à ne pas l'aborder, s'il y a un évitement important alimenté par la honte ou par la peur, et qu'ils sont néanmoins en lien avec le thème abordé pendant les empreintes précoces, il se peut qu'ils ne se retraitent pas simplement comme dans le cas de la patiente d'origine arménienne décrit plus haut. Si le thérapeute suspecte une souffrance transgénérationnelle avec un processus qui se bloque, alors nous lui conseillons d'explorer les liens avec la famille d'origine à travers le génogramme. Si cet exercice suscite une peur, ou une émotion qui pourraient s'avérer bloquantes, nous proposons de les aborder d'abord, pour ensuite revenir sur la dimension transgénérationnelle, et puis sur les empreintes précoces.
- Dans la grande majorité des cas, le blocage des empreintes précoces concerne une relation difficile et extrêmement chargée en affect négatif. Aurélie avait soigneusement évité de parler du lien d'attachement lors du retraitement des empreintes autour de la naissance. Elle avait vu le bébé dans une bulle suspendue sur un nuage, seul. Lorsque sa thérapeute lui demande comment cette petite a été accueillie, Aurélie se raidit : « ah non, pas ma mère ! » suivi d'un mouvement émotionnel fait de peur et de colère. Ayant tenté de continuer le retraitement en le centrant sur ces émotions évoquées, celui-ci se bloque rapidement avec le refus d'Aurélie

Dellucci, H. (sous presse). Les empreintes précoces. Le retraitement EMDR des mémoires préverbales. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

d'aller plus loin : « je n'aime pas ma mère, je ne veux aucun contact avec elle ! » La thérapeute demande alors à Aurélie, si elle aimerait se sentir plus tranquille par rapport à sa mère, que cela ne l'obligerait en rien d'être en contact avec elle, ce que la patiente a accepté. La thérapeute a proposé à Aurélie d'écrire une lettre à sa mère et a appliqué le protocole de la lettre. Ensuite, le travail sur les empreintes précoces a pu reprendre, et Aurélie a pu, avec beaucoup d'émotion, laisser sa part adulte s'occuper mentalement du nourrisson, lui dire qu'elle l'aime et qu'elle prendra soin d'elle.

Cette navigation entre le fractionnement d'une cible et la bifurcation vers d'autres cibles intermédiaires pour contourner les blocages sera plus amplement décrit dans le chapitre consacré à la « Boîte de Vitesses ».

10. Empreintes précoces : Conclusion

Pour conclure, nous aimerions souligner à quel point la considération et le traitement des empreintes précoces peut être une démarche puissante, au service de changements fondamentaux chez la personne. Notre expérience avec ce travail sur les mémoires préverbales nous amène à pousser tout psychotraumatologue à considérer et à aborder cette période cruciale du début de la vie. Les patients qui s'engagent dans un tel travail, montrent des changements fondamentaux de l'ordre d'une sécurisation de leurs attachements, une plus grande prise en compte de leurs besoins, une meilleure capacité à négocier leurs limites et une estime de Soi améliorée et ce de manière totalement intégrée entre la pensée, le ressenti et l'action comportementale.

Classiquement en EMDR, il fallait connaître le souvenir, pour pouvoir le traiter. Aujourd'hui nous savons que ce n'est plus nécessaire. Des protocoles nouveaux permettent aux thérapeutes bien formés d'accéder à de blessures provenant d'une période où il n'y avait pas de mots pour les nommer et d'aider les personnes à s'en affranchir.

Cependant, même si les observations cliniques sont encourageantes, il serait utile et nécessaire de les valider par une démarche de recherche rigoureuse, qu'il s'agisse de recherches fondamentales en physiologie et en neurosciences, ou bien d'études cliniques contrôlées.

Bibliographie

Kluft, R. P., (1998). Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* pp. 90 – 98.

O'Shea, M. K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. W. W. Norton & Company, New York.

O'Shea, M. K. (2009). EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. W.W. Norton & Company, New York.

O'Shea, M.K. (2006). Rebuilding the Foundation. Reconnecting the Self. Atelier présenté au Congrès EMDR Europe à Istanbul, Turquie.

O'Shea, M. K. (2001) Accessing and repairing preverbal trauma and neglect. Papier présenté au Congrès EMDR Canada, Vancouver, Colombie Britannique, Canada.

Aujourd'hui nous ne pourrions plus nous passer du protocole des empreintes précoces dans la thérapie EMDR. Nous sommes à chaque fois étonnés de ce qui émerge, et émerveillés par les résultats. Les patients sont en général assez motivés pour aborder les expériences de cette période de vie, même si cela ne faisait pas partie de leur demande initiale. Ces observations cliniques mériteraient d'être étayées par des recherches et éclairées par une perspective développementale.
Nous avons été étonnés d'observer, à quel point les traumatismes du passé et les déclencheurs, après le retraitement des empreintes précoces, devenaient abordables chez de nombreux patients. Tout se passe comme si la remise à zéro des émotions et le travail sur les empreintes précoces rendaient nos patients plus solides et plus à mêmes de se confronter à leurs souvenirs difficiles. Nous pourrions aisément imaginer que le travail sur les empreintes précoces ait pu retraiter la dimension existentielle de ces souvenirs, les rendant de ce fait moins envahissants et moins prompts à déclencher des réactions de survie aussi massives. Cibler ces souvenirs par la suite permettrait alors de retraiter l'activation résiduelle.
Cependant, ici aussi, il y a des exceptions. Avec les patients souffrant de troubles dissociatifs, il n'est pas rare, que le retraitement des empreintes précoces ait bien fonctionné, … sur une partie des réseaux neuronaux. Nous avons quelques fois été confrontés à la nécessité d'y retourner, une fois le système interne mis en lien et l'expérience des parties émotionnelles devenue accessible. Nous conjuguerons cette question au chapitre suivant.

Katie O'Shea n'a pas décrit de blocages au sein du travail sur les empreintes précoces. Malgré notre enthousiasme, nous en avons quand même rencontrés, notamment lorsque la dimension du lien était particulièrement chargée.
Aujourd'hui, nous avons la possibilité d'étendre le fractionnement du travail à la seule dimension du lien, si c'est nécessaire. Etant donné la primauté de la dimension d'attachement, nous pensons que les blessures du lien s'invitent invariablement dans le travail sur une cible choisie, pourvu que le lien ait été éprouvé comme c'est le cas dans la grande majorité des traumatismes. Le lien ne peut être mis de côté, d'autant plus s'il est douloureux. Comme nous l'avons évoqué par le cas d'Aurélie, c'est en traitant la dimension du lien à part, que nous avons pu lever le blocage et aller au bout du retraitement des empreintes précoces.
Pour traiter la dimension du lien, nous avons mis au point une méthode de retraitement douce, inspirée de l'EMDR : le protocole des lettres (Dellucci, 2009b ; sous presse). La section suivante y sera consacrée.

3.5. Aborder spécifiquement les blessures du lien

En tant que thérapeutes systémiciens, nous étions déjà fortement sensibilisés à la dimension relationnelle. En EMDR on considère que la blessure est portée par la personne, même si celle-ci est d'ordre relationnelle. Nous aimerions nuancer cette posture en nous intéressant davantage au lien, dans sa dimension partagée.

Ainsi, Louis, un patient de 48 ans abordant le lien à sa mère, qu'il percevait comme maltraitante, à travers une lettre, constate que sa mère semble moins dysfonctionnelle.
En commençant sa thérapie, Louis était très en colère contre sa mère, trouvait la maltraitance et les abandons successifs, qu'il avait subis à l'âge préverbal, inadmissibles, à juste titre. Il considère son père, décédé, comme le pantin de sa mère qu'il qualifie de manipulatoire, excentrique et immature.
La thérapeute avait pris soin de proposer une remise à zéro de la colère, que Louis avait volontiers accepté. Après cela, le patient constatait qu'il se mettait en colère de manière plus

adaptée, c'est-à-dire lorsqu'on lui manquait de respect et il rapportait être moins débordé par la colère malgré lui, en notant qu'il arrivait à ressentir aussi d'autres émotions. Mais la colère à l'égard de sa mère restait intacte et semblait toujours aussi difficile à lâcher. Louis évoquait qu'il savait que, rationnellement parlant, c'était du passé, mais encore actuellement il se sent lésé dans sa vie de tous les jours. Il évoque ses échecs amoureux, disant clairement qu'il n'ést pas heureux, un état qu'il impute à la maltraitance pendant l'enfance comme principale cause de son mal-être.
La lettre à sa mère a fait l'objet d'une douzaine de séances de retraitement et Louis semble se saisir de ce dispositif pour une remise en question plus large. Louis avait reconnu la nécessité de se protéger de sa mère dans un premier temps, pour ne pas se consumer de rage. La thérapeute avait validé cette prise de distance, étant donné que le récit du patient sur les faits et gestes de sa mère ne laissaient pas de doute sur l'importance de la maltraitance.
Au fur et à mesure des séances, Louis semblait petit à petit oublier les bonnes raisons qui l'avaient fait se protéger de sa mère, et il recommençait à la voir sur de courtes périodes, d'abord en présence d'autrui et dans des lieux publics, puis également seul et chez elle. Le plus étonnant est que le discours de Louis sur sa mère changeait : elle avait l'air moins dysfonctionnelle, et apparaissait comme quelqu'un qui elle aussi avait été malmenée par la vie, et qui n'avait pas su mieux faire.
La loyauté de Louis à l'égard de sa mère était forte, quoiqu'à travers un lien très blessé, même si cela lui a été difficile de la reconnaître, tant ses efforts pour se différencier d'elle était importants. Lorsque la thérapeute a fait remarquer à Louis que son discours sur sa mère avait changé, ce dernier rapporte que même si cela lui paraissait difficile à croire, sa mère se comportait de manière différente : elle semblait se retenir là où autre fois elle l'insultait, ou criait tout simplement, elle consentait à prendre soin d'elle et semblait traiter son fils avec plus d'égards. Même si tout n'était pas réglé, Louis pouvait aborder ce qui le dérangeait et faire des propositions de changements à sa mère, que celle-ci semblait écouter.

Que s'est-il passé ? Plusieurs questions se posent :

- Est-ce que le Louis a changé ?
  Certainement. Le patient était motivé et volontaire pour travailler sur lui en thérapie. Avant la lettre à sa mère, les empreintes précoces avaient été abordées, mais le processus avait rapidement bloqué, Louis tournait en rond avec sa colère, qui pourtant était remise à zéro. Le patient a incontestablement fait un énorme travail sur lui, dont les effets étaient visibles aussi dans d'autres domaines que la relation à sa mère.
- Est-ce que la mère a changé ?
  Selon les dires de Louis, on pourrait le croire. Il aurait été intéressant de pouvoir observer Madame et de constater des comportements et un discours différent. Nous pourrions mettre en doute la parole du patient, mais cela ne nous a pas paru pertinent. En discutant avec Louis, de la place qu'il pouvait prendre face aux changements de sa mère, il évoquait qu'il est possible qu'il ait été moins tendu en sa présence, mais que celle-ci avait vraiment changé de comportement et ne disait plus les mêmes choses qu'avant.
  Deux séances plus tard, Louis a rapporté avoir peut être trouvé une raison au changement de comportement de sa mère : elle semblait s'engager dans une relation amoureuse. Pour nous, cela est un signe de changement manifeste, que nous ne pouvons imputer au changement de comportement de Louis
- Y a-t-il eu un changement dans la relation ?
  Suivre cette piste consisterait à supposer l'existence d'une alchimie mystérieuse entre deux personnes, qui pourrait relier deux êtres de manière particulière. Nous ne prenons

pas de grand risque à évoquer cela, sauf à dire qu'une importante souffrance pourrait renforcer le lien, aussi dysfonctionnel soit-il.

Si nous considérons le cas de Louis et de sa mère, nous pouvons supposer un lien fort, basé sur du ressentiment, de la colère allant jusqu'à la rage du côté du patient, des propos insultants et des cris du côté de la mère. Nous pourrions imaginer que face aux émotions fortes exprimées par son fils adulte, la mère aurait pu ne pas savoir comment se comporter, en multipliant les maladresses, les tentatives de reprendre le contrôle, en se protégeant comme elle avait appris à le faire. La mère, depuis la mort du père, il y a 9 ans, n'avait jamais refait sa vie. Louis, bien qu'en couple, remettait régulièrement en doute l'attachement qu'il ressentait envers sa femme.

Parmi les changements les plus marquants, la mère s'est ouverte à un autre homme, et Louis a cessé de remettre en doute son couple. Même si nous n'avons pas de mesure exacte de l'unité relationnelle, ni de son degré de bonne santé, notre sensibilité systémique y voit un changement majeur, au sein même du lien.

- Y a-t-il eu un changement fortuit, indépendamment de l'un, de l'autre, et du lien ?

  Cette possibilité ne peut être exclue. Il est possible que l'amoureux de la mère ait surgi tout d'un coup dans l'environnement, ait apaisé la mère de manière telle qu'elle a changé de comportement, et que cela ait permis au fils de la voir autrement. Mais, même à distance, le fils ne semblait pas apaisé, malgré le fait qu'il avait fait des progrès sur la gestion de sa colère. Le fait qu'il y ait eu un effet sur le lien conjugal de part et d'autre nous paraît être un changement significatif, au delà de toute possibilité de modification fortuite. Nous savons que pour nous ouvrir à un lien amoureux, il faut qu'il y ait suffisamment de disponibilité, pas l'inverse.

Une vision intégrative sur le plan diachronique et synchronique (Silvestre, 2015) inviterait à entrevoir des modifications, à la fois chez Louis, mais avant tout sur le plan du lien dont il a pris soin. Ce n'est pas la première fois qu'un patient nous fait la remarque : « c'est comme si vous aviez travaillé avec mon parent », alors que celui-ci se trouve à l'autre bout de la planète. Nous y reviendrons dans la section consacrée aux traumatismes transgénérationnels.

Suite à ces observations, nous pouvons oser les idées suivantes :

1. Faire l'expérience d'un ou plusieurs traumatismes a des effets sur les liens significatifs : le trauma attaque le lien. Au traumatisme originel s'ajoute une blessure du lien.
2. Au delà de la première idée, nous pensons que lorsqu'un traumatisme comporte aussi une blessure relationnelle, il est pertinent de faire la distinction entre une blessure individuelle et une blessure du lien d'attachement.
3. Cibler un événement traumatique consiste à activer le réseau neuronal en lien avec le souvenir de l'événement, auquel va s'ajouter également la dimension d'attachement envers les personnes impliquées. Si les blessures du lien contiennent une grande charge émotionnelle, ou si leur nombre est important, celles-ci, en plus du souvenir ciblé peuvent dépasser les capacités d'intégration chez des personnes fragiles sur le plan du lien.
4. Il est possible d'isoler le lien d'attachement en vue de l'assainir, c'est à dire évacuer les aspects souffrants de façon à ce que la loyauté puisse être vécue de manière constructive.
5. Une fois le lien d'attachement assaini, celui-ci va devenir une ressource, permettant de plus facilement aborder le trauma individuel.

Cet argumentaire en cinq points nous pousse donc à différencier le travail sur le lien de celui sur le traumatisme porté par la personne individuellement, que nous appellerons trauma individuel, par opposition à la blessure du lien, qu'elle soit traumatique ou non.

L'article qui va suivre va évoquer l'émergence et la description du protocole des lettres. Cette procédure, appliquée des milliers de fois en thérapie avec des patients souffrant de trauma complexes depuis 2007, n'a jamais bloqué, à deux exceptions près :

Francine, une patiente de 44 ans avec un diagnostic de Trouble de Stress Extrême pas autrement spécifié (DESNOS), venait en thérapie suite à une rupture sentimentale inconsolable. Pour s'apaiser face à une douleur psychique insoutenable, elle avait trouvé le moyen de se taillader les bras tous les jours, ce qui l'apaisait, dit-elle. Lorsque Francine, très contrôlante, également avec sa thérapeute, a travaillé sur une lettre à Patrick, le compagnon qui l'avait quitté, plusieurs parties émotionnelles de la personnalité (PE) ont émergé, ce qui a fait fuir la patiente hors du lieu de thérapie. Par la suite, dans la continuité thérapeutique, ces PE ont pu être explorées prudemment, la lettre ayant été mise de côté, car la thérapeute l'avait jugé trop confrontante.
Francine a fini par écrire un livre à Patrick, un récit faisant 270 pages, qui lui a permis de mettre des mots sur sa souffrance, prendre de la distance, à renoncer à s'auto-mutiler, à s'alimenter à nouveau. Elle a fait la demande de retraiter la totalité des pages écrites. Environ un quart a fait l'objet d'un retraitement, au delà duquel la thérapie a pu être terminée.

Le second blocage a concerné Lise, une patiente de 45 ans, qui avait consulté pour dépression trois mois plus tôt. Vivant en famille, mère de trois enfants, elle a été amenée à écrire une lettre à sa mère au vu de ses réactions irascibles la concernant. Lors du retraitement avec le protocole de la lettre, Lise a soudainement pris conscience que sa mère l'avait empoisonné ainsi que sa petite sœur décédée toute petite et qu'elle-même n'était pas morte, en raison de son poids supérieur qui avait permis aux soins d'être efficaces. Cette réalisation, doublée d'une levée d'amnésie brutale a surpris la patiente autant que sa thérapeute. Le retraitement a été stoppé et il s'en est suivi des exercices de stabilisation. La thérapeute n'avait pas du tout envisagé ce tableau clinique chez la mère de la patiente. Ce qui pouvait ressembler à un Syndrome de Münchhausen par procuration chez sa mère, et d'en avoir été victime, ainsi que sa sœur, a été une réalisation trop violente pour Lise. Elle a arrêté la thérapie sans aller plus loin, en évoquant qu'elle devait s'occuper de ses parents vieillissants, séparés, la mère continuant à maltraiter le père.

Ce dernier cas pas banal, a attiré notre attention sur l'importance de dépasser le préjugé que les auteurs de violences ne seraient que des hommes. Nous avons été rendus attentifs à ces blessures du lien et ces traumatismes perpétrés dans l'intimité relationnelle sans que ceux-ci n'aient pu être étiquetés comme tels. Dès lors, nous pensons qu'ils méritent d'être abordés en douceur.

Le protocole de la lettre, même s'il s'agit d'un procédé doux, qui respecte les capacités d'intégration du patient, ne fait pas exceptions aux autres outils de confrontation : si aborder une blessure du lien par une lettre suscite de la peur, celle-ci est retraitée au préalable, avec un protocole standard, de manière fractionnée, c'est à dire en mettant de côté la lettre et son contenu. Si le travail sur ce lien fait émerger des parties émotionnelles de la personnalité, l'exploration de la dimension non-traumatique de celles-ci et la création d'un lien constructif devient une priorité.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, consultante EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Le Protocole des Lettres

Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées »

1. Introduction

En psychotraumatologie des cas complexes et chroniques, il est enseigné que plus la traumatisation est d'ordre relationnelle, chronique et date de la prime enfance, impliquant les parents ou des figures d'attachement, plus il est difficile d'aider ces personnes dans une approche qu'on pourrait qualifier de linéaire. Même les thérapeutes expérimentés décrivent régulièrement un travail de longue haleine, sans succès garanti (Follette & al, 1991; Herman & Schatzow, 1984 ; Korn & Leeds, 2002). Souvent ces thérapies sont décrites comme des entreprises laborieuses, semées d'embûches (Dye & Roth, 1991; Goodman & Nowak-Scibelli, 1985), qui décourageraient tout apprenti thérapeute avec l'injonction : c'est trop compliqué.

Nous proposons dans ces pages une lecture alternative, ainsi qu'un protocole spécifique, pour retraiter en douceur ces blessures relationnelles sans créer de déstabilisation iatrogène.

2. Les traumatismes du lien, une vaste affaire

Plus la traumatisation d'ordre relationnelle est prépondérante, plus la capacité-même à être en relation est impactée. Cela concerne les relations avec l'entourage, qu'il soit familial, intime, ou professionnel, mais aussi celle avec le thérapeute, ainsi que la personne face à elle-même, c'est à dire dans la manière dont elle se traite. Les collègues spécialisés dans les questions de l'attachement en lien avec les troubles dissociatifs (Barach 1991, Liotti 1999, Brewin, Andrews & Valentine, 2000 ; Lyons-Ruth et al. 2006) nous apprennent à quel point ce vecteur si central qu'est l'attachement est important pour les mammifères que nous sommes. Un lien d'attachement sécure est fondamentalement stabilisant. Si la capacité à être en lien est impactée, tout le travail sur les traumatismes se fait « sans filet » et il nous manquera cette dimension relationnelle sécurisante et stabilisatrice dont nous avons besoin pour intégrer l'expérience.

D'autre part, à moins de limiter le traitement psychotraumatologique aux seules catastrophes naturelles et aux accidents sans implication humaine, la majorité des traumatismes contiennent une dose certaine de blessure relationnelle. Si nous distinguons ces deux dimensions du traumatisme, à savoir la part de blessure individuelle (la surprise devant un événement inattendu, la douleur subie, le débordement émotionnel, …) et la part de blessure d'ordre relationnel (le vécu de trahison, l'absence d'empathie, la perte de confiance, le manque de soutien, …), nous pouvons affirmer sans trop de risque de nous tromper, qu'aborder un souvenir traumatique implique le travail sur ces deux dimensions simultanément. La personne retraitant une mémoire traumatique du passé ne viendra donc pas travailler sur un seul événement, mais également sur une multitude de ramifications relationnelles en lien avec celui-ci. S'il s'agit d'une relation faite d'un attachement pas trop désorganisé, nous pouvons partir du principe que la dose de traumatisation du lien accompagnant la blessure individuelle n'est pas trop élevée. De ce fait celle-ci ne dépassera pas les capacités d'intégration du patient et le travail de désensibilisation et d'intégration par rapport à ce traumatisme se fera dans de bonnes conditions.

Si par contre un événement traumatique vient se greffer sur une relation avec un proche déjà chargée d'une multitude d'événements négatifs, nous risquons d'activer tous ces éléments associés lorsque nous ciblons ce trauma que nous croyions si bien isolé. Ainsi, un événement apparemment simple peut devenir le déclencheur d'un vaste ensemble de réseaux neuronaux chargés en affect négatif non encore métabolisé. Plusieurs réseaux traumatiques à forte charge émotionnelle qui s'activent en même temps

risquent de mener au mieux au blocage, au pire à une déstabilisation majeure. Ces liens souffrants, au lieu de s'assainir, sont susceptibles d'ouvrir la boîte de pandore précédemment évitée avec soin.

Souvent, les personnes touchées par de telles blessures peuvent ne pas se rendre compte de la souffrance relationnelle face à un proche, surtout si la relation dysfonctionne depuis le début, et qu'il n'y a pas encore eu la possibilité de prendre du recul. A la confrontation traumatique s'ajoute alors la réalisation de la souffrance relationnelle, ce qui peut suffire pour bloquer un processus prometteur.

Les personnes impliquées dans des violences conjugales, les enfants ayant subi toutes sortes de violences familiales et de négligences, deviennent souvent, à l'âge adulte, des personnes qui n'arrivent pas à se stabiliser sur le plan relationnel. Cette absence de stabilisation se caractérise par une difficulté à ressentir et partager des émotions avec d'autres personnes dans de bonnes conditions (Delage, 2007) et à former et maintenir des liens d'attachement sécures à l'âge adulte (Demos, 1988; Liotti, 1992; Schore, 1994, 1997; Teicher & al, 1997; Young, 1994). Il n'est pas rare de voir ces patients retourner dans le giron de leurs agresseurs, se retrouver dans des dispositifs où ils sont exploités, et où ils ont de grandes difficultés à mettre des limites et faire valoir leurs besoins. Cela montre, comme le confirme notre travail clinique, combien les liens d'attachement nocifs peuvent être forts.

Outre la nécessité d'une stabilisation spécifiquement relationnelle (Dellucci & Bertrand, 2012), notre premier objectif sera de cibler les blessures uniquement dans leur dimension relationnelle, dans l'espoir de voir s'assainir un certain nombre de relations d'attachment.

3. La découverte du protocole de la lettre en EMDR : vignette clinique

L'idée de combiner le protocole EMDR avec la pratique des lettres thérapeutiques a été apportée par une patiente. C'est ainsi qu'Eliane, 55ans, souhaitant déblayer une série de traumatismes en nombre impressionnant, évoque lors d'une reprise des séances après un épisode de déstabilisation : « je voudrais laisser derrière-moi toutes ces choses difficiles, mais je ne veux pas que ça prenne vingt autres séances. »

Venue en thérapie, envoyée par son psychiatre, Eliane avait des insomnies depuis des années, malgré une dose quasiment toxique de somnifères. Elle a rapidement fait un transfert de confiance de son psychiatre vers la thérapeute. En dépression chronique depuis plus de quarante ans, avec de multiples tentatives de suicide, des passages à l'acte, Eliane vit isolée, travaille en tant qu'employée dans un service public. Son objectif est simple : se débarrasser de toutes ses séquelles post-traumatiques. Lorsque la thérapeute lui demande à quoi elle verra ses objectifs atteints, Eliane évoque : « je pourrai dormir normalement, je n'aurai plus besoin de médicaments, et j'aurai des relations constructives : je verrai des amis, je pourrai me protéger si j'en ai besoin », et elle ajoute prudemment : « et peut-être je pourrai un jour à nouveau être en couple ».

La stabilisation a été rapide, Eliane se sentait en sécurité, et l'attachement entre la thérapeute et Eliane a rapidement permis d'aborder des empreintes précoces (O'Shea[1], 2009, voir fiche sur ce thème plus loin dans cet ouvrage). Ce travail s'est étendu entre septembre et mi-mai sur une vingtaine de séances. Parmi les changements constatés chez Eliane, on peut signaler une meilleure gestion de son sommeil, sans pour autant un arrêt des insomnies, ni des médicaments. Elle montre une meilleure tolérance à l'affect et une capacité accrue à prendre soin d'elle, notamment lorsqu'elle a été harcelée dans son travail. La période de fin mai coïncidait avec une période anniversaire du décès des parents d'Eliane, ainsi que de son frère. Avec ces trois personnes importantes, Eliane avait vécu de multiples agressions de tous ordres, avec une exception pour son père, avec lequel elle disait avoir une bonne relation, sauf lorsque sa mère la maltraitait : alors il s'effaçait complètement, laissant Eliane avec un sentiment d'abandon difficilement gérable. Les épisodes traumatiques avaient été multiples et touchaient quasiment toutes ses relations familiales : un frère toxicomane l'entraînant dans des tournantes, mettant toute la famille en difficultés financières. Dans la famille qu'elle a fondé, Eliane a eu une vie de couple houleuse se terminant par des violences conjugales, un accouchement traumatique (une césarienne en urgence). La seule personne avec laquelle les relations semblaient saines, quoique

[1] Katie O'Shea est l'auteur de ce protocole EMDR très utile, avec lequel il est possible de désensibiliser les mémoires préverbales allant de la période fœtale jusqu'à l'âge de trois ans, une période naturellement sous amnésie.

distantes, sont celles avec son fils, qu'elle ne voyait pas souvent en raison de ses nombreux épisodes dépressifs, selon Eliane.

Cette période anniversaire de fin mai a été marquée par une recrudescence de phénomènes hallucinatoires, sous la forme d'esprits lui intimant de se suicider, que ce ne serait qu'une question de temps. Devant l'hésitation de la thérapeute, Eliane propose elle même, pour la première fois, « d'aller se reposer à la clinique », le temps que la crise suicidaire passe.

Par la suite, une fois sortie, Eliane envisage de prendre des vacances, et un rendez vous pour la rentrée a été fixé. C'est alors qu'elle a pu énoncer un avis critique sur la durée de sa thérapie en rapport avec ses petits moyens financiers d'employée de bureau. Lorsqu'une personne exprime un avis critique, elle a, consciemment ou non, une alternative à proposer. La thérapeute l'a exploré en questionnant : « et comment pensez-vous que nous puissions faire ? » Eliane prit quelques minutes pour réfléchir, puis évoque : « J'aime bien écrire. J'aime aussi l'EMDR. C'est efficace, ça m'a beaucoup aidé. Si j'écrivais une lettre, est-ce que vous pensez que vous pourriez travailler en EMDR avec moi là dessus ? » Ebahie devant autant de créativité, la thérapeute n'a pas osé dire non : « je vous encourage à écrire à qui vous pensez que c'est utile. Je vais réfléchir et trouver un moyen de travailler en EMDR d'ici la prochaine fois. » A la séance suivante, Eliane apporte une lettre écrite à son père : la thérapeute l'a invitée à lire à voix haute sa lettre et a accompagné toutes les émergences corporelles avec des stimulations bilatérales, et ce jusqu'à ce que le corps d'Eliane s'apaise. Lors de la réévaluation à la séance suivante, il s'avère que la lettre reste tout fait neutre. Forte de cette expérience, Eliane avait déjà écrit une lettre à sa mère. En deux séances, le travail autour de celle-ci a été effectué. Ensuite, Eliane écrit une lettre à son frère, en évoquant : « j'y aborde des choses que je n'ai jamais dit à personne ». La thérapeute, invariablement intéressée par les réactions d'Eliane, plutôt que par le contenu de sa lettre, en effet sordide, aborde celle-ci de la même manière que les deux précédentes : trois séances plus loin c'est chose faite. A la suite de cela, Eliane choisit d'écrire une lettre à son chef de service, par lequel elle s'était sentie harcelée récemment. La césarienne en urgence a fait l'objet d'un protocole EMDR standard.

A la suite de ce travail sur un total de 8 séances, Eliane va beaucoup mieux, ne montre plus de signes de dépression et indique ne plus avoir besoin d'aide pour le moment. Elle dort maintenant 6 heures par nuit, avec une dose de somnifères fortement réduite. Son projet de diminuer ses antidépresseurs est discuté avec son psychiatre.

Trois mois après, Eliane allait toujours bien, dormant six heures par nuit, et avait le projet de randonnées avec des amis pendant ses vacances. Des nouvelles prises à intervalles réguliers pendant trois ans ont permis de constater qu'Eliane n'a pas subi d'autre déstabilisation.

Eliane a refait une demande de thérapie six ans après l'arrêt de sa première thérapie EMDR, avec un tableau de douleurs chroniques et à nouveau un épisode dépressif. C'est à cette occasion qu'est apparu que la relation conjugale avec son ex-mari n'avait pas été abordée. Eliane a pu reformer un couple, mais celui-ci ne la satisfait pas. Une nouvelle série de quatre lettres ont été travaillées : une lettre à son ex-mari, qui a pris plusieurs séances, une lettre à une amie proche qui venait de décéder, une lettre à son fils, et une dernière à son compagnon actuel. A la suite de ce travail, Eliane sort de son épisode dépressif et part à la recherche d'une spiritualité qui lui permet de donner un sens à sa vie et à son expérience. Elle peut renouer avec des membres de sa famille lointaine et arrive à se positionner clairement dans ses relations et dans sa vie en fonction de ses choix existentiels.

La déstabilisation majeure a montré, que malgré des avancées certaines, certaines séquelles post-traumatiques restaient néanmoins très actives, au point à faire croire en un épisode de bouffée délirante. Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agissait d'un réseau dissociatif, sans doute dormant jusque là, qui s'est réveillé par une concordance de date - mi-mai à fin juin - à laquelle avaient eu lieu les décès de ses proches, ainsi que toutes les hospitalisations d'Eliane, dont certaines en urgence. Notre proposition de travailler sur les empreintes précoces, avait été guidée par l'objectif d'Eliane, de se débarrasser de la totalité de ses traumatismes et par l'hypothèse que les événements difficiles avaient certainement commencé dès le début de sa vie.

La proposition d'Eliane, de travailler en EMDR à partir de ses lettres écrites a accéléré le processus thérapeutique, mais aussi les changements qu'Eliane a pu mettre en œuvre dans sa vie. Est-ce que nous pouvons dire que la dépression d'Eliane a pu être traitée par le travail sur les empreintes précoces

uniquement ? Nous ne le pensons pas. Ce qui nous guide dans cette pensée est la seconde tranche de thérapie qu'Eliane est venue faire et dans laquelle elle a surtout abordé ses relations conjugales.
Les récentes recherches sur la dépression (Hofmann & al. 2014) viennent corroborer le travail d'Eliane sur ses blessures du lien, en proposant comme traitement de la dépression d'aborder avant tout des événements de vie stressants sous forme de pertes et d'humiliations.

4. Le protocole des lettres : comment concrètement ?

Comme il l'est préconisé généralement en EMDR, nous conseillons aux praticiens de ne jamais travailler sans avoir établi avec le patient un lieu sûr, c'est à dire avoir installé, avec des stimulations bilatérales alternées (SBA), un réseau neuronal exclusivement positif. A cela nous ajoutons un exercice de confinement[2] qui permettra un travail fractionné, et l'apprentissage au patient de techniques d'apaisement corporelles, comme la cohérence cardiaque, de la relaxation, des techniques de pleine conscience ou d'hypnose, que la personne pourra mettre en œuvre de manière autonome.

4.1. L'écriture de la lettre

Le thérapeute demande au patient d'écrire une lettre à la personne avec lequel/laquelle il a un compte à régler :

- comme si la personne (cible) pourrait tout comprendre, tout entendre, même si dans la réalité cela n'est pas vrai
- sans se censurer : avec les mots qui viennent droit du cœur, jusqu'au sentiment d'avoir écrit tout ce qu'il avait à dire.

Cela peut se faire, soit

- en tant que tâche à faire à la maison,
- juste avant la séance (p.ex. dans la salle d'attente)
- ou en séance (en 10 min)

Ici nous considérons le destinataire de la lettre comme la cible. La lettre, qui bien sûr ne sera pas envoyée, constituera de canevas de travail, à partir duquel le protocole des lettres peut être appliqué.

4.2. En séance : 8 étapes

1. Vérifiez le lieu sûr : les images reviennent-elles facilement ?
   est-ce que se projeter dans le lieu sûr apaise le corps ?
   le lieu sûr reste-t-il sûr d'une séance à l'autre ?
   Vérifier le signal Stop, la position des chaises, le choix des SBA, la bonne distance, la motivation de travailler toujours sur cette relation.

2. Rendez-vous prédictible en expliquant la procédure[3] :
   « *Je vous demanderai de lire votre lettre à voix haute. Dès qu'il y aura une émotion ou une sensation corporelle qui émergera, nous arrêterons la lecture, et je vous propose de faire des stimulations bilatérales, en suivant ce qui se passe dans le corps, jusqu'à ce que tout soit à nouveau calme.*
   A ce moment, je vous demanderai de revenir à votre lettre, à la phrase avant celle qui a déclenché l'émotion, et vous pourrez continuer à lire, jusqu'à la prochaine émotion, et alors nous referons des stimulations. Nous allons parcourir ainsi la lettre jusqu'à la fin.
   Il se peut que je vous interrompe pour vous demander ce que vous ressentez. Je vous demanderai toujours de localiser ce que vous ressentez dans le corps.
   Quand toute la lettre sera lue, je vous proposerai de revenir au début et de la relire d'un trait, comme un scanner du corps, c'est à dire en faisant très attention à ce que vous ressentez dans votre corps, juste pour voir si nous n'avons rien oublié. Est-ce que ça va ? » (s'assurer que la personne a bien compris et qu'elle est d'accord)

---

[2] Il s'agit d'un exercice provenant de l'hypnose (Kluft, 1998), et qui consiste à construire mentalement un espace contenant, pour y confiner toutes les mémoires dans l'attente d'être abordées dans de bonnes conditions.

[3] Tout ce qui est noté en italique peut être lu tel quel par le praticien.

3. *Avant de commencer à lire, ressentez-vous déjà quelque chose* ?
    a. Si oui : commencez les SBA, vous êtes déjà à l'étape 4.
    b. Si non : demandez au patient de commencer la lecture

4. Pendant que le patient lit son texte à voix haute, le thérapeute scrute la personne et l'interrompt dès qu'il a l'impression qu'une émotion ou une sensation apparaît. Cela peut provenir d'indications visuelles, ou de la voix du client qui change, ou encore provenir d'un contenu particulier.
   Dès qu'une émotion, ou une sensation corporelle apparaît : demandez à la personne de la localiser dans le corps, puis de se concentrer sur cet endroit, et faites des SBA. Tant qu'il y a des associations et un processus qui change, continuez les séries de SBA et ce jusqu'à ce que le corps soit tout à fait calme.
   Il se peut qu'il y ait une suite de sensations ou d'émotions : continuez les SBA
   Il peut y avoir un canal avec des images, des pensées : continuez des SBA
   Les sets de SBA continuent jusqu'à ce que le corps soit tout à fait calme, et que 2 contenus positifs ou neutres apparaissent, ou alors si la personne sort du processus.

5. Dès que le corps est calme, demandez à la personne de revenir à la phrase avant celle qui a délenché l'émotion, et demandez-lui de continuer la lecture à voix haute.
   Il est intéressant d'attirer l'attention du patient sur le changement qui se produit à l'endroit où auparavant il y a eu une émergence émotionnelle, en lui demandant : « *et maintenant, qu'est-ce que vous notez* ? »
   Souvent la personne dit « rien », ou « ça va » et constate de ce fait que ce qui était problématique avant, ne l'est plus maintenant : cela aide à construire une histoire à petits succès et à en prendre conscience.

6. Répétez les étapes 3 à 5 jusqu'à ce que toute la lettre soit parcourue.

7. Scanner du corps : demandez à la personne de faire un scanner du corps en pensant au destinataire (cible) et à la lettre dans son ensemble.
    a. soit il y a des sensations/émotions qui émergent : SBA comme d'habitude, jusqu'à ce que le corps soit tout à fait apaisé. Passez ensuite à 7b.
    b. refaire un scanner du corps : s'il est positif ou neutre, faites une série de SBA, puis veuillez demander au patient de relire la lettre en restant en lien avec son corps : « *veuillez relire la lettre, en vérifiant avec votre corps si tout est en ordre, ou si nous avons oublié quelque chose* ».
    c. S'il y a du matériel qui émerge, traitez comme décrit du point 3 au point 5. Dans ce cas, refaites un scanner du corps et une lecture bodyscan
    d. S'il n'y a pas d'autre matériel qui émerge, le travail sur cette cible relationnelle est terminé.

8. Clôture : félicitez la personne, et clôturez la séance comme d'habitude en EMDR.
   Clôture d'une séance où le travail de la lettre n'est pas terminé : demandez à la personne de marquer l'endroit de la lettre où la lecture s'arrête, en lui assurant que vous allez continuer la prochaine fois.
   Demandez à la personne de « *mettre dans le contenant tout ce qui n'est pas fini d'être traité* », puis demandez-lui « *de faire un tour dans le lieu sûr* », jusqu'à ce que vous remarquez que son corps est complètement calme.
   Faites ensuite un débriefing habituel, en posant la question de ce que la personne a appris ou gagné de cette séance - cela permet une synthèse du travail accompli - et en discutant éventuellement avec la personne d'un micro-objectif, c'est à dire une petite chose, qui ne soit pas trop coûteux, qui va en direction des souhaits de la personne et que celle-ci aimerait voir se passer d'ici la prochaine séance.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

4.3. La Réévaluation

A la séance suivante, faites une réévaluation, comme d'habitude en EMDR : Explorez

- Comment la personne est rentrée après la dernière séance ?
- Est-elle/il resté-e stable, ou y a-t-il eu une déstabilisation ?
- En cas de déstabilisation, explorez comment la personne a fait pour se restabiliser.
- Evaluez si vous continuez avec la lettre, ou s'il est nécessaire de centrer le travail sur une peur émergeante, une émotion prépondérante ou si du matériel dissociatif émerge qui mériterait qu'on s'y arrête.
- Y a-t-il eu des changements, et si oui : veuillez explorer en détail comment la personne a réussi à les mettre en œuvre. Cela renforcera son autonomie, une dimension importante d'un attachement sécure.
- Veuillez évaluer les changements dans la relation avec le destinataire de la lettre.
- D'autres éléments, prises de conscience, des rêves, cauchemars, …

4.4 Reprise d'une séance incomplète

Veuillez retourner à l'endroit marqué dans la lettre, et reprenez au paragraphe précédent.
Dans certains cas il peut s'avérer utile, de retourner au début de la lettre. La personne en relisant cette section, pourra se rendre compte du changement par rapport à la séance précédente.
En général, dès que la personne aborde la section pas encore travaillée, des émotions réémergent et le travail de retraitement peut continuer.
Le travail sur une lettre peut ainsi prendre plusieurs séances. Tout dépend de ce que les contenus que la personne a mis dans sa lettre permettent de toucher. C'est ainsi que Dominique, une patiente anorexique de 50 ans - venue consulter avec l'objectif d'arrêter le grignotage, qui contrôlait son poids avec une restriction alimentaire et des exercices physiques extrêmes, se tailladant les jambes et le ventre dès que son poids passait de 47 à 48 kg, et avec laquelle toute intervention en EMDR classique avait échoué - a écrit une lettre à sa mère. Celle-ci arrivait en fin de vie, et Dominique qui était enfant unique, se sentait dans l'obligation de s'occuper d'elle, malgré ses réticences. Sa mère l'avait maltraité pendant son enfance, tant physiquement, psychiquement, et émotionnellement avec le but d'en faire une danseuse étoile. La thérapeute avait demandé à Dominique si cela l'intéresserait de se sentir plus confortable dans cette tâche qu'elle s'est donnée, ce à quoi la patiente acquiesçait en paraissant soulagée. La lettre de Dominique consistait en un texte de 20 lignes, écrite sur une feuille d'écolier format A5, dans un langage apparemment désaffectivé, avec une écriture d'un enfant d'école primaire. Le travail EMDR à partir de cette lettre a pris 20 séances. Dominique a pu toucher des sensations physiques dans un premier temps, des émotions par la suite. A chaque séance, la lecture d'un fragment de lettre a donné lieu à un canal de ressentis et d'associations foisonnants. A la fin de chaque séance, Dominique acceptait de mettre de côté ce qui n'avait pas encore fini d'être retraité et a pu repartir apaisée. Lors des réévaluations en début de chaque séance, Dominique rapportait des observations de changements, tant dans la relation à sa mère, que dans les relations avec son entourage : son mari, sa fille, son fils. Elle ne s'est plus tailladée, a pu accepter de porter une tenue féminine au mariage de son fils, et elle a pu trouver du plaisir à s'occuper de ses petits enfants. A la suite de la lettre, Dominique a demandé à travailler sur la dimension des relations intimes avec son mari.
Dans cet exemple clinique, le protocole de la lettre a pu constituer une porte d'entrée vers un travail de retraitement des traumatismes relationnels du passé, là où toute autre approche plus directe en EMDR avait échoué.

4.5 Après le travail avec le protocole de la lettre

Lorsque le travail de retraitement de la lettre est terminé, c'est le patient qui choisit de faire avec sa lettre ce qui a le plus de sens pour lui. Il y a des personnes qui déchirent la lettre et souhaitent la jeter, d'autres la laissent dans leur dossier, ou la rangent dans un endroit précis choisi avec soin, certains trouvent utile de l'envoyer à leur destinataire. Nous avons des exemples, où des personnes ont ajouté à la fin de la lettre un rituel particulier : brûler la lettre, l'enterrer dans un coin du jardin, l'emmener sur la tombe d'un être cher, en faire un masque en papier mâché. Dans notre approche thérapeutique, nous n'intervenons ni dans le choix, ni dans la mise en œuvre de ce qui est fait avec la lettre. Il s'agit d'une démarche autonome de la personne qui constitue parfois la première action dans une relation assainie.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

4.6. La lettre du futur (Yvonne Dolan)

La lettre du futur est un écrit particulier, mise au point par Yvonne Dolan (1991/1996) dans lequel le patient est invité à se projeter dans un futur souhaité, libre de la problématique pour laquelle il est venu consulter. Fréquemment utilisé dans le champ des thérapies centrées sur la solution (De Shazer, 1985/1999, Berg 1994/1998, De Shazer et Dolan 2007/2009), cette technique s'apparente à la question miracle, où le questionnement porte surtout sur un futur souhaité, plutôt que la description d'une série de problèmes. Dans notre champ des thérapies centrées compétences, proches du modèle de Bruges (Isabaert & Cabié, 1997, Isebaert, 2005) et particulièrement en psychotraumatologie (Dellucci, 2014), nous utilisons ce type de lettre lorsque :

- le travail avec les lettres classiques se bloque,
- les personnes se montrent très défensives, malgré un souhait de changement,
- le nombre de problèmes décrits est tel que le thérapeute et le patient risquent de se retrouver ensevelis, confus, et perdent de ce fait toute perspective d'avenir, nécessaire à une stabilisation réussie.

C'est Yvonne Dolan elle-même qui nous a proposé d'utiliser le type de lettre qu'elle propose avec des stimulations bilatérales. Pour l'écriture de la lettre, le thérapeute demande au patient :

- de choisir une date précise dans le futur,
- de choisir une personne concrète à qui écrire et à laquelle il/elle souhaite raconter de bonnes choses,
- de se projeter à la date dans le futur,
- et de décrire une situation, dans laquelle tous les problèmes pour lesquels il a consulté, auront disparus. Décrire le plus concrètement possible, avec les circonstances environnantes, les sentiments, les pensées, etc.

  La personne peut décrire comment elle en est arrivée là, mais ce n'est pas nécessaire. Cela reste une possibilité intéressante, même si la plupart des personnes que nous rencontrons en psychotraumatologie n'ont pas d'idée du chemin à parcourir.

La suite du protocole de cette lettre se fait selon les 8 étapes décrites plus haut sous la rubrique 4.2.

5. Différents types de lettres

Le critère central pour ce travail relationnel est la motivation de la personne à aborder réfléchir sur son lien à l'égard d'une personne. Peu importe la nature du lien ou la disponibilité de la personne. La consigne donnée est conditionnelle : « comme si le destinataire pouvait tout entendre, tout comprendre, même si dans la réalité, ce n'est pas vrai. » Cette injonction, qui semble paradoxale reflète la nature de la dynamique relationnelle. Ainsi, la personne peut écrire à une personne défunte, un membre de la famille qu'elle n'a jamais connu, mais dont elle perçoit l'influence à travers d'autres, comme p.ex. un grand père décécé avant la naissance du père et qui a manqué à toute la famille. Les personnes peuvent écrire à un groupe de personnes, p.ex. une lettre aux femmes de ma famille, ou bien à une institution. Ce qui compte est de produire un écrit qui donnera accès à la dimension émotionnelle implicite, avec le but d'assainir cette relation d'attachement. Il est possible d'utiliser le protocole de la lettre en supervision, où le thérapeute est invité à écrire à son patient. Bien entendu, cette lettre n'est pas destinée à être partagée avec le patient. Dans le travail avec les personnes souffrant de trauma complexes, il est possible d'écrire à une version de soi plus jeune, à un bébé avorté, jusqu'à permettre à des réseaux dissociatifs bien différenciés, d'écrire et de se faire entendre. Quelle que soit la forme du texte, nous avons confiance dans le fait que la personne va choisir les mots justes, dans l'ordre juste, et la séquence des phrases qui correspondent à son niveau d'intégration actuel.

Parfois des personnes ne peuvent pas écrire, et choisissent un texte qui leur parle, ou bien les mots d'une chanson qui les touche. Ce matériel peut tenir lieu de lettre. Avec des personnes illettrées, Marie Pierre Combaz s'est prêtée à écrire une lettre dictée par la personne, en grandes lettres, pour ensuite appliquer le protocole de la lettre avec succès. La personne peut écrire dans une langue que le thérapeute ne comprend pas. Cela ne pose aucun frein au travail d'assainissement de cette relation d'attachement.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

La seule limite que nous avons constaté est lorsque les personnes n'aiment pas écrire ou ne souhaitent pas aborder la relation visée. Si le refus est motivé par une peur, nous abordons d'abord la peur, et par la suite le travail sur une lettre est possible avec soulagement.

6. Soigner les blessures du lien : trois dimensions à considérer

Distinguer la blessure du lien et la blessure propre dans un trauma est pertinente (Steele & Steele, 2003 ; Liotti, 2004) et nous permet d'aborder spécifiquement la dimension d'attachement d'abord. La relation ainsi visée n'est pas faite que de blessures, le lien avec les ressources peut dès lors se faire au rythme du retraitement des émotions négatives. Le protocole des lettres, en suivant une approche par petits pas, c'est à dire ligne par ligne constitue une méthode douce, qui contrairement au protocole EMDR standard, n'active pas le réseau traumatique là où ça fait le plus mal. Ce qui nous a guidé dans la conception du protocole de la lettre est la dimension sensori-motrice proposée par Bessel Van der Kolk (1994) : « c'est le corps qui donne le score ».

Une réflexion qui nous paraît intéressante est la distinction de deux types de mémoire, proposée par Brewin dans la théorie de la représentation double (Brewin et al. 1996 ; Brewin 2001 ; Brewin & Holmes, 2003). L'auteur décrit une « mémoire accessible verbalement », représentant l'accès explicite et autobiographique, avec une possibilité de situer un événement dans le temps et l'espace, et une « mémoire accessible situationnellement », sous-corticale, contenant les fragments perceptuels, les sensations corporelles, les émotions non accessibles consciemment, sans lien avec la mémoire autobiographique et avec une impossibilité de situer l'événement dans le temps et l'espace. Cette distinction nous permet de postuler que le protocole des lettres pourrait relier ces deux types de mémoire dans le travail de retraitement. La personne, en écrivant sa lettre, utilise pour décrire cette relation la mémoire accessible verbalement, sémantique et autobiographique. Le travail en EMDR sur ce texte permet d'accéder et de retraiter les émotions, sensations, images et autres fragments perceptuels « entre les lignes ». Ainsi nous pouvons affirmer que le protocole des lettres, comme le protocole EMDR standard permet de relier ces deux types de mémoires, avec la spécificité ici, de focaliser le retraitement sur la dimension de l'attachement.

Nous avons observé que ce travail se fait sans déstabilisation iatrogène.

Ce retraitement des relations d'attachement peut se faire selon trois dimensions distinctes :

- le lien à l'entourage, qu'il s'agisse de l'entourage direct, ou bien de la famille élargie, jusqu'aux liens transgénérationnels,
- le lien à soi-même, avec la possibilité de s'adresser à une version de soi plus jeune, d'aborder des lettres où s'expriment des parties émotionnelles, et
- le lien thérapeutique : ici c'est le thérapeute qui assainit la relation qu'il entretient avec le patient, en travaillant sur une lettre écrite au patient. Ces lettres d'influence permettent au thérapeute de mettre en œuvre des modifications importantes, se répercutant invariablement chez le patient.

7. Conclusion

Après cette excursion dans la conceptualisation autour des blessures du lien apparaissent trois dimensions relationnelles distinctes à prendre en compte en psychotraumatologie complexe : le lien avec l'entourage, restreint et apparemment plus éloigné, le lien de la personne avec elle-même et d'éventuels réseaux dissociatifs et finalement le lien thérapeutique, dans lequel le thérapeute tient une place importante et de ce fait une influence considérable. Le protocole des lettres, qui se base sur l'écriture thérapeutique en y ajoutant des spécificités inspirées par la rigueur du protocole standard en EMDR semble répondre aux défis des traumatisations d'ordre relationnelles. Ainsi ces blessures qui impactent la relation d'attachement deviennent assainissables, permettant dès lors un retraitement des autres traumatismes dans de bonnes conditions. Même si des recherches sont nécessaires pour étayer ces propos, nous pouvons affirmer que l'absence de déstabilisation observée cliniquement est un argument permettant de considérer le protocole des lettres comme une méthode douce, qui ne perd rien de son efficacité.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

8. Bibliographie

Barach, P. B., (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation, 4*(3), pp. 117-123.

Berg, I. K., (1994). *Family based services: A solution-focused approach*. New York: Norton. Pour la traduction française (1998). Services axés sur la famille. Une approche centrée sur la solution. Paris : Erès.

Brewin, C. R., (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavour Research and Therapy,* 39, pp. 373 – 393.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S., (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review,* 103, pp. 670 – 686.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, pp. 748 – 766.

Brewin, C. R., & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 339 – 376.

Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale,* 28 (4), pp. 391 – 414

Dellucci, (2014). Psychotraumatologie Centrée Compétences. *Thérapie Familiale,* 35 (2), pp. 192 – 226.

Dellucci, H., & Bertrand, C. (2012). Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles. *Thérapie Familiale*, 33 (4), pp. 337 – 355.

Demos, E. V. (1998). Affect and the development of self : A new frontier. In A. Goldberg (Ed.), Frontiers in self-psychology : Progress in self psychology, (Vol. 3, pp. 27 – 53). Hillsdale, NJ : Analytic Press.

Dolan, Y. M., (1991). *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors.* Norton & Company. Pour la traduction française (1996) Guérir de l'abus sexuel et revivre. Bruxelles : Satas.

De Shazer, S. (1985) *Keys to solution in Brief Therapy*. Norton & Company. Pour la traduction française : (1999). Clés et Solutions en Thérapie Brève. Bruxelles : Satas.

De Shazer, S., & Dolan, Y. M., (2007). *More than miracles : The state of the art in solution focused brief therapy. Binghampton.* ,NY : The Haworth Press. Pour la traduction française (2009). Au delà des miracles. Un état des lieux de la thérapie brève solutionniste. Bruxelles : Satas.

Dye, E. & Roth, S. (1991). Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. *Psychotherapy*, 28, pp. 103 – 120.

Follette, V. M., Alexander, P.C., & Follette, W.C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 59, pp. 150 – 155.

Goodman, B. & Nowak-Scibelli, D. (1985). Group treatment for woment incestuously abused as children. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, pp. 531 – 544.

Herman, J.L. & Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, pp. 605 – 616.

Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, .P, Ostacoli, L., Schneider, W., & Hase, M., (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing as an Adjunctive Treatment of Unipolar Depression: A Controlled Study, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 8, No. 3, 103-112.

Isebaert, L. & Cabié, M.C. (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie.* Editions Erès, collection Relations.

Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsortientierte kognitive Therapie.* Thieme Verlag.

Kluft, R. P., (1998). Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* pp. 90 – 98.

Korn, D.L., & Leeds, A.M. (2002). Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12), pp. 1465-1487.

Liotti, G. (1992) Disorganized/ disoriented attachment in the etiology of the dissociative

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.
disorders. *Dissociation*, 5, pp. 196-204.
Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York : Guilford Press.
Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation : Relational adaptations or traumatic experiences ? *Psychiatric Clinical of North America, 29*, pp. 63-86.
O'Shea, M.K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In : R.Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more.* New York : Norton.
Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Schore, A.N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 595–631.
Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization : A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 20* (3) pp 211-217.
Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures.* Guilford Press. Pour la traduction française : (2006). Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures. Inter Éditions, France.
Steele, H., & Steele, M., (2003). Clinical uses of the Adult Attachment Interview. In Cortina, M., & Marrone, M., (Eds) *Attachment theory and the psychoanalytic process.* London : Whurr (pp. 107 – 126).
Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A., Andersen, S.L., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder* (Vol. 821, pp. 161–175). New York: New York Academy of Sciences.
Van der Kolk, B., (1994). The body keeps the score : Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry,* 1, pp. 253-265.
Young, J. E., (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource.

Les pages suivantes vont examiner une forme de blessure du lien particulière, en ce sens que les patients portent des séquelles post-traumatiques concernant des faits qu'ils n'ont eux-mêmes pas vécus : les traumatismes transgénérationnels.
L'article suivant va éclairer davantage les éléments techniques de recherche de trauma transgénérationnels, avec nos propositions pour le plan de ciblage et le retraitement EMDR de ce type de trauma particuliers, que la découverte et la conceptualisation, sur lesquels nous nous pencherons au chapitre 4.

Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... . In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, consultante EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Les Traumatismes Transgénérationnels

Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ...

1. Introduction

Certains auteurs, depuis des décennies, attirent notre attention sur la dimension traumatique de certains événements qualifiés de catastrophe et de leurs effets au sein des familles (Ancelin Schützenberger, 1993, 1996). S'il apparaît clairement comment aider les personnes qui, collectivement, ont vécu un événement traumatique, comment cibler les blessures émotionnelles issues de contenus que les personnes elles-mêmes n'ont pas vécu ? Comment comprendre ces symptômes, qui pour la plupart, n'ont aucun sens apparent ? Et comment prévenir que des blessures traumatiques ne soient transmises ? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers des pistes concrètes de ciblage, et de traitement, entre autres en EMDR.

2. Les traumatismes transmis

Parmi les blessures traumatiques transmises, nous distinguons trois niveaux : les traumatismes familiaux, les traumatismes transgénérationnels et les traumatismes vicariants.
On peut parler de traumatisme familial ou collectif, lorsque les effets traumatiques d'un ou plusieurs événements négatifs s'étendent à plus d'une personne d'un même groupe[1]. Ces blessures produisent des interactions qui viennent modifier ou perturber les liens familiaux, en produisant des ruptures, modifiant les rôles de chacun, ainsi que les sous-groupes dans la famille. La capacité à partager des émotions est altérée et mène souvent à une compensation à travers une tendance à l'enchevêtrement dans un premier temps, un désengagement par la suite. A ce titre, Michel Delage (2007) a rapproché les perturbations au niveau de l'attachement avec la typologie de ces stratégies familiales.

Les traumatismes transgénérationnels peuvent être définis comme des expériences traumatiques, qui ont laissé des blessures émotionnelles, qui s'étendent aux membres des générations suivantes, même si ces dernières n'ont pas expérimenté les faits. C'est ainsi que nous avons été amenés à désensibiliser des séquelles post-traumatiques de la première et de la seconde guerre mondiale chez des personnes qui sont nées après cette période (Dellucci, 2009). Ces personnes ne pouvaient donc pas avoir vécu ces événements, historiquement datés, mais force est de constater, cliniquement, qu'elles portaient bien des séquelles post-traumatiques, allant parfois jusqu'à des troubles dissociatifs avec des manifestations envahissantes.

Une dernière catégorie de blessures transmises constitue les traumatismes vicariants, c'est à dire ceux qui touchent les aidants. Nous parlons de traumatismes vicariants lorsqu'un aidant se retrouve avec des blessures émotionnelles provenant de sa démarche d'aide.
En général cela touche des professionnels dévoués, qui ont à cœur d'aider les personnes, parfois au delà de leurs propres besoins et limites, qu'ils perdent de vue. Trois hypothèses nous guident : soit il s'agit d'une résonnance personnelle, qui peut être exacerbée par une situation professionnelle rencontrée. Aucun professionnel n'est à l'abri de cela. Ce genre de situation, ne se prévient pas, surtout la première fois, car ces résonnances sont pour la plupart restées implicites. Une seconde hypothèse que nous pourrions avancer serait un épuisement du professionnel, provenant d'un

[1] Cette définition peut être étendue à tout groupe, comme p.ex. une équipe, une salle de classe, etc.

Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... . In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

« manque de zones de récupération », une notion chère à Sapolski (2004). Une troisième hypothèse nous fait postuler une contamination du professionnel par les sentiments d'impuissance et de désespoir du patient, lorsque ce dernier perd la perspective du présent et du futur.

3. Les traumatismes transgénérationnels : comment les comprendre ?

Les traumatismes transgénérationnels sont des blessures psychiques portées par des personnes qui n'ont eux-mêmes pas vécu l'événement ayant causé le trauma. La dimension explicite est souvent indisponible ou anecdotique. Les récits, s'il y en a, sont déconnectés de leur dimension émotionnelle, et traités de manière phobique (avec une impression de réveiller un malheur si quelqu'un en parle, avec une pensée magique que cela pourrait se reproduire, si on pense trop fort à l'événement) ou hostile (des personnes qui restent dans une attitude revendicatrice et agressive, sans que personne n'en comprenne le bien fondé, un évitement des personnes qui présentent des symptômes, plutôt qu'une tentative de comprendre). Ainsi, la dimension implicite est présente, à travers des symptômes corporels (p.ex. une activation sexuelle lorsque les médias rapportent des faits divers), des fragments (des images sans fondement, comme une peinture), des contenus et des images éparses (des dessins de squelettes d'un enfant de 11 ans), des phobies d'impulsion (p.ex. une peur de faire du mal à des personnes vulnérables). Les déclencheurs dans la vie quotidienne des porteurs du trauma sont fréquents. Il peut s'agir d'un moment où sont attendus des résultats d'analyses, parfois le déclencheur peut être un enfant lui-même, un lieu, une date, …). Les contenus traumatiques semblent ne pas avoir de sens apparent.

Cependant, un récit permettant de donner du sens apaise, en venant s'insérer dans les repères présents. Souvent, la véracité de ces récits ne peut être vérifiée. Dans la mesure où le thérapeute EMDR travaille à partir des éléments émergeants, et vise à apaiser l'activation physiologique, nous pouvons laisser la construction du récit à la personne à laquelle il appartient. Pour le patient, le contenu du récit a de l'importance. Le rôle du thérapeute reste celui d'un témoin accompagnant.

Les traumatismes transgénérationnels génèrent un évitement plus ou moins massif. Une co-morbidité en termes de troubles d'attachement, de traumatisations ontogénétiques n'est pas à exclure et brouille souvent le tableau clinique. Il convient alors d'établir une hiérarchie de ciblage. Deux chapitres, l'un sur le protocole inversé, l'autre sur la boîte de vitesses, plus loin dans cet ouvrage, seront consacrées à ces questions.

4. Les traumatismes et transgénérationnels et le modèle TAI

Ces blessures sont par essence des blessures relationnelles : les personnes portent des séquelles parce qu'elles sont en lien. En général les blessures relationnelles comportent leur part de trahison, d'espoirs déçus et de deuils, qui viennent s'ajouter à la souffrance du traumatisme en soi. Les blessures relationnelles provenant de transmissions transgénérationnelles ne s'inscrivent pas dans cette logique. Il s'agit de séquelles provenant de la souffrance de quelqu'un d'autre, pas d'une trahison. Souvent les liens envers les personnes touchées par le traumatisme primaire sont constructifs, et ils restent préservés, au delà de la souffrance qu'il suscite.

Le modèle TAI indique que les symptômes d'aujourd'hui proviennent de mémoires et d'informations dysfonctionnellement stockées. Si pour un problème donné, le souvenir source peut être trouvé et désensibilisé, cela a un effet soulageant sur toute la problématique. Si par contre le souvenir source reste inconnu, la cible dans l'enfance sur laquelle se concentre le travail n'est pas le souvenir le plus ancien. Ce dernier peut provenir d'un âge préverbal, ou peut même être plus ancien encore. Etant donné que les traumatismes transgénérationnels ne sont pas explicités, ils ne sont souvent pas mis en lien avec la problématique, et peuvent dès lors agir comme des mémoires qui alimentent une cible dont le SUD ne baisse pas. Ainsi les déclencheurs ne deviennent pas neutres, le travail peut se bloquer et le processus s'enliser.

Une explication possible pour un tel phénomène serait que le souvenir source dans la vie du patient n'est pas le souvenir source de la problématique. Celui-ci doit être recherché explicitement lorsque le plan de ciblage est établi, et une fois trouvé, il convient de le traiter avant le souvenir source ontogénétique.

Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... . In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Les traumatismes transgénérationnels, une fois décelés, constituent de petites cibles, qui peuvent être facilement retraitées. On pourrait se demander pourquoi. Notre hypothèse va dans le sens d'une absence de blessure directe du lien entre le patient et la personne traumatisée à l'origine. Le patient est touché par des séquelles post-traumatiques qu'il porte, mais il conserve également toute son empathie pour le parent traumatisé à l'époque, dont il comprend, à l'aide de sa propre réaction corporelle, la souffrance causée par l'événement initial.

5. Les traumatismes transgénérationnels dans le plan de ciblage

Généralement, un plan de ciblage est établi à partir d'une problématique, ou d'un symptôme posant problème. La première dimension questionnée est la vie quotidienne du patient. C'est ainsi qu'une liste de déclencheurs est établie, pour définir ensuite la pire situation possible, accompagnée d'une cognition négative sous-tendant la problématique.
A partir de la définition d'une cognition, la recherche dans le passé est guidée par celle-ci, et ce jusqu'au souvenir le plus ancien dans la vie de la personne. Celui-ci se situe le plus souvent dans l'enfance, avant l'âge de 10 ans.
En deçà de ces souvenirs déterminés comme sources, nous pouvons identifier le socle des expériences et empreintes précoces, fait de mémoires préverbales traumatiques qui constituent souvent le début d'une problématique complexe, surtout lorsqu'il y a des dysfonctionnements familiaux. Une fiche sera consacrée au cadre de travail avec ces mémoires spécifiques.
En deçà de l'expérience ontogénétique nous pouvons situer l'expérience partagée sur le plan familial. Les traumatismes transgénérationnels en font partie.
Etant donné que les trauma transgénérationnels sont par essence des traumatismes du lien, nous proposons, lors de l'établissement du plan de ciblage, de rechercher le **lien source** de cette problématique, qui risque d'aller bien au delà du souvenir source se limitant à l'expérience du patient.
Deux questions peuvent guider le praticien dans la recherche du lien source :

1. Est-ce que quelqu'un d'autre dans votre famille souffre ou a souffert du même problème ?/ a été confronté à la même chose ?
   La personne est ainsi invitée, soit par questionnement direct, soit par float back ou par pont d'affect, à faire le lien avec sa famille d'origine. Très souvent, une réponse éclairante se fait jour.
2. Qui dans votre famille aurait pu dire la même chose ? : répétez la cognition négative.
   Cette question posée ainsi invite le patient à se décentrer de lui pour vérifier la pertinence d'un message implicite reçu de ses aïeuls. Si le patient retrouve une mémoire, celle-ci est souvent fortement chargée en émotions, et constitue le début d'un récit qui peut surprendre.

Bien sûr, un scénario du futur bien établi permettra au patient de ressentir, de manière tangible, l'espoir de s'affranchir de la problématique le faisant souffrir.
Nous conseillons au praticien de commencer par retraiter la mémoire transgénérationnelle. Non seulement celle-ci constitue une petite cible qui régressera vite, mais permettra un travail avec davantage de sens et d'efficacité pour la suite du plan de ciblage.

6. Les traumatismes transgénérationnels : comment les déceler ?

Outre le questionnement direct lors du plan de ciblage, un autre moyen pour déceler les traumatismes transgénérationnels est l'outil systémique qu'est le génogramme, inventé par Murray Bowen (1974), et qui représente un outil thérapeutique utilisé en thérapie familiale pour aider une personne à se différencier par rapport à sa famille d'origine (Carter & Orfanidis, 1976; Guerin & Pendagast, 1976; Pendagast & Sherman, 1977).
Il s'agit d'une représentation graphique, retraçant les membres de la famille d'origine d'une personne, les générations, la qualité des relations entre les personnes, les héritages et les problématiques et bien sûr les ressources. Plus il y a eu d'expériences négatives, qui peuvent avoir laissé des traces traumatiques, plus il convient de poser des questions de survie au long de cette exploration : comment votre grand-mère a-t-elle fait, après décès de son mari, pour mener la barque familiale avec quatre enfants jeunes ? Comment tel grand père a fait, au retour de la guerre, pour avoir le courage de … . Comment, en dépit des catastrophes qui ont eu lieu, ils ont fait pour avoir des enfants, les élever ? Sur

le plan familial, une famille qui a survécu est une famille qui a réussi à ce qu'il y ait une génération suivante.

Etablir un génogramme permet de mettre en lumière un premier niveau de compréhension pour mettre en face des difficultés traversées, les ressources que les personnes ont mises en œuvre pour faire face à ce qui leur arrivait dans le but d'en faire le moins pire. Le questionnement autour du génogramme est un moment important, qui peut être déstabilisant, si l'accent n'est pas suffisamment mis sur le côté ressource. Outre les compétences et les forces transmises, raconter ce qu'on sait de son histoire familiale, et les émotions que cela suscite, est un moment important qui renforce le lien thérapeutique et permet à la personne de trouver la motivation nécessaire pour aborder ces cibles. Au delà de la dimension thérapeutique, nous utilisions le génogramme comme un outil exploratoire pour trouver des cibles familiales en lien avec une problématique. Le thérapeute décèlera les absences d'informations, les incohérences, bref les « points chauds » et les « points froids ». Ces dernières notions nous ont été inspirées par le concept de fenêtre de tolérance de Siegel (1999). Les « points chauds » sont des relations où peut être repéré une hyperactivation, c'est à dire un débordement par le haut p.ex. par des colères débordantes, des violences, des conflits, une anxiété non contenue, des intrusions, de l'enchevêtrement, des douleurs qui semblent inconsolables. Les « points froids » à l'inverse sont des relations où l'émotion ne peut être ni vécue, ni partagée, où il y a des défauts d'empathie, un manque de soutien, des ruptures, une absence de parole, parfois assortie d'une règle familiale « on ne se parle pas », ou bien « on ne pose pas de questions ».

Une fois un génogramme établi, il est possible de l'impliquer dans le questionnement direct, et ce surtout si le patient manque d'informations pour qualifier les liens, malgré la présence de symptômes ou de somatisations envahissantes. La réponse « oui/non » corporelle ou intuitive peut être obtenue si l'on questionne les différents niveaux du génogramme par rapport à ce qui pose problème : est-ce que ce ressenti a à voir avec votre expérience ? avec la génération de vos parents ? les grand parents ? du côté maternel ? du côté paternel ? Cette recherche davantage « sensorielle » permet de « trouver la bonne adresse » du lien source, pour ensuite le cibler.

Ces cibles permettront de hiérarchiser les « éléments source » pertinents par rapport à la problématique ciblée. Lorsque apparaissent des liens non constructifs de parents auteurs de violences, de négligences et de maltraitances, il sera important de mettre ces conduites en perspective en posant la question au patient : « où est-ce que votre parent a-t-il appris cela ? » Même si les parents sont responsables de leurs actes en tant qu'adultes, cette mise en perspective fait souvent apparaître un lien source les dépassant. Celui-ci peut alors être ciblé directement.

7. Les symptômes d'une souffrance transgénérationnelle

Les principaux symptômes décrits par Hanne Hummel et Michael Hase (2013), qui doivent amener le clinicien à explorer la présence d'une souffrance transgénérationnelle sont le meurtre et le suicide. Nous aimerions affiner cette lecture en ajoutant les tentatives de meurtre et les tentatives de suicide, les passages à l'acte répétés dans le cadre de violences domestiques, qu'elles aient lieu uniquement dans le couple ou s'étendent à d'autres membres de la famille. Lorsque dans une famille il y a des pathologies psychiatriques lourdes comme la psychose, il est important d'inclure la dimension transgénérationnelle dans la conceptualisation du cas clinique. Nous mettons sur le même plan les problématiques d'inceste. Selon Boszormenyi Nagy (1984), ces tableaux cliniques ne prennent sens qu'à partir du moment où la lecture s'étend sur trois générations. L'auteur postule l'existence de loyautés invisibles, c'est à dire non explicites, mais bien présentes sur le plan implicite. Lorsque de jeunes enfants sont ressentis comme dangereux par les parents, nous avons l'assurance que ce qui est perçu chez l'enfant relève de réseaux déclenchés chez le parent, des réseaux traumatiques qui proviennent de son propre passé ou de celui de ses aïeux.

Par ailleurs, nous ajoutons à la symptomatologie transgénérationnelle les secrets de famille, c'est à dire les contenus trop empreints de honte et de peur pour en partager le contenu. Un phénomène que nous avons souvent observé en lien avec des blessures transgénérationnelles non digérées sont les défauts ou les ruptures d'attachement entre parents et enfants, p.ex. entre la grand mère et la mère, alors que grand parents et petits enfants se sentent proches. Ainsi, il n'est pas rare que nous croisons des personnes en thérapie qui décrivent des relations de négligence, de maltraitance qu'ils ont subi de

la part d'un ou de leurs deux parents. Lorsque nous posons la question où ce parent a appris cela, il apparaît fréquemment qu'il vivait déjà cette maltraitance lorsque lui-même était enfant. Logiquement nous pourrions lire là une répétition. Mais ces mêmes patients nous apprennent alors que ce grand parent, qui a maltraité son propre enfant, a été pour son petit fils/fille un grand parent soutenant, empathique. Parfois ces grands-parents prennent même l'allure de héros dans le discours du patient en face de nous. Si on recherche dans le génogramme, on peut retrouver ce schéma relationnel à plusieurs reprises, tant vers les générations plus anciennes, si l'information est présente, ou alors des deux côtés de la famille d'origine.

Un signe plus discret, mais dont la recherche s'avère souvent fructueuse concerne d'importantes différences de traitement parmi les membres d'une même fratrie. Parfois, les parents se rendent compte eux-mêmes de ces différences, losque naît un second ou un troisième enfant, p.ex. une mère responsable et attentive qui se rend compte à la naissance de son fils cadet, qu'elle nourrit « une colère au delà du raisonnable » à l'égard de sa fille aînée. Une recherche par float back nous a amené vers l'arrière grand-mère, mère du grand-père maternel, décédée en couches lors de sa naissance. Les contenus apparus pendant le retraitement décrivaient comment toute la famille, souffrant de cette perte insurmontable, regardait ce bébé comme le meurtrier de sa mère. La haine avait été transmise de génération en génération. Une fois cette unique cible retraitée, la patiente décrit lors de la réévaluation un comportement modifié à l'égard de sa fille, avec le sentiment maintenant d'une implication émotionnelle comparable envers ses deux enfants.

Les phobies d'impulsion, se montrant la plupart du temps sous la forme d'une peur de faire du mal à autrui, alors qu'il n'y a aucun fait avéré, nous donnent aussi un indice pour explorer la dimension transgénérationnelle. Dans la même idée, tout flashback ou intrusion perceptuelle (p.ex. « l'angoisse de mourir à la naissance du premier enfant ») ressentie comme délirante chez des personnes qui par ailleurs n'ont pas de mal à discerner la réalité, doivent mener le clinicien à rechercher des cibles transgénérationnelles. C'est ainsi qu'un élément « la maison de campagne du frère » était soudainement devenue un déclencheur, alors que cet élément était neutre auparavant. Son exploration a marqué le début d'un long retraitement de faits de guerre chez une patiente montrant un tableau clinique dissociatif.

Les symptômes provenant de traumatisations transgénérationnelles, où le contenu est absent, n'ont par définition pas de sens. Ainsi un symptôme d'hyperchondrie apparu soudainement, exploré par pont d'affect a mené à une cible concernant le décès soudain de la sœur (8 ans) du père (6 ans), d'une leucémie foudroyante. Pour cette patiente, attendre des résultats médicaux fonctionnait comme un déclencheur. Dans son histoire, malgré une absence d'amnésie, nous n'avions rien trouvé. C'est à partir d'une somatisation, c'est à dire la localisation, dans sa gorge, de son angoisse hypochondriaque pour ses enfants et son mari, jamais pour elle, que nous avons pu trouver cette cible et la retraiter en une seule séance.

En bref, l'écoute attentive du clinicien, de la dimension relationnelle du patient avec les membres de sa famille actuelle et de sa famille d'origine à travers la recherche de « points chauds » ou « hot spots » et de « points froids » ou « cold spots », tels que décrits plus haut, permet de faire éclore un tableau clinique plus complet à partir duquel un plan de traitement et les plans de ciblage pourront être mieux définis.

8. Les traumatismes transgénérationnels : comment les traiter ?

Une fois ces cibles particulières mises à jour, que ce soit par questionnement direct, par float back, par pont d'affect, ou bien à travers le génogramme, plusieurs possibilités de retraitement s'offrent au tandem en thérapie. Tant que possible, nous invitons le clinicien à privilégier le protocole standard de la phase 3 à la phase 8. Très souvent, ces cibles régressent en peu de temps, c'est à dire une à deux séances. Les cognitions, p.ex. « CN : on va tous mourir ; CP : tout va bien » sont souvent auto-référencées au groupe, plutôt qu'à la personne, ce qui dans une perspective transgénérationnelle a tout son sens.

Si l'émergence d'une cible est accompagnée d'une forte réponse émotionnelle ou corporelle, que la personne est stable par ailleurs et que la relation thérapeutique le permet, le retraitement immédiat

avec un protocole standard sans cognitions peut être effectué, à condition de revenir à un plan de ciblage où les autres cibles de cette problématique feront l'objet d'un travail incluant les cognitions. Le but du travail sur la cible transgénérationnelle est avant tout de toucher la racine émotionnelle et la retraiter. Celui sur les cognitions s'adresse à la chronicité de la problématique, dont on ne peut pas faire l'économie en psychotraumatologie.
Ici, les méthodes d'oscillation (voir la fiche à ce sujet) ne sont souvent pas nécessaires.
Si la dimension transgénérationnelle concerne une relation plutôt qu'un fait, et ce surtout s'il y a foison de cibles possibles, nous proposons le Protocole des Lettres (Dellucci, 2009b). Une fiche sera consacrée à ce protocole plus loin dans cet ouvrage. Cette méthode douce permet de retraiter pas à pas un nombre important de cibles, qui sont pour la plupart des blessures relationnelles. Le but est d'assainir ce lien. Dans les cas de liens non constructifs, où la personne a pris sur elle et porté, parfois pendant longtemps, une large part de la problématique d'un parent ou d'un membre de la famille, nous recommandons d'ajouter un « rituel pour rendre » tel que nous l'avons appris dans les pratiques de constellations familiales (Sparrer, 2004/2007). Ici, ce rituel est effectué à travers un travail avec une représentation mentale, en accompagnant la personne à son rythme par des stimulations bilatérales, jusqu'à apaisement complet de son corps.
Le travail sur des cibles transgénérationnelles dans les cas de troubles dissociatifs importants est à concevoir à part et dépasse largement le cadre de cette fiche. Les techniques décrites au long de ces pages permettent d'approcher un grand nombre de cibles provenant de traumatisations transgénérationnelles, pourvu que le lien thérapeutique soit de bonne qualité et que le patient soit d'accord et motivé. Citons simplement que dans le cas de troubles dissociatifs avec évitement massif il existe des pratiques spécifiques utilisant le protocole des lettres d'une manière particulière ainsi que le protocole double (Dellucci 2014b). Le travail avec les personnes souffrant de traumatismes complexes, avec ou sans troubles dissociatifs nécessite que le clinicien puisse bénéficier de formations spécifiques et un accompagnement en supervision.

Commet prévenir la transmission de traumatismes aux générations futures

La première crainte qui émerge auprès d'adultes touchés, soucieux du bien être de leurs enfants est de leur avoir transmis de la souffrance transgénérationnelle. A cela nous répondons deux choses : d'une part, tout le travail thérapeutique sur les séquelles des traumatismes transgénérationnels qu'ils portent les soulage eux-mêmes et soulage aussi leurs enfants. Nous avons ainsi vu des changements spectaculaires non seulement chez les personnes en thérapie, mais également dans le lien envers leurs enfants, ainsi que celui envers des conjoints et parfois également des modifications salutaires qu'on peut voir chez des parents. C'est ce qui motive de nombreux adultes à s'intéresser et à s'affranchir des traumatismes qui circulent dans la famille. Ils s'engagent dans ce travail en première ligne pour ne pas transmettre à leurs enfants.
La seconde chose que nous indiquons aux personnes est que la transmission est inévitable. Les enfants, les parents, les grand-parents, les autres membres de la famille sont en lien, de fait, peu importe la qualité du lien. On peut faire comme si on n'était pas en lien mais on l'est inévitablement. C'est ce que nous démontrent les constellations familiales (Sparrer 2004/2007). L'enjeu devient alors de savoir qu'est-ce qu'on transmet, et comment. Si nous raisonnons en termes TAI, nous pouvons dire qu'en cas de traumatismes transgénérationnels, ce qui est transmis est de l'ordre de la blessure non-intégrée, perçue comme menaçante, qui ne permet pas de faire la différence entre aujourd'hui, où le danger est écarté, et à l'époque où déjà survivre était un défi de taille. S'affranchir de cette traumatisation permet dès lors une transmission de ressources, d'apprentissages utiles. Si un traumatisme peut être considéré comme une expérience d'apprentissage non encore aboutie en raison d'une charge émotionnelle trop importante, faisant basculer la physiologie dans des réactions de survie (Dellucci 2014), alors nous pouvons dire que la transmission de l'expérience sans trauma devient une transmission ayant du sens, racontant une histoire permettant d'honorer la mémoire, sans que celle-ci fasse souffrir. D'ailleurs, à demander l'avis de ceux l'ayant traversé, nous pouvons être certains qu'ils n'auraient pas voulu transmettre de blessure, mais seraient au contraire soulagés de savoir que leur expérience a servi aux générations futures pour vivre dans de meilleures conditions.

Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... . In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Pour résumer, le but est de créer une narration, une histoire qui ait du sens et qui peut être transmise tout en permettant la circulation d'émotions non-débordantes. Se sentir touché n'a rien de pathologique, au contraire. Nous commençons en général à travailler avec les membres de la famille les plus motivés, et après intégration du trauma chez eux, nous les invitons à « faire tache d'huile » avec le résultat qu'ils ont acquis. Entendre une histoire familiale qui a du sens est vécu comme apaisant par tous les membres. Le plus souvent cela a un effet assainissant sur les liens, les personnes se redressent et finissent par être fiers de leurs aïeux survivants, auxquels ils peuvent désormais rendre hommage sans souffrir. En général, les personnes s'étant affranchies de traumatismes transgénérationnels sont davantage en mesure de poursuivre leurs buts d'aujourd'hui, sans l'entrave d'une loyauté limitante.

1. Conclusion

En conclusion nous pouvons dire que la souffrance transgénérationnelle est réelle et qu'elle est guérissable, pourvu que la personne portant les séquelles post-traumatiques soit motivée à les aborder et que les conditions de travail soient suffisamment bonnes. Dans la mesure où la dimension explicite concernant ces événements reste cachée et que ces cibles paraissent sans aucun sens, il est utile que le clinicien élargisse sa recherche à cette dimension transgénérationnelle qui dépasse l'expérience ontogénétique du patient.

Une fois mises à jour, ces cibles peuvent être abordées grâce à la thérapie EMDR et en principe elles sont rapidement retraitées. La rapidité du retraitement provient du fait qu'il s'agit essentiellement d'une blessure du lien, ne remettant pas en cause ce dernier.

Finalement, nous pouvons dire que non seulement tout traumatisme est guérissable, mais nous pouvons ajouter la mention : « quel que soit l'endroit d'où il provient », permettant ainsi une transmission saine et étayante envers les générations futures.

Bibliographie

Ancelin Schützenberger A. (1993). *Aïe, mes aïeux*. Desclée de Brouwer, Paris.

Ancelin Schützenberger A. (1996). Transmission de l'angoisse indicible et transgénérationnelle. L'angoisse d'un traumatisme qu'on n'a pas vécu. *Bulletin de Psychologie*, XLIX, 423, pp. 288 – 295.

Boszormenyi, N., I. & Spark, G., M. (1984). *Invisible Loyalties : Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Brunner/Mazel, puis Routhledge, New York.

Bowen, M. (1974). *Toward the differenciation of self in one's family of origin.* Georgetown family symposium.

Carter, E. A., & Orfanidis, M. (1976). Family therapy with only one person and the therapist's own family. In P. J., Guerin (Ed.), *Family therapy* (pp. 197-199). New York Gardner.

Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale,* 28 (4), pp 391 – 414.

Dellucci, H. (2009). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 43,* 2. De Boeck.

Dellucci, H. (2009b). *EMDR Letters.* Atelier présenté à la 10ième Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

Dellucci, H., (2014). Psychotraumatologie centrée compétences. *Revue Thérapie Familiale,* 35(2), pp. 193-226.

Dellucci, H. (2014b). *Getting Rid of Transgenerational Trauma through EMDR*. Atelier présenté à la 15ième Conférence EMDR Europe, Edinbourg, Ecosse, Royaume Uni.

Guerin, P. J., & Pendagast, E. G., (1976). Evaluation of family system and genogram. In P. J. Guerin (Ed.), *Family Therapy* (pp. 450-464). New York Gardner.

Hummel, H. & Hase, M. (2013). *Transgenerational Trauma*. Atelier présenté à la Conférence EMDR Europe à Genève.

Pendagast, E. G., & Sherman, C. O. (1977). A guide to the genogram. *Family, 5,* pp. 3-14.

Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... . In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Sapolski, M., R. (2004). *Why zebras don't get ulcers. 3rd edition.* Henry Holt and Company, New York.

Siegel, D. J. (1999). The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to Shape Who We Are. The Guilford Press, New York.

Sparrer, I. (2004). *Wunder, Lösung und System*. Carl-Auer Verlag. Pour la traduction anglaise (2007) *Miracle, Solution and System. Solution-focused systemic structural constellations for therapy and organisational change*. Solution Books, United Kingdom.

8

L'émergence des traumatismes transgénérationnels nous a d'abord surpris, cela nous a rendus incrédules, puis, constatant à quel point leur résolution allégeait et déverrouillait les problématiques de certains de nos patients, nous les avons inclus dans la conceptualisation de nos cas, ainsi que dans la planification du traitement EMDR. Si on considère les mouvements

émotionnels contraires que les trauma transgénérationnels suscitent au sein d'une famille, à savoir évitement, phobie et hostilité, nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher cette phénoménologie de la dissociation structurelle. C'est la raison pour laquelle nous continuerons la discussion sur les traumatisations transmises au chapitre 4.

Pour l'heure, nous en venons à conclure ce tour d'horizon sur la thérapie EMDR, qui nous enchante depuis que nous en avons fait connaissance, voilà 13 ans et que nous avons inclus dans notre pratique thérapeutique quotidienne. Au delà de la pratique psychothérapeutique, il est nécessaire d'en venir à des questions plus conceptuelles.
Tout d'abord, d'un point de vue très pragmatique : comment intégrer tous ces enseignements décrits dans les pages qui précèdent en une démarche claire et structurée, sans se perdre dans les différents protocoles : le protocole inversé, les empreintes précoces, les méthodes d'oscillation, le ciblage spécifique du lien, et de surcroît les traumatisations transmises ? Même s'il y a eu des tentatives d'intégration, par exemple lorsque Arne Hofmann (2009) propose d'inclure le CIPOS (Knipe, 2009) pour cibler des déclencheurs ou des souvenirs du passé, la majeure partie des praticiens donnent l'impression d'être spécialisés dans leur stratégie particulière tout en n'y incluant pas celles de leurs collègues, dont ils sont pourtant proches, par exemple Katie O'Shea et Jim Knipe. Cela risque d'avoir un effet confusionnant sur les praticiens en formation, qui peuvent être réduits à faire du « shopping d'outils », sans entrevoir les complémentarités des différentes démarches et les raisons qui pourraient faire préférer telle stratégie à une autre. A cela s'ajoute le risque de ne plus faire de l'EMDR en utilisant le protocole standard, ce qui à notre sens serait une perte d'efficacité notoire. Nous avons tenté une démarche d'intégration que nous présenterons au chapitre 5.

Avant de faire ce pas de plus sur le plan pragmatique, il nous semble important de nous arrêter à une réflexion plus conceptuelle : qu'est-ce que le TAI (Traitement Adaptatif de l'Information) au juste ? Est-ce un modèle de pensée ? est-ce une théorie ?
Le clinicien, aussi pratique soit-il, ne peut pas se passer d'une théorie, c'est-à-dire un ensemble cohérent et systématique de croyances, de propositions, permettant d'expliquer les phénomènes d'un domaine donné et de faire des prédictions à leur sujet (Tarquinio & Tarquinio, 2015). Cela a pour but de nous permettre de faire des hypothèses, réfléchir aux moyens à utiliser pour les vérifier, observer des résultats et obtenir une réponse, venant soit confirmer le modèle théorique, soit l'infirmer, poussant à continuer la réflexion. Un modèle théorique doit servir de fondement à une pratique et guider la pensée. Même si l'intuition est un aspect important, le travail du psychotraumatologue ne peut se satisfaire de ce seul aspect pour mériter le qualificatif d'approche scientifique en sciences humaines, même appliquée.

Rappelons que le TAI préconise que le traumatisme psychique consiste en de l'information dysfonctionnellement stockée dans des réseaux neuronaux, et que l'aboutissement de l'apprentissage par rapport à une situation donnée est resté bloqué, de même que les mécanismes d'auto-guérison du cerveau, par analogie au reste du corps. Cette construction métaphorique a du sens, certes, mais quelles hypothèses pouvons-nous en déduire ? Si on applique le protocole EMDR en activant des réseaux traumatiques, dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en maintenant le patient dans sa fenêtre de tolérance, alors le cerveau retraite ce réseau, en évacuant l'émotion bloquante, et en permettant à l'apprentissage d'aboutir. La question qui reste est celle de savoir comment ?
A ce jour, plusieurs mécanismes à l'œuvre tentent d'expliquer le fonctionnement de l'EMDR. A commencer par les effets physiologiques : Martin Sack et ses collègues ont pu montrer dans leurs recherches en physiologie que les stimulations bilatérales et alternées entraînent une

baisse du rythme cardiaque et une activation du système parasympathique (Sack et al., 2007 ; 2008a ; 2008b), ainsi qu'une baisse de la conductance de la peau (Aubert-Khalfa, 2008).
Martin Stickgold (2002) a avancé l'hypothèse, chère à Francine Shapiro, selon laquelle le traumatisme empêcherait le processus de réorganisation et de consolidation de la mémoire qui se fait naturellement pendant le sommeil au cours de la phase REM. Les mouvements oculaires viendraient ainsi réactiver artificiellement le mécanisme naturel de réorganisation.
La théorie de la reconsolidation (Cahill & McGaugh, 1998) propose qu'un souvenir rappelé en mémoire redevienne labile et peut de ce fait être modifié avant de se reconsolider en mémoire à long terme. Ainsi, lorsque la reconsolidation d'un souvenir rendu labile est empêchée par des agents amnésiques ou de l'interférence, bloquant ainsi la synthèse des protéines nécessaires à la reconsolidation (Nader, 2003), le souvenir de peur dans l'amygdale est dégradé. La réplication de ces recherches chez les humains (Kindt et al., 2009) et chez des personnes souffrant d'ESPT (Brunet et al., 2008 ; Poundja et al., 2012) a montré que le souvenir conscient n'est pas affecté.
L'hypothèse de la mémoire de travail, se basant sur le modèle de Baddeley (2000), indique que l'utilisation des tâches cognitives concurrentes pourrait rendre les images d'un souvenir moins inquiétantes et moins vives (Gunter & Bodner, 2008). De Jongh et ses collègues (2013) ont montré que les mouvements oculaires et les sons ont une fonction de saturation de la mémoire de travail. Les ressources de la mémoire de travail étant limitées, la reconsolidation du souvenir se ferait en le dépouillant de sa charge émotionnelle.
Par ailleurs, des recherches neurobiologiques utilisant l'imagerie cérébrale par tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ont montré que l'EMDR contribue à activer le cortex préfrontal, dont une des tâches est l'inhibition du système limbique, et réduit l'hyperactivation de l'amygdale ainsi que des autres zones hyperactivées lors du trauma (Lansing et al. 2005 ; Pagani et al. 2007)
Malgré les avancées des recherches, il n'y a à ce jour pas encore de consensus sur les mécanismes d'action de l'EMDR, même si cette psychothérapie éclectique est aujourd'hui largement reconnue. A lire Tarquinio et Tarquinio (2015), le TAI n'est pas un modèle explicatif et encore moins une théorie. Cela reste à construire.

Pour l'heure, étant confrontés aux patients traumatisés complexes, survivants de traumatisations chroniques, produisant parfois des réactions surprenantes et inattendues, nous avons eu recours à une construction théorique sur le trauma qui a le mérite d'avoir été validée par les patients, un critère qui a touché notre sensibilité centrée compétences : La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010).

Les cinq points clés à retenir de ce chapitre 3 :

- La thérapie EMDR est une méthodologie de choix pour aborder les traumatismes psychiques.
- L'utilisation des cognitions nécessite de la part du thérapeute une démarche réfléchie.
- Avec les personnes souffrant de trauma complexes, l'EMDR, pour rester efficace, nécessite un certain nombre d'aménagements, dont le fractionnement est un des plus efficaces.
- Chez ces patients, les souvenirs à la source de leur-s problématique-s se trouvent souvent sous amnésie, dans la période des empreintes précoces, voire dans la dimension phylogénétique. Celles-ci méritent d'être ciblées à part.
- La dimension du lien est essentielle pour soigner la dimension d'attachement, si fondamentale.

CHAPITRE 4. LA THEORIE DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITE

Objectif : Après une revue du concept de dissociation, nous décrirons la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité, et nous montrerons comment ce cadre théorique nous aide dans notre cheminement à travers les étapes majeures de notre travail de psychotraumatologues.

Les différents points abordés sont les suivants :

- Définition du concept de dissociation, les troubles dissociatifs et leur prévalence.
- Les principaux courants théoriques expliquant la dissociation.
- Une brève revue des recherches actuelles.
- Le rôle des systèmes d'action.
- La structure de traitement que propose la TDSP.
- La stabilisation et ses différentes étapes (article).
- L'importance de la stabilisation relationnelle (article).
- L'importance des empreintes précoces pour traiter le socle de la traumatisation complexe et chronique (article).
- La prise en compte de la dimension phylogénétique chez les patients dissociatifs.
    - La découverte des trauma transgénérationnels dans notre pratique EMDR et le questionnement autour du concept des neurones miroirs (article).
    - L'importance du rôle du thérapeute dans la prévention de la transmission.
    - La découverte de la dimension transgénérationnelle des PE et les implications que cela entraîne dans la clinique des troubles dissociatifs (article).

Pour penser le traumatisme chez nos patients, la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (TDSP) nous a été d'un grand secours. Avant de la décrire, nous aimerions éclairer le concept de dissociation, aussi bien que possible.

Le DSM-V (APA, 2013) définit la dissociation comme une rupture et/ou la discontinuité des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception de l'environnement, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement.
Si l'on considère la CIM-10 (WHO, 2004), le manuel diagnostic européen, la dissociation y est définie comme la perte partielle ou totale de l'intégration normale de la mémoire du passé, de la conscience de Soi, des sensations immédiates, ainsi que du contrôle des mouvements du corps.

Moreau de Tours, en 1845, avait défini la dissociation comme un phénomène de désagrégation psychique. L'auteur dont, selon les auteurs de la TDSP, la pensée a été et est toujours la plus pertinente par rapport à la dissociation est Pierre Janet (1859-1947). Ce contemporain de Freud, Bleuler, Jung et bien d'autres a longtemps été méconnu. Pourtant sa psychologie de la conduite éclaire parfaitement la phénoménologie dissociative et a permis à Onno Van der Hart, Ellert Nijenhuis et Cathy Steele, de nous doter d'une théorie psychobiologique du trauma (2006/2010) qui nous permet de comprendre ces patients jugés trop souvent difficiles, à défaut d'être compris.

Pierre Janet parle de la dissociation comme une maladie de la synthèse personnelle (Janet, 1907), en précisant qu'il s'agit d' « une forme de dépression mentale caractérisée par la

rétractation du champ de la conscience et une tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions que constitue la personnalité. »

Ce qui a largement ajouté à la confusion et à la polysémie du concept de dissociation est qu'au 19ème siècle, les concepts de dissociation de la personnalité et dissociation de la conscience ont été utilisés conjointement, l'un parfois pour l'autre. Nijenhuis et Van der Hart (2011) expliquent que, même dans la psychologie et la psychiatrie contemporaines, le terme dissociation est utilisé pour évoquer des symptômes, une cause présumée de symptômes, y compris la supposition d'une défense psychologique et des altérations normales et pathologiques de la conscience, y compris l'hypnose. Ceci, sans oublier que dans le milieu psychiatrique en France, lorsque l'on évoque le concept de dissociation, les collègues entendent : psychose.
Des publications récentes tentent d'éclairer les concepts de dissociation et de psychose, leurs convergences (voir Moskowitz et al. 2008). Les cliniciens ayant appris pendant leurs études que la psychose ne se guérit pas tandis que la dissociation traumatique peut être levée, cherchent des repères pour différencier ces deux tableaux cliniques. Cependant, les publications semblent aller dans le sens d'un regroupement plutôt qu'une différenciation, amenant Moskowitz (2011) à énoncer les limites du paradigme neo-kraepelinien pour suggérer un nouveau paradigme centré sur le trauma et la dissociation.
Finalement plus personne ne savait de quoi il était question lorsqu'on employait le concept de dissociation, rendant le discours opaque et peu compréhensible. Nous pensons que l'absence d'un cadre de pensée pour décoder ces phénomènes n'a pas forcément aidé à comprendre ces patients dissociatifs aux réactions qui peuvent sembler inattendues et surprenantes.

Se fondant sur la conceptualisation janétienne, les auteurs de la TDSP (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010) définissent la dissociation comme « un manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun un sens de Soi rudimentaire. »

Helga Matthess (Matthess & Dellucci, 2011) propose la définition suivante :
« La dissociation consiste en un changement des fonctions neurophysiologiques, qui interrompt les relations et les synergies des processus neurophysiologiques, et qui maintient cette séparation. » Cette définition a le mérite de suggérer clairement que la dissociation n'est pas volontaire. Les patients souffrant de dissociation ne simulent pas, leur comportement et leurs perceptions différentes d'un moment à l'autre sont en lien avec une modification des fonctions neurophysiologiques. Nous y reviendrons, lorsque nous évoquerons les recherches.

Plus loin, Nijenhuis et Van der Hart (2011) précisent que « la dissociation traumatique entraîne une division de la personnalité d'une personne, vue comme un système dynamique, biopsychosocial dans son ensemble, qui détermine ses actes mentaux et comportementaux caractéristiques. »
Cette définition est complétée par l'explication suivante (Nijenhuis & Van der Hart, 2011, p. 418) :
« Cette division de la personnalité constitue une caractéristique essentielle du traumatisme. Elle se développe lorsque l'individu n'a pas la capacité d'intégrer des expériences négatives en partie ou en totalité, elle peut soutenir l'adaptation dans ce contexte, mais implique souvent aussi des limites dans l'adaptation. La division comprend deux ou plusieurs sous-systèmes dynamiques non suffisamment intégrés, mais extrêmement stables. Ces sous-systèmes exercent des fonctions et peuvent englober un certain nombre d'actions mentales et comportementales, ainsi que des états différents. Ces sous-systèmes et ces états peuvent être latents ou activés l'un à la suite de l'autre ou en parallèle. Chaque sous-système dissociatif,

qui est une partie dissociative de la personnalité, comprend sa propre perspective à la première personne au moins rudimentaire. Comme chaque partie dissociative, l'individu peut interagir avec d'autres parties dissociatives et d'autres personnes, au moins en principe. Les parties dissociatives maintiennent certaines frontières psychobiologiques qui les maintiennent divisées, mais celles-ci peuvent, en principe, se dissoudre. D'un point de vue phénoménologique, cette division de la personnalité se manifeste par des symptômes dissociatifs, qui peuvent être catégorisés sur deux axes : en symptômes négatifs (pertes fonctionnelles telles que l'amnésie et la paralysie) ou positifs (intrusions telles que des flashbacks ou des voix) et en symptômes psychoformes (symptômes tels que l'amnésie, entendre des voix) ou somatoformes (symptômes tels que l'anesthésie ou des tics). »

La définition de Van der Hart et al. (2006/2010) et Nijenhuis & Van der Hart (2011) décrivent une dissociation structurelle de la personnalité, ayant pour fondement le trauma. Sous cette dénomination, tout trauma, toute composante traumatique dans d'autres tableaux cliniques peut être vu sous l'angle de la dissociation structurelle.

Nous aimerions différencier cette définition de la catégorie nosographique des troubles dissociatifs, qui est clairement établi par les manuels diagnostics, p.ex. le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI – Dissociative Identity Disorder) et Trouble Dissociatif pas autrement spécifié (DDNOS – Dissociative Disorder Not Otherwise Specified). Ces deux tableaux cliniques impliquent une dissociation structurelle, mais la dissociation structurelle n'implique pas toujours des troubles dissociatifs tels qu'on les retrouve dans les manuels diagnostics.

Ainsi chez une personne souffrant de Trouble de Personnalité Borderline la dissociation structurelle peut être présente, et traitée. La TDSP fonde la dissociation dans l'étiologie du traumatisme. Cela implique que la prévalence de la dissociation structurelle est beaucoup plus élevée que celle des troubles dissociatifs, qui selon les études vont de 1-2% (Hunter et al. 2004) à 3,3 % (Waller & Roll, 1997) dans la population générale, de 5 à 17% dans des populations de patients psychiatriques en fonction des pays (5 % en Suisse (Modestin et al. 1996), 8 % aux Pays Bas (Friedl & Drajer, 2000), 9 % (Lussier et al. 1997) et 15 % (Saxe et al. 1993) aux Etats Unis, 10 % (Tutkun et al. 1998) et 12 % (Sar et al. 2000) en Turquie, 17 % en Finlande (Lipsanen et al. 2004), et 17 % au Canada (Horen et al. 1995). Certains auteurs confirment cette idée en estimant les chiffres donnés par la prévalence des troubles dissociatifs comme étant sous-estimés, et préconisent une prévalence nettement plus élevée chez des personnes avec une anamnèse traumatique, s'il y a présence d'ESPT ou de Stress Aigu, des Troubles de Personnalité Borderline, des troubles du comportement alimentaire, des addictions et des troubles anxieux (Atchinson & McFarlane, 1994 ; Steinberg, 1996 ; Gast et al. 2001).
Brewin et ses collègues (2000) ont déterminé à travers une méta-analyse, que le risque de développer des troubles dissociatifs est élevé lorsque les personnes manquent de soutien social après des événements terrifiants.

Si nous résumons cette partie sur une tentative de définir sommairement la dissociation, nous aimerions encore citer Janet (1904, 1911) qui indique qu'il s'agit d'une « incapacité à intégrer l'expérience traumatique, par l'alternance entre le fait de ressentir trop ou trop peu. » D'un point de vue clinique, les personnes qui ont recours à cette stratégie de survie souffrent de trois phénomènes que l'on retrouve chez tous les patients à plus ou moins grande échelle :

- la non-réalisation : les personnes, bien que sachant parfois rationnellement ce qui leur est arrivé, n'arrivent pas à concevoir que les événements se sont réellement passés, et qu'ils leur sont arrivés à eux, p.ex. telle personne qui indique que si elle n'avait pas des cicatrices pour preuve, elle pourrait douter que l'accident de brûlure lui soit arrivé.

Les événements traumatiques peuvent se trouver sous amnésie partielle ou complète, empêchant même l'accès rationnel.

- La dépersonnalisation : il s'agit d'une perte du sens de Soi, avec des sensations hors du corps. Souvent, les personnes ayant subi des agressions sexuelles rapportent qu'elles se trouvaient au plafond, avec une vue d'en haut sur la scène où leur corps était agressé, tout en affichant une certaine indifférence en disant qu'ils ne ressentaient rien.
- Une non-présentification, c'est-à-dire une perte du sens du temps présent. Les patients sont soit rivés dans le passé et conjuguent le présent, duquel ils ne tiennent pas vraiment compte, avec les perceptions, les pensées, et les comportements du passé, même si dans le présent il n'y a pas de justification réelle, soit se projettent dans l'avenir, avec des désirs, des projections non réalistes par rapport à ce que leur offre le présent.

D'un point de vue neurophysiologique, la recherche montre que le volume de l'hippocampe, du parahippocampe et de l'amygdale sont plus petits chez des personnes avec un TDI et un DDNOS que chez les personnes tout venant (Ehling et al. 2007 ; Vermetten et al. 2006). Ces structures, précisent les auteurs, sont impliquées dans la mémoire autobiographique et les fonctions intégratives. La bonne nouvelle est qu'après une psychothérapie longue, les personnes souffrant d'un TDI peuvent retrouver des volumes normaux de ces structures, c'est-à-dire ne plus se distinguer d'une population tout venant.
D'autres recherches montrent chez des patients TDI des différences anormales à l'EEG par rapport à des personnes tout venant (Hopper et al. 2002, Kowal, 2005 ; Putnam et al. 1993). Sar et ses collègues (2001) ont mis en évidence, toujours chez des patients TDI comparés avec des sujets non-dissociés, une circulation sanguine diminuée dans les régions orbito-frontales, et augmentée dans les régions temporales latérales gauche.
Nijenhuis, Van der Hart et Steele, dans leur revue en 2002, rapportent que les parties dissociatives chez des sujets TDI montrent des différences de mesures psychobiologiques, qui ne peuvent pas être reproduites par des personnes contrôle à qui on a appris à simuler ce tableau clinique. Les variables mesurées étaient la conductance de la peau, les potentiels évoqués visuels, les variables du système nerveux autonome, et l'activation physiologique.

Parmi les théories offrant une explication de la dissociation, nous pouvons citer les théories psychodynamiques, qui voient la dissociation comme un manque de capacité, de motivation ou de soutien social pour intégrer des événements de stress extrême ou pour résoudre des conflits intrapsychiques (Kluft, 1985 ; Howell, 2005). La dissociation est vue comme une défense psychologique qui permet au sujet de maintenir à distance et à ne pas réaliser des affects et des sensations débordants et inacceptables comme la honte, la peur, la rage, l'impuissance, la douleur, les sensations d'activation corporelles qui ont eu lieu pendant les agressions sexuelles dans le passé (Brenner, 2001 ; Cardeña, 1994 ; Kluft, 1996a ; Spiegel, 1993).
La théorie de l'attachement fournit également des explications sur la dissociation qui nous semblent étayantes : La dissociation serait reliée à des défauts d'attachement entre preneurs de soin et jeunes enfants (Barach, 1991 ; Liotti, 1999 ; Lyons-Ruth et al. 2006).
La non-disponibilité émotionnelle de l'adulte, mêlée à des comportements inadéquats sous forme de partage d'angoisse, ou de comportements suscitant de la peur chez l'enfant ont pour résultat un style d'attachement désorganisé (Fonagy, 1997 ; Liotti, 1999 ; Lyons-Ruth et al. 2006). Le lien désorganisé et une communication parentale perturbée sont d'importants prédicteurs pour les symptômes dissociatifs à l'âge adulte (Lyons-Ruth, 2003, Lyons-Ruth et al. 2006; Ogawa et al., 1997), de même que les états d'âme faits d'hostilité et d'impuissance chez les parents (Lyons-Ruth et al. 2005), ou l'indisponibilité, voire l'absence de réponse émotionnelle (Dutra et al. 2009). Silvestre et Dellucci (sous presse) citent à ce titre les

violences domestiques, qui génèrent chez l'enfant des ruptures dans ses attentes développementales de protection de la part de la figure d'attachement et de régulation de l'affect. Le protecteur devient une source de danger et l'enfant développe des sentiments contradictoires envers la figure d'attachement, dont il a à la fois besoin, et qui suscite des peurs insurmontables qui activent son système de défense, sans toutefois pouvoir s'extraire de cette situation. Fusco & Fantuzzo (2009) signalent que même si l'enfant n'a pas directement vu de situations de violence, celui-ci aura subi une exposition sensorielle. Liotti (1999) et Van der Hart et coll. (2006/2010) argumentent que l'attachement désorganisé n'est pas un précurseur de dissociation, mais déjà en lui-même une manifestation d'une dissociation déjà présente chez l'enfant.
L'individu, une fois adulte, emploie des stratégies de défense contre toute forme d'attachement vue comme une menace pour l'intégrité psychique ou physique (Blizard, 2003 ; Howell, 2005 ; Steele et al. 2001 ; Van der Hart et al. 2006/2010). Nous verrons comment la TDSP a fait de cette dimension relationnelle un de ses axes principaux d'intervention.

Un autre champ théorique tentant d'expliquer la dissociation est à mentionner, ne fût-ce que pour le débat qu'il a suscité. Les théories socio-cognitives, provenant du champ de l'Hypnose (Spanos, 1994) expliquent la dissociation comme une construction de la part du thérapeute, que ce dernier suggère au patient influençable (Lilienfeld et al. 1999 ; Lilienfeld & Lynn, 2003). Même s'ils reconnaissent que ces patients souffrent, ces auteurs indiquent qu'il s'agit en fait de troubles bipolaires, de troubles de la somatisation, de troubles de personnalité borderline et hystériques. Ces auteurs mettent donc clairement en doute l'existence-même des troubles dissociatifs.
Ce dernier champ théorique a été réfuté par des recherches en Neurosciences (Reinders et al., 2003, 2006, 2012). En 2003, dans leur article intitulé « One brain, two selwes » (Un cerveau, deux Soi), Simone Reinders et ses collègues, ont pu mettre en évidence des pattern cérébraux de circulation sanguine (PET scan) différenciés chez la PAN et la PE auprès d'un groupe de femmes présentant un TDI. En 2006, Reinders et ses collègues ont affiné leur recherche en exposant, toujours chez un groupe de sujets avec un TDI, une PAN et une PE à un script neutre et à un script lié à un trauma dont uniquement la PE avait connaissance. Les mesures du débit sanguin (PET) ont montré une différence entre PAN et PE lors de la lecture du script contenant le trauma, mais pas de différence pour le script neutre. Pendant le script du trauma, la PAN réagissait de manière neutre, tandis que la PE montrait une forte activation physiologique, avec une augmentation du pouls, de la tension artérielle, une chute de la variabilité du rythme cardiaque et des mesures subjectives (sensori-motrices et émotionnelles) qui allaient en ce sens. Pendant la lecture du script du trauma, toujours, la PAN montrait plus d'activation dans les zones préfrontales, pariétales et occipitales, tandis que la PE avait une plus grande activation dans l'amygdale, l'insula et les cortex sensorimoteurs.
En 2012, suite au reproche de la part des tenants du modèle socio-cognitif indiquant que le TDI était suggéré par le thérapeute envers des patients ayant une propension à l'imagination, à jouer des rôles et qui étaient, de ce fait, très suggestibles, Reinders et ses collègues ont conduit une recherche, dans laquelle ils ont fait varier le degré de suggestibilité avec un outil mis au point par le groupe de collègues critiques (Merckelbach et al. 2001). Ils ont mesuré la suggestibilité d'un groupe de patientes souffrant d'un TDI, et d'un groupe contrôle de sujets sains auxquels les chercheurs avaient appris à simuler un TDI. Le groupe contrôle a été divisé en deux sous-groupes : l'un avec des scores de suggestibilité élevés, l'autre avec des scores de suggestibilité faibles. Les patientes avec un TDI, d'ailleurs, avaient les scores de suggestibilité qui ne variaient pas de ceux d'une population tout venant.

Les résultats montraient non seulement une réplication de ceux des études précédentes pour le groupe de patientes avec un TDI (Reinders et al. 2003, 2006), mais montraient aussi que les sujets contrôles n'arrivaient pas à reproduire les pattern de circulation sanguine des patientes avec un TDI, dans le sens où il n'y avait pas de différence dans l'activation cérébrale, ni des résultats psychobiologiques, et ce quel que soit le degré de suggestibilité. Par ailleurs, ceux qui, cérébralement parlant, imitaient le mieux les patientes avec un TDI étaient les sujets du sous-groupe peu suggestible. Les sujets contrôle et les patientes avec un TDI montraient de grandes différences lors de l'exposition aux souvenirs d'ordre émotionnels. Les résultats de cette étude (Reinders et al., 2012) viennent infirmer les affirmations des tenants du modèle socio-cognitif. L'étude de Schlumpf et coll., (2014) montre que les différences entre personnes avec un TDI et des ayant acteurs appris à imiter un trouble dissociatif se maintiennent même au repos, c'est-à-dire, lorsqu'aucun trauma est activé.

L'existence de troubles dissociatifs ne fait donc plus de doute. Ce débat nous apprend que même s'il existe une comorbidité importante chez les patients souffrant de troubles dissociatifs (Dell, 1998, 2001 ; Boon & Draijer, 1993 ; Coons et al., 1988 ; Ellason et al., 1996 ; Rodewald et al., 2011), la dissociation, notamment dans sa dimension posttraumatique existe et mérite d'être pensée en tant que telle. Le mérite des théories sociocognitives a été d'attirer notre attention sur le risque de réification, toujours présent, par rapport auquel les cliniciens doivent rester vigilent.

La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010) inclut les perspectives psychodynamiques et celles sur l'attachement, en les intégrant à la théorie de Pierre Janet de la dissociation, à la psychologie évolutionnaire, aux neurosciences de l'affect et à la théorie de l'apprentissage (Van der Hart & Nijenhuis, 2009). Dans leur chapitre intitulé « Dissociative Disorders », Onno van der Hart et Ellert Nijenhuis (2009) nous offrent un résumé de la TDSP tellement concis, clair et précis, qu'il mérite d'être traduit tel quel :

> « Une prémisse de base de la théorie implique le rôle de systèmes d'action préparés par l'évolution (Fanselow et Lester, 1988; Panksepp, 1998) comme des systèmes psychobiologiques et sociaux qui sont sous-jacents qui deviennent dissociés chez un individu (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Van der Hart et al (2006/2010). Les systèmes d'action constituent les principales composantes de la personnalité (Carver, Sutton & Scheier et al., 2000; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998), et chacune des classes de systèmes d'action implique notamment des cycles d'action perceptuels et moteur, qui façonnent nos tendances à l'action dans une situation donnée, en fonction de quels systèmes d'action sont activés. Les systèmes d'action peuvent être classés en deux catégories principales. L'une est dédiée à approcher des stimuli attractifs (p. ex. : les systèmes d'action pour l'attachement, l'exploration, la gestion de l'énergie, le jeu, la reproduction, et peut-être le rang social et de la coopération sociale) et qui favorisent le fonctionnement adaptatif dans la vie quotidienne et la survie de l'espèce. L'autre classe implique le système d'action pour la défense contre la menace physique et la menace vitale chez les mammifères (Fanselow et Lester, 1988).
>
> La menace de séparation de preneurs de soin active le système de panique et provoque un «cri ou pleur d'attachement» et la recherche du preneur de soin. La menace de la part d'un prédateur déclenche des sous-systèmes de défense, qui sont l'hypervigilance, la fuite, la sidération/analgésie, la lutte, et la soumission totale/anesthésie. La récupération est un sous-système étroitement lié à la défense. La menace psychologique ou émotionnelle suscite des défenses relationnelles de soumission, d'agressivité et

d’évitement, ainsi que d'autres défenses reliées aux systèmes d'action d’attachement et de sociabilité.

En adoptant la terminologie de Myers (1940), la forme principale de la dissociation structurelle de la personnalité liée au traumatisme est un manque d'intégration entre une partie apparemment normale de la personnalité (PAN), véhiculée par les systèmes d’action pour la vie quotidienne, et une partie émotionnelle de la personnalité (EP), véhiculée par le système d'action de défense. Cette organisation se fait à l’issue d’une menace pour l'intégrité physique ou une menace vitale, que le survivant n’a pas pu intégrer. La PE reste verrouillée dans une action (p. ex. : de défense, de récupération, ou de pleur d'attachement) telles qu’elle se manifeste à travers les mémoires traumatiques réactivées, vécues comme une réalité dans l’instant présent, avec une attention fixée sur une gamme très limitée de signaux (concernant p. ex. : la menace, le repos, la recherche de soin, des signes de rejet ou d'abandon), ceci à travers des cycles perceptivo-moteurs rigides. La PAN est phobique des souvenirs traumatiques et de la PE, avec une rétractation du champ de conscience aux questions de la vie quotidienne, impliquant encore une fois, des cycles perceptivo-moteurs rigides et particuliers. L'évitement phobique peut se développer rapidement, mais peut également être appris progressivement et se généraliser au fil du temps.

Ces différentes parties de la personnalité ou identités sont généralement dirigées dans une large mesure, soit par la phobie de l'attachement (suivie par les réactions de défense propres aux mammifères), soit par la phobie de la perte d'attachement (Steele et al., 2001, 2005 ; Van der Hart et al., 2006/2010). La première phobie consiste à éviter l'attachement et l'engagement social, alors que la seconde comporte des tentatives désespérées pour chercher la proximité plutôt que le ressenti de sécurité. Ce conflit insoluble se traduit dans le style relationnel approche-évitement problématique discuté dans la section sur la théorie de l'attachement ci-dessus.

A la base, la description (imagée) de la dissociation structurelle implique une seule PAN et une PE. Cependant les observations cliniques et les données empiriques indiquent que lorsque la traumatisation commence très tôt dans la vie, et devient chronique, la dissociation structurelle devient plus complexe: de nouvelles divisions de PE, et par la suite aussi de la PAN se produisent (Van der Hart et al, 2006/2010). Ainsi, la théorie distingue en outre la dissociation structurelle secondaire (une PAN, deux ou plusieurs PE) et la dissociation structurelle tertiaire (deux ou plusieurs PAN, deux ou plusieurs PE). Il est suggéré que la dissociation structurelle tertiaire est caractéristique uniquement du TDI. »

Jaak Panksepp (1998) indique que les systèmes d’actions sont des systèmes émotionnels opérants, donc innés, qu’il définit comme systèmes psychobiologiques, fondés sur l’évolution, et impliquant une flexibilité de réponse limitée envers des buts liés à la survie. Nous comprenons par là des ensembles de pensées, d’émotions, de ressentis, de comportements et des conduites sociales orientés vers un but défini par la phylogénèse. Lorsque Panksepp évoque la survie, celle-ci se situe à deux niveaux : la survie de l’espèce, donc la survie collective, et la survie individuelle. Les systèmes d’action pour la survie de l’espèce, ici une espèce mammifère, donc sociale, servent la vie quotidienne comme p.ex.:

- la recherche (en angl. « seeking ») : l’exploration de l’environnement, la curiosité,
- la gestion et la recherche d’énergie, p.ex. de la nourriture,
- la reproduction,
- la prise de soin des petits,
- l’attachement,
- le jeu, c’est-à-dire faire comme si, ce qui sert à s’entraîner,

- le rang social, c'est-à-dire la hiérarchisation et l'organisation du groupe,
- l'amitié ou la coopération.

Ceux-ci sont majoritairement activés par la branche ventrale du système parasympathique de notre système nerveux autonome, qui sert grosso modo au bon équilibre entre systèmes sympathique et parasympathique dans un environnement où il n'y a pas de danger et où nous pouvons être reliés à autrui, apprendre, progresser.

Les systèmes d'action pour la survie individuelle se déclenchent lorsqu'il y a menace pour l'intégrité physique ou lorsqu'il y a un danger vital. Rappelons qu'il s'agit de :

- l'hypervigilance
- la fuite
- la lutte
- la panique devant la perte d'attachement ou le pleur d'attachement
- la soumission,
- faire le mort
- l'effondrement

Ces systèmes d'action pour la survie individuelle, innés, comptent dans notre bagage de survie, se déclenchent de manière involontaire et sont véhiculés par le système sympathique pour les quatre premiers, par la branche dorsale du système parasympathique pour les trois derniers.

Lorsque l'enfant grandit dans de suffisamment bonnes conditions, ces systèmes innés et séparés à la naissance se développent et gagnent en maturité à travers l'expérience partagée, en s'intégrant les uns aux autres, en gagnant en flexibilité, tout en incorporant une variété d'actions conjointes : p.ex. jouer à prendre soin, ou développer une hiérarchie sociale par le jeu, la coopération dans la recherche de nourriture. La maturation de ces systèmes d'action se fait en interaction avec des figures d'attachement, au sein de la relation d'attachement.

Lorsqu'il y a des traumatisations précoces et chroniques, impliquant des figures d'attachement, qui sont autant des sources de menaces que de réconfort, cette maturation ne se fait pas, et les systèmes d'action restent à l'état immature, avec toute la rigidité et la dimension mono-tâche qui les caractérise.

La TDSP, différenciant le fonctionnement apparemment normal du fonctionnement émotionnel indique clairement, que plus la traumatisation est importante, plus la compartementalisation l'est aussi.

Ainsi la PAN, orientée vers la survie de l'espèce, reste centrée sur la vie quotidienne, dans un évitement de la PE, de son fonctionnement, ainsi que de tout ce qu'elle peut contenir, pouvant aller jusqu'à une amnésie pour ces contenus. La PE, coincée dans des systèmes d'action de défense contre les menaces et organisée pour la survie individuelle, reste verrouillée au temps du trauma, et va décoder l'environnement en fonction de ce fonctionnement rigide. Les PE ont souvent une amnésie pour tout ce qui vient après le temps du trauma, c'est à dire la perspective d'avoir grandi, les bons souvenirs, les moments ressource dans la vie quotidienne. Il se peut qu'ils ne connaissent pas la vie quotidienne, y compris les personnes de l'environnement actuel, surtout si ceux-ci ne suscitent pas de mécanisme de survie. La PAN chez l'adulte, avec cette conscience d'adulte montre le plus souvent une attitude hostile et négligente envers la PE, mue par la phobie, car cette partie de la personnalité n'a pas les outils pour faire face au fonctionnement de la PE. Les patients venus consulter, souvent, se détestent pour les réactions que leur corps affiche face à certains déclencheurs, sont dans une incompréhension totale et ne peuvent accepter de fonctionner ainsi. D'autres ont appris à se cacher, à donner le change, et s'ils y arrivent, restent souvent dans la solitude de constater qu'ils ne fonctionnent pas comme autrui, tout en ne pouvant rien faire pour y remédier. Nombre de patients s'épuisent à maintenir les apparences, qui peuvent donner lieu à des

aspects très fonctionnels dans ce que demande la société aujourd'hui, comme p.ex. : une grande capacité de travail, une sensibilité particulière pour trouver des solutions originales face à des problèmes parfois difficile à résoudre, notamment dans la relation d'aide ou dans le domaine artistique.

Si nous tentons prudemment un rapprochement de la TDSP de la pensée TAI, nous pourrions dire que la PAN pourrait être constituée de réseaux neuronaux pour la vie quotidienne, tandis que la PE pourrait être constituée de réseaux traumatiques. En EMDR nous parlons de souvenirs et de mémoires dysfonctionnellement stockés, qui ne sont pas en lien avec des réseaux ressources, tandis que dans la TDSP l'on verrait des systèmes d'actions entiers qui, du fait de traumatisations dans l'enfance, n'ont pas pu se développer pour former une personnalité unifiée.
A partir d'une dissociation structurelle secondaire, une conceptualisation qui convient à la majorité de nos patients traumatisés complexes, la TDSP envisage au moins deux types de PE : les PE contrôle, activées par la peur de l'attachement, verrouillées dans des actions défensives de lutte et de fuite, et des PE fragiles, activées par la peur de perte d'attachement avec d'autres significatifs, en thérapie principalement avec le thérapeute, verrouillées dans le système d'action du pleur d'attachement. Plus la dissociation est marquée, plus le conflit entre ces deux tendances relationnelles se montre en thérapie par le biais d'un conflit insoluble entre la peur de s'attacher et la panique de perdre l'attachement avec le thérapeute (Steele et al. 2001, 2005 ; Van der Hart et al., 2006/2010).

La structure de traitement (Van der Hart, et al., 2006/2010) que proposent les auteurs de la TDSP est la suivante :

- Surmonter la phobie d'attachement et la peur de la perte d'attachement avec le thérapeute.
- Surmonter la phobie des réactions en lien avec le traumatisme.
- Dépasser la phobie des parties dissociées.
- Dépasser la phobie des mémoires traumatiques.
- Intégration de la personnalité et surmonter les phobies du quotidien et de l'intimité.

Les trois premières tâches concernent la stabilisation. Avant d'aborder les traumatismes il est donc nécessaire de permettre au patient de pouvoir s'engager dans un lien thérapeutique dont la qualité va faire contraste avec ce qu'il a vécu dans les liens au sein desquels il a été blessé. Nos formateurs évoquent la nécessité d'une stabilisation suffisante. Plus la dissociation est marquée, plus elle va prendre du temps avant de permettre de pouvoir toucher la dimension traumatique. La section suivante va se pencher sur cette question particulière.

Avant d'aborder cette question importante de la stabilisation chez les patients traumatisés complexes, donc dissociatifs, nous aimerions encore discuter d'un point particulier à savoir celui du recueil d'histoire. Notre formation en psychologie et aussi en psychotraumatologie nous a appris qu'il était important de soigner le recueil d'histoire et d'informations, de façon à avoir une vision claire de notre patient et du tableau clinique qu'il présente. Cette anamnèse étendue doit nous aider à correctement conceptualiser et planifier la thérapie.
Sauf que … dans notre expérience, les patients ne nous arrivent pas comme un livre ouvert. Nous avons même observé que les questions précises des outils diagnostics avaient tendance à déstabiliser les personnes, qui constataient que les cauchemars étaient à nouveau plus envahissants, ainsi que les symptômes Schneideriens (entendre des voix).
De plus, des zones d'amnésie étendues ne nous permettent pas de connaître des informations importantes, car nous n'y avons tout simplement pas accès, même si la signification d'une zone d'amnésie nous renseigne déjà suffisamment sur le fait que si elle existe, c'est qu'il y a de bonnes raisons. Parfois il y a de l'amnésie complète, avec une amnésie pour l'amnésie,

pouvait s'instiller discrètement et s'étendre jusqu'au thérapeute, qui oublie de poser certaines questions, qui omet d'explorer tel domaine, p.ex. la sexualité en ne se rendant pas compte avant qu'un collègue pose la question en supervision.

Ainsi, quelle ne fût pas notre surprise d'apprendre après cinq ans de thérapie, que Fatima, 48 ans, divorcée, vivant seule et mère de deux enfants adultes, avait fait deux fausses couches et quatre avortements. Devant l'étonnement de la thérapeute devant cette information pas banale, la patiente rajoute, en riant, qu'elle a fait des progrès par rapport à sa mère, qui elle aussi avait été huit fois enceinte. La thérapeute savait juste que Fatima avait une sœur. Lorsqu'elle explore ce que sont devenues ces autres grossesses, Fatima évoque que sa mère a eu un premier enfant, un garçon, puis elle a été enceinte quatre autres fois, mais qu'à chaque fois elle a perdu le bébé, personne ne sait comment. Puis il y a eu inceste avec le fils devenu jeune adulte, dont est né un enfant, qui a disparu, puis la mère a quitté le pays, a changé de nom et s'est remariée. Elle n'a jamais revu son fils. Fatima pense que le bébé né a été tué.

Comment se fait-il que cette histoire n'ait pas fait partie de l'anamnèse ? La patiente, qui pourtant affichait une grande confiance en la thérapeute, avait omis ces faits pas banals. Lorsque la thérapeute lui a posé la question en prenant garde de ne pas culpabiliser Fatima, cette dernière a répondu d'un haussement d'épaules. Elle connaissait cette histoire, mais n'y avait pas pensé, disait-elle. Elle n'avait pas pensé que c'était pertinent pour son traitement.
Fatima avait consulté parce qu'elle était en dépression et parce qu'elle se sentait harcelée dans son couple et dans son travail. Son sentiment de ne pas être légitime restait présent malgré ses avancées, et la minait pour mettre des limites, faire entendre ses besoins. Fatima avait constamment l'impression d'être malmenée en ayant toujours une analyse brillante du fonctionnement des autres, mais en restant démunie face à elle-même.

Pourquoi la thérapeute, dans ce cas, n'a-t-elle pas fait de génogramme, comme elle avait l'habitude de le faire ? La thérapeute, en ayant eu accès à cette histoire, aurait pu planifier autrement la thérapie, en incluant le travail sur les empreintes précoces dans le plan de ciblage, éventuellement des dimensions transgénérationnelles, et en tout cas cibler le lien à la mère, décédée au moment de la thérapie.
Cet exemple clinique nous apprend clairement qu'il est important de ne pas omettre de parler de nos patients complexes régulièrement en supervision et en intervision, en nous appuyant sur l'aide de nos collègues pour confronter nos taches aveugles, et venir nous interroger sur les différences que nous faisons par rapport à d'autres patients et dont nous ne nous sommes pas rendus compte.

Parfois des patients ont des réticences à divulguer des informations, mus par la honte, par un sentiment de loyauté à ne pas dire des faits sur un parent, de crainte qu'il soit mal perçu, ou encore par une familiarité importante envers le dysfonctionnement, faisant qu'ils n'est plus perçu comme tel.
Une autre dimension importante à prendre en compte est celle des convictions négatives, souvent implicites, chez nos patients, p.ex. : « si vous me connaissiez vraiment, vous ne voudriez même plus me parler », ou bien « si je dis ce que j'ai au fond de moi, vous me laisserez tomber », qui les amènent à ne pas divulguer des informations pertinentes sur eux.

Pour certains ce sont les symptômes Schneideriens qui sont à l'avant plan, avec des voix qui leur intiment de garder le silence, ou qui menacent le patient, conformément à ce qu'elles ont enregistré des menaces de leur/s agresseur/s jadis. Tout ce discours peut rester implicite, c'est-à-dire que le thérapeute ne verra qu'un patient qui hésite, qui par moments semble ailleurs, qui n'a pas entendu une partie de la question ou qui s'arrête de parler au milieu d'une phrase.

Aujourd'hui nous savons aussi que la dimension traumatique transgénérationnelle souffre souvent d'une absence de parole et de sens. Nous y reviendrons lors de la section consacrée à ces phénomènes.
La peur d'une déstabilisation, d'être pris pour fou, ou de le devenir, de retomber dans la dépression ou de faire une décompensation comparable à un parent accentue l'évitement qui fait que les patients demandent de l'aide avec une attitude de vouloir tout tout de suite : aller mieux, être heureux, mais sans se pencher sur leur histoire, sur leur monde intérieur dont ils se sont distanciés massivement.
D'autres patients vivent dans un contexte de vie tellement chaotique, que l'exploration est constamment gênée par des événements nouveaux et récents, qui prennent toute la place. Certains, en utilisant la stratégie de la logorrhée, enferment le thérapeute, qui cherche à être empathique, dans une position d'impuissance, où rien ne se passe. Bien sûr, un état de crise permanent chez des patients aux habitudes d'évitement bien rôdés peut contribuer à éloigner le thérapeute du mandat qu'il se donne : soulager la souffrance, mettre la personne en lien avec ses ressources, et explorer avec elle ses souhaits et ses projections dans le futur.

Finalement, une co-morbidité importante peut désorienter le thérapeute, en fonction des autres diagnostics qui ont déjà été posés : dépression majeure, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, troubles anxieux, addictions, somatisations, (Boon & Draijer, 1993 ; Coons et al., 1988 ; Dell, 2001 ; Ellason et al., 1996 ; Rodewald et al., 2011), trouble de personnalité borderline, narcissiques ou psychotiques (Coons et al., 1988 ; Dell, 1998), Ellason et al., 1996)… la liste est longue.
La force de la TDSP est de pouvoir considérer la dissociation structurelle liée au trauma, donc la dimension traumatique sous-jacente, sans entrer en conflit avec le diagnostic posé. A travers cette conceptualisation de la dissociation, le psychotraumatologue a la liberté de penser l'origine source du trauma comme une lecture par un autre axe de pensée que celle d'une catégorie nosographique donnée.

Notre posture de thérapeutes centrés compétences nous a amenés à poser des questions plutôt sur les ressources et les compétences, les activités stabilisatrices, de vérifier et d'activer les systèmes d'action de la vie quotidienne, de façon à nous assurer de leur disponibilité lorsque nous aborderons des thèmes moins évidents. Nous faisons le choix de laisser la personne nous amener les informations au rythme que la confiance et sa capacité d'observation lui permettent et nous constatons que nous obtenons plus volontiers des éléments que si nous allions la questionner. Cependant, nous interrogeons systématiquement la réponse corporelle lorsque nous sommes en face de réponses incongruentes, en explorant ce qui se passe dans l'instant présent au moment où le processus ne se déroule pas normalement.

4.1. Pour une stabilisation réussie

Les pages qui précèdent nous indiquent clairement qu'avec des patients dissociatifs, la stabilisation est une condition incontournable. Il est primordial que le patient puisse avoir accès aux perceptions du présent, c'est-à-dire renoncer aux stratégies dissociatives et vérifier s'il se sent suffisamment en sécurité dans l'ici et maintenant du lieu de thérapie et dans le lien avec le thérapeute.
Etant donné la désorganisation de l'attachement, la mise en place d'un lien soutenant est déjà un défi en soi, mais toutefois possible. L'article qui va suivre va aborder ce sujet délicat de la stabilisation chez les patients souffrant de trauma complexes et de troubles dissociatifs.

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie

S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques

1. Introduction

Pierre Janet (1859 – 1947) a été le premier à proposer une structure de traitement en trois temps en psychotraumatologie, sous la forme d'une première phase de stabilisation, puis celle consistant à travailler directement sur les traumatismes, pour finir par une phase d'intégration et d'accompagnement au changement. Ce tryptique reste d'actualité encore aujourd'hui avec un consensus unanime pour proposer un travail thérapeutique par phases, multimodal et orienté sur les habiletés et compétences de la personne (Brown, Scheflin & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999).

Qu'il y ait présence ou non de troubles dissociatifs, il n'est pas possible d'avancer dans un travail de psychotraumatologie sans une stabilisation adéquate. Celle-ci se construit sur les acquis déjà présents chez la personne qui consulte et poursuit trois objectifs. En premier lieu et avant tout il s'agit de la mise en place d'une relation thérapeutique soutenante, dans laquelle le patient a trouvé un interlocuteur à la hauteur de ses attentes, dans laquelle le thérapeute se sent également en mesure de répondre à la demande de la personne venue consulter. Cette dimension fait partie de la stabilisation sur le plan relationnel, mais ne se réduit pas à celle-ci. En second lieu, le patient apprend à maîtriser les réactions intempestives de son corps, à travers des exercices pratiques appelés exercices de stabilisation. La mise en œuvre concrète de cette stabilisation corporelle nécessite la prise en compte d'un certain nombre de paramètres non négligeables pour réussir. Le troisième type de stabilisation pourrait être appelé cognitif, dans la mesure où le patient apprend à mieux connaître l'origine de son trouble, en comprendre les déclencheurs, afin de développer davantage d'indulgence envers soi et autrui. Il trouvera ainsi la motivation nécessaire pour aborder les événements traumatiques et aider à la planification du traitement. Nous espérons ainsi favoriser la compliance du patient et son aide dans l'évaluation des résultats. Le patient ainsi stabilisé mettra en œuvre les changements nécessaires à l'atteinte de ses objectifs.

Cet itinéraire ainsi dessiné peut faire rêver n'importe quel thérapeute, qui néanmoins décrit une réalité toute autre, notamment avec des patients traumatisés complexes qui présentent des troubles dissociatifs. La littérature décrit que ces patients présentent fréquemment une dérégulation sévère de l'affect, des comportements auto-blessants, des processus dissociatifs et peu de réponses positives au traitement (Follette & al, 1991; Herman & Schatzow, 1984) ainsi qu'une forte proportion de ruptures thérapeutiques et des niveaux d'anxiété élevés (Dye & Roth, 1991; Goodman & Nowak-Scibelli, 1985). A ce tableau Korn et Leeds (2002) ajoutent une tendance suicidaire chronique et des niveaux élevés de détresse avant le traitement des traumatismes.

Ces patients sont décrits avec une comorbidité importante, incluant des états dépressifs majeurs, des troubles de l'humeur, des états suicidaires, une auto-agressivité importante, des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaire, des somatisations, des abus de substances (Boon & Draijer, 1993; Coons et coll., 1988; Dell, 2001; Ellason, Ross, & Fuchs, 1996; Rodewald et coll., 2011), et des troubles de personnalité (Coons et al., 1988; Dell, 1998; Ellason et al., 1996). A cette description déjà complexe s'ajoutent pour tous les patients ayant vécu des maltraitances infantiles des troubles de l'attachement, un sentiment inadéquat de Soi, des schèmes cognitifs altérés et une

difficulté à réguler ses affects et à contrôler son impulsion (Demos, 1988; Liotti, 1992; Schore, 1994, 1997; Teicher & al, 1997; Young, 1994). Le défi que la souffrance de ces patients pose au thérapeute est donc de taille. Installer une relation thérapeutique dans laquelle la personne se sent suffisamment en sécurité, où elle peut se mettre au travail dans de bonnes conditions, semble déjà en soi constituer un objectif thérapeutique de taille, qui est rarement explicité comme tel.

La question qui se pose alors est celle de savoir comment construire une stabilisation solide, pas à pas, qui permette au patient et à son thérapeute d'avancer dans de bonnes conditions de travail ? Nous tenterons d'y apporter un début de réponse, en nous basant sur notre pratique clinique. Même si ces quelques pages ne pourront être exhaustives, nous renvoyons le lecteur intéressé vers l'ouvrage de Suzette Boon et ses collègues (2011/2014) pour approfondir cette question de la stabilisation des patients dissociatifs.

2. Trois besoins fondamentaux pour se stabiliser

Quel que soit le degré de traumatisation et sa chronicité, trois besoins fondamentaux jalonnent la démarche de stabilisation : se sentir en sécurité, s'engager dans une relation d'attachement sécure et pouvoir se projeter dans le futur et avoir de l'espoir. Nous retrouvons ici une partie des critères décrits par Hobfoll et ses collègues (2007). Moins la traumatisation est envahissante, plus ces trois besoins sont satisfaits facilement. Plus la souffrance due au trauma est importante et a touché des personnes sensées prendre soin dans une situation de dépendance, p.ex. dans l'enfance, plus le fait même se s'engager dans une nouvelle relation d'attachement est problématique. Et plus les personnes se sont installées dans une chronicité, plus leurs capacités à se projeter dans l'avenir sont limitées. La démarche de stabilisation se construit donc pas à pas.

2.1. Le sentiment de sécurité

La tâche de tout thérapeute est de faire en sorte que son patient se sente en sécurité dans un environnement sécure. Les survivants de trauma complexes ont fait l'expérience que leur intégrité n'est pas sauve. Ils peuvent rester dans un état d'hypervigilance, se méfiant de tout bruit extérieur, ne pas supporter le bruit de l'horloge, avec une impossibilité à se détendre ou à ressentir leurs corps.

La première attention que nous portons lorsque nous rencontrons des personnes en psychotraumatologie, est portée sur le corps en vue de l'apaiser. Nous avons besoin d'une ligne de base d'un corps détendu si nous voulons aborder plus tard des contenus que nous savons éprouvants. Pour apaiser le corps, le thérapeute va proposer des exercices corporels qu'il va faire avec le patient. Ceux-ci consistent à ancrer le corps dans l'espace dans l'ici et maintenant et à orienter l'attention dans le lieu et le temps présent. Le but est d'amener la conscience dans le corps et dans cet espace sécurisé.

Concrètement, ces exercices nécessitent une interruption du discours sur le contenu, pour se centrer uniquement sur le corps dans l'ici et maintenant. Si une personne est en hyperactivation, les exercices corporels sont destinés à diriger la tension ressentie vers un support neutre, p.ex. pousser un mur, faire des exercices d'étirement ou faire des passes d'un objet mou. Si un patient passe en hypoactivation, il est important de stimuler les muscles du corps et ramener la conscience dans le temps présent. Cette ligne de base d'un corps calme et présent peut nécessiter plus ou moins de temps en fonction de l'état d'instabilité et de fragilité du patient, mais cela constitue une condition pour avancer. Une personne dans sa fenêtre de tolérance (Siegel, 1999 ; Ogden & Minton, 2000) va être capable de penser, d'apprendre et d'évaluer si elle se sent suffisamment en sécurité dans ce lieu avec ce thérapeute pour s'engager dans un travail.

Pour réussir cet aspect de la stabilisation, il est important que le corps du thérapeute soit physiologiquement calme et posé, ceci afin d'éviter d'envoyer un double message à son patient qui consisterait à vouloir l'apaiser tout en étant soi-même activé. Nous ne sommes pas tous égaux devant cette capacité à garder notre sang froid tout en restant en lien avec un patient qui panique ou qui s'absente. Néanmoins, la stabilité physiologique peut s'acquérir, par exemple, en s'entraînant à des exercices de respiration en faisant de la cohérence cardiaque, du Yoga ou d'autres techniques du même ordre. Ramener un patient qui panique ou qui s'absente dans sa fenêtre de tolérance peut être un défi pour le thérapeute, surtout si ce dernier se rend compte que l'exercice choisi ne marche pas. Nous invitons le professionnel à continuer à essayer les exercices d'ancrage et d'orientation en les variant, à

s'apaiser lui-même en lien avec le patient, à continuer à respirer tout en invitant le patient à faire de même et en l'accompagnant, à boire une gorgée d'eau et en offrant à boire, c'est à dire à ne pas lâcher son patient, jusqu'à ce que ce dernier soit à nouveau présent, le corps apaisé.

Une émotion qui constitue une exception est la colère. L'émergence de celle-ci nécessite d'abord la reconnaissance et le questionnement sur ses bonnes raisons, ce qui en soi produit un effet apaisant. Vouloir apaiser une personne en faisant l'économie de ce questionnement serait contreproductif.

Le sentiment de sécurité peut être évalué par le patient. Une fois que son corps est apaisé et la conscience en lien avec celui-ci, nous posons une question d'échelle : « *sur une échelle entre 1 qui signifie je ne suis pas en sécurité et 10 qui signifie je me sens complètement en sécurité ici avec le thérapeute, où vous situez-vous ?* » Plus le patient donne une réponse à valeur basse à cette question (p.ex. 2,5), plus il est en train de faire un effort considérable pour être là avec le thérapeute dans ce bureau, et cela mérite d'être reconnu. Ensuite, le thérapeute peut explorer ce qui fait que le patient est à cette valeur et non à 1, ce qui leur donnera accès à ce qui est déjà acquis. Faire grimper le patient sur cette échelle est la tâche du thérapeute : « *y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour que ce soit plus confortable pour vous ?* » Ce questionnement a le mérite de mettre le patient dans une position d'expert et lui signale de la part du thérapeute que ce dernier est prêt à faire tout ce qui est possible pour favoriser cette dimension si importante qu'est la sécurité.

Ces exercices corporels faits avec l'aide du thérapeute se referont à chaque fois que le patient en aura besoin, c'est à dire à chaque fois que son corps manifeste un état de tension ou une distanciation dans la relation avec le thérapeute. Une fois le corps ainsi stabilisé, le patient peut apprendre des techniques qui lui conviennent et s'exercer entre les séances afin d'augmenter le contrôle des réactions intempestives de son corps. Pour certains patients dissociatifs, cela peut prendre du temps, avant qu'ils soient en mesure de s'exercer seuls. Tant que cela n'est pas acquis, nous incluons des exercices corporels dans nos séances thérapeutiques.

A ce sentiment de sécurité dans le bureau du thérapeute s'ajoute l'évaluation et la discussion d'un degré de sécurité suffisant dans l'environnement de la personne. Nous y reviendrons.

2.2. Construire un lien d'attachement sécure avec le thérapeute

Chez des patients souffrant de trauma complexes, nous pouvons faire l'hypothèse que les troubles d'attachement sont toujours présents, quelle que soient la forme qu'ils prennent. Plus la dissociation est marquée, plus nous pensons à un attachement désorganisé où se présentent à la fois la phobie de s'attacher et en même temps la panique de perte de l'attachement avec le thérapeute (Van der Hart et al. 2006/2010). Néanmoins, et quel que soit le degré des troubles du lien, nous partons du principe que tant que la personne est vivante, sa capacité d'entrer en contact demeure intacte. Ce sera au thérapeute de permettre de suffisamment bonnes conditions pour que se crée un lien d'attachement sécure. Cela suppose que le thérapeute fasse preuve de calme pour être contenant, prédictible et constant. Un thérapeute calme sera en capacité d'observer le patient tout en maintenant le lien avec lui. Il sera capable de repérer les moments de discordance entre le discours et la réponse corporelle du patient et inviter ce dernier à faire des exercices pour apaiser son corps, et amener le patient à explorer ce qui se passe, calmement. Un thérapeute calme sera également plus en capacité de rester en empathie avec le patient et de réfléchir à ses interventions thérapeutiques, même si ce dernier montre des attitudes et des réponses peu adaptatives. Construire un lien d'attachement sécure prend du temps. Cela suppose la capacité de ressentir et partager des émotions sans que cela ne déborde (Delage, 2007) et nécessite une capacité à se projeter dans l'avenir de ce lien.

Plus les troubles dissociatifs sont importants, plus se sont formés des réseaux neuronaux sous-corticaux, c'est à dire non-réfléchis, comportant des aspects psychobiologiques et sociaux différenciés et séparés les uns des autres. Ainsi les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) conceptualisent d'après Myers (1940) dans la plupart des cas une partie de la personnalité apparemment normale et plusieurs parties émotionnelles de la personnalité. Cette métaphore semble très aidante pour penser l'apparente contradiction que montrent ces patients qui soudainement réagissent de manière incongruente, semblent absents, ont des difficultés à répondre aux questions, ou bien deviennent imprévisibles, montrant tout d'un coup de fortes émotions, s'agressent eux-mêmes, deviennent suicidaires, puis disent aller mieux, sans pouvoir

comprendre comment concrètement. Les thérapeutes connaissent ces patients qui ont fait l'objet de diagnostics différents et parfois contradictoires, qui semblent donner le change en entretien, puis qui rapportent une déstabilisation importante entre les séances. Ces auteurs attirent notre attention sur le fait que la partie apparemment normale a pour but la survie de l'espèce : gérer le quotidien, fonder une famille, prendre soin des petits, être fonctionnel au travail et donner le change dans les relations, de manière désaffectivée. Cela suppose une distanciation par rapport au vécu du passé, surtout s'il est traumatique, ce qui peut aller jusqu'à une amnésie complète, rendant impossible la réalisation de ce qui s'est passé. Les parties émotionnelles de la personnalité apparaissent comme étant fixées au moment du trauma, contenant non seulement tous les aspects de celui-ci, mais aussi les stratégies de survie individuelle en cas de menaces : la fuite, la lutte, la soumission, faire le mort. Souvent ces réseaux neuronaux n'ont pas accès aux ressources ni à la vie après le trauma, ce qui provoque, lorsqu'ils sont activés, d'importants ressentis de désespoir et d'impuissance.

Dès lors, créer un lien constructif avec un thérapeute dans un endroit sécure permettant l'exploration prudente et progressive de ces mouvements prend tout son sens, de même qu'un thérapeute attentif à de bonnes conditions de travail pour son patient et pour lui-même. Brewin et ses collègues (Brewin, Andrews et Valentine, 2000) nous indiquent à travers leur méta-analyse, que le manque de soutien social adéquat après un événement terrifiant fait partie des facteurs qui aggravent la réaction post-traumatique et le recours à la dissociation. Plus les troubles dissociatifs sont importants et envahissants, plus la création et le maintien d'un lien d'attachement sécure va être crucial et fonctionnera comme un élément de soin à part entière. Dans le décours de sa thérapie, le patient va être amené à entrer en lien avec son monde intérieur, dépasser ses phobies et son hostilité à l'égard de celui-ci, pour créer des liens constructifs permettant le partage de contenus, d'abord positifs, puis traumatiques. Cette démarche nécessite du temps et de l'énergie.

Outre le lien thérapeutique et les liens internes qui vont être établis, il va être important d'estimer le degré de stabilité sur le plan relationnel, c'est à dire les liens que le patient entretient avec les personnes de son environnement. Nous y reviendrons.

2.3. Avoir de l'espoir et une perspective d'avenir

La capacité de se projeter dans l'avenir va permettre de se donner des objectifs concrets et donnera du sens au travail thérapeutique, même si celui-ci implique des passages peu confortables. Une fois que la personne en thérapie se sent suffisamment en sécurité et a trouvé un interlocuteur qu'elle sent à la hauteur de la tâche, elle pourra se permettre de toucher l'espoir de s'affranchir des événements douloureux du passé. La capacité de formuler une demande et des objectifs clairs et réalistes est un critère de stabilité a priori. Pour les patients traumatisés mais bien fonctionnels, cette démarche peut être facilement accessible. Pour ceux qui se retrouvent en thérapie à l'issue d'une crise majeure, où l'objectif premier est de leur permettre de se restabiliser, cette démarche peut prendre du temps.

Il nous paraît important d'insister sur le fait que lorsqu'il y a des troubles dissociatifs, les patients, lorsqu'ils touchent ces réseaux auparavant évités, peuvent faire l'expérience d'intenses sentiments d'impuissance et de désespoir. Les réseaux traumatiques, fonctionnant comme des parties émotionnelles de la personnalité, peuvent ne pas avoir de connaissances du temps après le trauma. Cela inclut l'ignorance que nous sommes à la date d'aujourd'hui, tout comme le fait qu'actuellement le patient ne vit plus dans ce contexte de dépendance où il est maltraité. Les parties émotionnelles ignorent en général les bons souvenirs, les activités où la partie de la personnalité qui gère le quotidien est fonctionnelle. Ainsi il a été important pour Marie, 40 ans, de montrer à la petite fille de 6 ans qui émergeait, le moment où elle joue aux cartes avec son mari et ses fils le dimanche après midi, ce qui a d'abord provoqué une grande surprise chez la petite fille, puis un partage du plaisir ressenti. De la même manière, lorsque Anne, 36 ans, a pu montrer à un mouvement plus jeune, l'obtention de son permis de conduire, puis la réussite à ses examens universitaires, elle a été stupéfaite de constater qu'une partie d'elle pouvait ignorer ces événements, et constater que par la suite, elle gagnait en énergie disponible au quotidien.

Avoir de l'espoir n'est pas de l'ordre de la pensée magique. Même si nous pouvons dire qu'avec les méthodologies thérapeutiques que nous avons aujourd'hui, il est possible de s'affranchir de tout traumatisme, quelle que soit son ancienneté et son envergure, il est nécessaire aussi d'avoir une

idée des moyens réalistes pour y arriver : que cela prendra du temps, qu'il faut y consacrer de l'énergie, se mettre au travail, et que l'aboutissement sera une vie « normale », c'est à dire plus confortable, plus tranquille, avec des relations bienveillantes, des activités ressourçantes.

Ce sera au thérapeute de ponctuer le cheminement du patient par des bilans réguliers, où ce dernier pourra faire le point sur ses avancées, l'adéquation par rapport à ses objectifs, ou alors en formuler de nouveaux. L'aide du thérapeute est nécessaire pour explorer « à la loupe » les changements que le patient a pu mettre en œuvre, avec le but de renforcer la conscience qu'il a de ses ressources, et la mise en œuvre volontaire de celles-ci dans le futur.

3. Le recueil d'histoire chez les patients dissociatifs

Explorer l'histoire du patient, recueillir l'anamnèse de ses troubles fait partie des conditions nécessaires pour bien planifier le traitement. Les survivants de traumatisations complexes et chroniques ont plus de difficultés à se raconter, à répondre aux questions, et ce pour différentes raisons. Des zones d'amnésie ne leur permettent pas l'accès à des données biographiques pertinentes et rendent difficile le partage d'information qui pourrait renseigner le thérapeute. D'autre part, les contenus traumatiques ne sont souvent pas accessibles par le discours : ils existent sous forme fragmentée, corporelle, et suscitent des réactions de survie, rendant compliqué le travail de réflexion et d'élaboration. Par ailleurs, ces patients portent le plus souvent d'importants mouvements de honte qui les poussent à ne pas divulguer des éléments de leur biographie, par crainte d'être jugé ou abandonné par le thérapeute. Ces personnes ont tellement pris l'habitude de donner le change, de cacher leur désarroi pour ne pas avoir à le réaliser, qu'elles continuent à le faire avec le thérapeute tout comme avec toute autre personne qui pourrait leur porter de l'intérêt. De plus, la crainte de devenir fou ou d'être pris pour fou, doublé d'une importante mésestime d'eux-mêmes les pousse à taire leurs dysfonctionnements, qui par ailleurs sont devenus tellement familiers qu'ils peuvent ne plus être vus comme tels par le patient et sa famille. C'est d'ailleurs fréquemment suite à un changement de partenaire, ou d'environnement de travail ou au décours d'un événement marquant ou d'une crise que la prise de rendez vous se fait, à la fois avec l'espoir d'être entendu, mais aussi avec un passé d'échecs thérapeutiques poussant au mieux à de l'ambivalence. Une proportion non négligeable des survivants entend des voix, et parmi elles des voix qui intiment de ne rien dire, des échos de menaces de la part des agresseurs de l'époque et qui sont ressentis comme encore actuels. Tous ces éléments n'aident pas les patients à se confier. Ils le font alors par demi-mots, par des écrits, des messages sous forme de fragments, des réponses corporelles comme des douleurs ou d'autres sensations désagréables.

Ainsi, le thérapeute averti devra porter une attention toute particulière aux ruptures de discours, des changements de sujet, des moments de fatigue ou de distanciation du patient, qui se font le plus souvent en creux, par des silences, que de manière ostentatoire. Cependant il peut aussi y avoir des mouvements de fuite, des émergences émotionnelles fortes, à la surprise autant du patient que du thérapeute, qu'il sera nécessaire de mettre en mots dans un second temps.

Ce n'est qu'au fil des rencontres, lorsque le patient commence à faire confiance au thérapeute, qu'il lui livre tel ou tel élément de son passé, de sa famille, amenant ce dernier à reconsidérer son plan de travail, sans parler des réseaux traumatiques non connus qui émergent lors de la phase de confrontation. Ainsi l'histoire se modifie sans cesse, amenant le thérapeute à adapter la prise en charge pour que celle-ci soit adaptée au patient et à son état actuel.

3.1. Les ressources de survie : une dimension essentielle chez les survivants

Nous avons pris l'habitude d'écouter ce que les patients nous amènent et d'attendre les informations qu'ils nous livrent pour compléter leur anamnèse. Nous savons qu'ils ont vécu des événements traumatisants, dont nous ne connaîtrons peut être jamais l'étendue. Cependant, lorsque les patients nous rapportent des situations adverses, des vécus difficiles, nous explorons avant tout la dimension de survie. Plutôt que de questionner le contenu de l'expérience difficile, nous commençons par en questionner l'après : « qu'avez-vous fait après cet événement ? » ; « comment avez-vous fait pour vous relever ? », « … vous occuper de vos enfants ? », « … retourner au travail ? » pour ceux qui ont réussi cela. Si des personnes nous rapportent une enfance difficile, des maltraitances, même s'ils ne nous les disent pas toutes, nous questionnons : « Comment avez-vous réussi, malgré ce qui s'est passé, à grandir quand même ? », « … à aller à l'école ? », « … à apprendre votre métier ?, « … à

avoir des amis ? ». « Comment avez-vous fait pour avoir le courage de fonder une famille ? », « … de vous mettre en couple ? » La réponse la plus fréquente à ces question est : « Je ne sais pas », suivie d'un silence qui a des chances d'être réfléchi, si le thérapeute prend la peine d'attendre avec une attitude posée et intéressée. Cela permet de signaler analogiquement au patient qu'il a déjà fait toute une série de choses essentielles. Outre l'effet stabilisant de cette exploration, qui transforme un survivant qui se cache en héros de survie, cela permet au thérapeute de mieux évaluer quelles ont été les stratégies qui ont permis au patient de fonder la part ressource de son fonctionnement actuel, même si ce dernier pose problème. C'est ainsi que de nombreux patients souffrant de troubles dissociatifs rapportent qu'ils lisaient beaucoup, qu'ils se sont réfugiés dans les livres et dans leur imaginaire, que l'école était le seul lieu prédictible, qu'ils ont remarqué que dans la maison de leurs amis, les choses de passaient différemment de chez eux. C'est ici que cette acuité particulière pour déceler des prises de pouvoir et y réagir au quart de tour prend tout son sens, tout comme leur phobie de laisser une trace écrite, leur tendance au retrait, le fait de mettre leurs enfants à l'avant plan, la difficulté à ressentir les émotions tout en privilégiant la dimension intellectuelle, …

Pour les personnes qui rapportent se trouver dans des relations non constructives dans l'actualité, ou qui font état de longues années d'une relation avec quelqu'un de maltraitant, nous posons des questions « de résistance » (Wade, 1997) : « Qu'avez-vous fait pour pouvoir résister au quotidien ? », « Comment avez-vous fait pour tenir aussi longtemps ? ». Nous partons du principe que si les personnes ont passé du temps dans une relation abusive, ils ont trouvé le moyen de résister. Notre exploration a pour but de trouver comment, et de dresser une liste des ressources de survie, qui font partie du noyau de résistance du patient, et qui va aussi expliquer son attitude particulière en thérapie. Une autre hypothèse qui nous est chère est de penser que plus la liste des traumatismes est longue et sordide, plus les ressources de survie sont importantes, quoiqu'implicites. C'est au thérapeute de les ramener à la conscience au travers de son questionnement. C'est au fur et à mesure que les patents se redressent, qu'ils nous racontent par quoi ils sont passés.

Lorsque des contenus difficile sont révélés, il est utile, en fin de séance, de mettre en place un contenant. Ce procédé, développé en Hypnothérapie par Richard Kluft (1998), consiste à mettre toute mémoire traumatique du passé, tout contenu difficile du présent et toute peur éventuelle du futur dans un contenant imaginé concrètement. Cet exercice fait alliance avec la tendance à l'évitement de la personne, et permet de lui laisser la décision du moment d'exposition tout en lui donnant l'assurance que les choses évolueront à son rythme. Le patient apprend ainsi à « mettre de côté » ce qui peut surgir de manière impromptue, ce qui contribue à sécuriser le travail d'exposition plus tard. Néanmoins, avec les patients dissociatifs, il sera nécessaire, au delà du fait de mettre les contenus qui ne peuvent pas encore être abordés dans le contenant, d'explorer les mouvements internes, de comprendre le bien fondé de leur existence et d'apprendre à en tenir compte de manière constructive.

3.2. Etablir un cadre de travail suffisamment sécurisant

Tout engagement thérapeutique nécessite la négociation d'un cadre clair, prédictible et contenant, qui permettra un travail en toute sécurité. Même si certaines thérapies avec des patients dissociatifs commencent dans une logique à bas seuil, c'est à dire qu'ils ne peuvent pas prévoir plus d'un rendez-vous à la fois, une absence de demande, avec un langage corporel qui nécessite des techniques d'apaisement à chaque séance, un discours peu construit, le patient revient néanmoins. Sur cette base, au bout d'un certain temps, il est utile de discuter de bonnes conditions de travail. C'est ainsi que si une personne a déjà fait des tentatives de suicide par le passé, que nous discutons d'un plan de crise : « S'il vous arrivait à nouveau de vous sentir si mal au point où ces idées suicidaires reviennent … » où nous négocions avec le patient une hospitalisation, le fait de ne pas être seul, le travail de concert avec un médecin psychiatre, un support médicamenteux. Par ce biais le thérapeute signale entre autres qu'il n'est pas tout puissant, que des crises peuvent survenir, notamment au décours de périodes anniversaire, de ruptures amoureuses, ou du décès d'un proche. Cette discussion est aussi l'occasion de regarder de manière réaliste les crises possibles dans la vie du patient. Lorsqu'elle se produira, la crise sera plus facile à gérer, car il existe un accord préalablement construit, et tout ne sera pas à inventer.

C'est aussi à cette occasion que nous explorons l'environnement du patient et les relations de celui-ci avec les personnes qu'il rencontre au quotidien, ainsi que sa famille d'origine. Cela nous

permet d'évaluer le cheminement d'individuation ou au contraire l'enchevêtrement et les relations d'emprise qui existent encore dans l'actualité. Ce sera l'occasion de discuter de stratégies de protection, de l'éventualité de porter plainte, et comment, afin de sécuriser le contexte du patient.

4. Le moment du diagnostic

L'évaluation de l'étendue des troubles dissociatifs fait partie intégrante de la stabilisation. Cela consiste à mettre des mots sur un fonctionnement qui auparavant avait reçu l'étiquette « peu abordable », « ambivalent », « dépendant », « imprévisible », « incompréhensible », « malhonnête », « versatile » pour n'en citer que quelques unes. Etant donné une co-morbidité importante, ces patients reçoivent souvent plusieurs diagnostics : dépression, addictions, troubles de personnalité, psychose, trouble bi-polaire. Il arrive encore trop souvent que l'étiologie post-traumatique ne soit pas pensée, ni mise en lien avec les symptômes actuels. Dans ce cadre, la méfiance du survivant ayant eu recours au fonctionnement dissociatif est tout à fait adaptée, même si cela ne l'aide pas à aller mieux. Il est utile dès lors, de mettre des mots sur le fonctionnement dissociatif comme un réflexe de survie massif, qui a été nécessaire à un moment donné, même si pour l'instant ni le patient, ni le thérapeute ne connaissent le contenu précis de ces bonnes raisons. La théorie de la dissociation de la personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) a le mérite d'avoir été validée par les patients. Elle permet d'illustrer les différents symptômes, décrire la compartementalisation de l'expérience, de comprendre les zones d'amnésie et de tenir compte des mouvements internes et involontaires.

Le troubles dissociatifs sont répertoriés dans les deux systèmes de classification majeurs : le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, actuellement dans sa cinquième édition (DSM-V, APA, 2013) et la Classification Internationale des Maladies et des problèmes connexes (CIM-10, OMS, 1992). Il existe un certain nombre d'échelles de dépistage et d'outils diagnostics pour évaluer l'ampleur de la dissociation. Un outil de dépistage fréquemment utilisé est le Dissociative Experience Scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986) dont il existe une traduction en français sous le nom d'Echelle des Expériences Dissociatives (EED). Ce questionnaire contient 28 item dont 8 se rapportent à la dissociation structurelle (DES-Taxon, Waller, Putnam & Carlson, 1996). Cet outil mériterait d'être mis à jour avec les connaissances actuelles. Il existe un outil de dépistage plus récent de Vanderlinden (Vanderlinden et al. 1993) le Dissociation Questionnaire (DIS-Q) qui a de bonnes valeurs psychométriques et dont il existe également une version traduite en français. A ces outils de dépistage il est important d'ajouter une évaluation des symptômes somatoformes de la dissociation pour lesquels il existe le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20, Nijenhius et al. 1996) avec une version abrégée, le SDQ-5 (Nijenhuis et al. 1997).

Même si les questionnaires de dépistage peuvent être utiles, ils ne remplacent pas de réels instruments d'évaluation qui se font dans le cadre d'entretiens, où tant les réponses aux questions que les réactions du patient sont prises en compte. La référence actuellement est le Structured Clinical Interview of the DSM-IV-TR Dissociative Disorders (SCID-D-Revised, Steinberg, 1995, 2000). La passation et son dépouillement nécessitent une formation spécifique de l'évaluateur et de l'entraînement. Comme outil de diagnostic auto-administré il existe également le Multidimensional Inventory of Dissociation (MID, Dell, 2002, 2006). Quel que soit l'instrument diagnostic utilisé, ceux-ci ne questionnent pas la dimension somatoforme des symptômes dissociatifs, qui ont leur importance. Il est donc nécessaire de ne pas faire l'économie du SDQ-20 (Nijenhuis et al. 1996) lors de la démarche d'évaluation.

Pour le clinicien, ces outils sont d'une grande aide, notamment pour guider son observation du patient et la compréhension des phénomènes constatés. La démarche de diagnostic à l'aide des outils spécifiques peut être déstabilisante dans la mesure où des questions très spécifiques sont posées au patient. Celles-ci peuvent fonctionner comme des déclencheurs. En ce sens il est utile que l'évaluation avec des instruments validés se fasse par une autre personne que le clinicien en charge de la thérapie, dans le but de ne pas avoir d'effets néfastes sur la relation thérapeutique.

Le clinicien expérimenté s'orientera davantage aux réactions spécifiques du patient lors de l'établissement de la relation thérapeutique, pendant l'apprentissage des exercices de stabilisation ou si un déclencheur involontaire sous forme d'un mot, un propos tenu par le thérapeute, d'un bruit inhabituel, ou d'une modification de l'aspect ou du pourtour du bureau provoquent des réactions aussi inattendues qu'intempestives. Ainsi, des travaux dans l'immeuble ayant occasionné un trou dans le

mur jouxtant la porte d'entrée du cabinet, car un compteur d'électricité devait être remplacé. Cet aspect et les bruits inhabituels provoqués par les travailleurs dans la cage d'escalier ont suffi à déstabiliser Sandrine, une patiente adulte souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité, de manière telle, que la séance a du être consacrée à apaiser son corps et la ramener dans le temps présent, où elle a pu constater avec l'aide du thérapeute qu'il n'y avait pas de danger. Un autre jour plus tôt dans la thérapie, la thérapeute avait dit le mot « subir », ce qui avait provoqué chez Sandrine un réflexe de fuite immédiat, et une négociation pour revenir à la séance suivante. Les déclencheurs sont par nature imprévisibles la première fois. C'est au thérapeute de reprendre l'élaboration à leur sujet dès la prochaine occasion et de les éviter autant que possible tant que le patient ne s'est pas encore affranchi des traumatismes en lien avec ceux-ci.

5. Les critères d'une stabilité suffisante

Une stabilité réussie permettra de passer à la prochaine phase du travail en psychotraumatologie : celle où seront abordés les traumatismes. Un patient bien stabilisé peut dans un premier temps vouloir faire l'économie de cette étape. L'argument majeur qui est avancé est : « je ne me suis jamais senti aussi bien, je voudrais en profiter ». Les symptômes se réduisent et deviennent supportables, le patient est capable de s'apaiser et de se concentrer sur des activités qui lui font du bien. On pourrait même imaginer que la seule stabilisation suffit pour s'affranchir des troubles dissociatifs. Nous ne le pensons pas. Une personne qui s'est affranchie de ses traumatismes est mieux armée pour affronter des situations de même nature et d'autres à venir. Les déclencheurs sont neutralisés, et la personne est capable de prévention. Un patient uniquement stabilisé, sans avoir abordé les traumatismes, risquera de reproduire les mêmes symptômes en cas de crise. Il restera sensible face aux déclencheurs, et aura construit sa vie dans l'évitement de ceux-ci pour avoir une tranquillité qui ne sera que relative. Cependant il serait faux de dire que rien n'a changé dans la vie de la personne : p.ex : la dépression et les troubles du sommeil sont sous contrôle, les dérapages addictifs s'espacent et les patients ont souvent largement assaini les relations avec leurs proches. Nous proposons de différencier trois dimensions de stabilité chez les patients dissociatifs : la stabilité sur le plan individuel, celle concernant les relations avec les personnes de l'environnement et la relation du patient avec lui-même, c'est à dire ses mouvements dissociatifs internes.

5.1. La stabilité sur le plan individuel

Si nous considérons le patient dans un dispositif de thérapie individuelle, nous considérons celui-ci comme stabilisé si son corps est calme et apaisable, et s'il se sent suffisamment en sécurité. Sur l'échelle de sécurité préalablement décrite, nous considérons le patient comme instable tant qu'il se situe en dessous de la valeur 5, et suffisamment stable à partir d'une réponse au delà de la valeur 7. Les scores sur cette échelle n'ont pas de valeur intrinsèque. Ces scores-seuil, qui mériteraient d'être validés par la recherche, sont ceux que nous avons observés dans notre pratique avec de nombreux patients. Une personne qui se sent suffisamment en sécurité, sera en mesure de demander de l'aide (Dellucci, 2014).

Le patient aura appris également à mettre de côté ce qui ne peut être abordé tout de suite, et connaîtra et sera capable d'appliquer efficacement des exercices de stabilisation, comme de la relaxation, de la cohérence cardiaque, de l'auto-hypnose, de la pleine conscience, … . Pour ce faire, il est nécessaire que le patient se mette au travail et puisse se projeter dans l'avenir.

Pour pouvoir aborder les réseaux neuronaux traumatiques, il sera nécessaire de disposer de suffisamment de ressources et ce pour plusieurs raisons. Les vécus positifs et ressourçants suscitent chez le patient une expérience corporelle agréable, qui pourra servir de référence pour s'apaiser. Pour aborder efficacement des expériences négatives, il sera utile que le patient puisse s'appuyer sur des apprentissages qui lui permettront d'aller au delà du vécu traumatique. Nous veillons donc à compléter l'anamnèse de suffisamment de bons souvenirs, de personnes étayantes dans le passé et le présent et d'activités agréables, et de mettre ces dernières en lien avec les choix existentiels du patient (Isebaert, Cabié & Dellucci, 2015). Prendre le temps de bien connaître la personne dans cette dimension positive constituera, outre l'effet stabilisant, autant d'expériences qui feront contraste aux événements difficiles.

Un exercice de stabilisation utile concerne la création et l'installation de réseaux neuronaux exclusivement positifs en utilisant des stimulations bilatérales alternées. Il s'agit d'une pratique provenant de l'Hypnose appelée « lieu sûr » ou « lieu tranquille » (Korn & Johnson 1983 ; Brown & Fromm, 1986). En combinant cet exercice avec des stimulations bilatérales alternées (N.Daniels (1991), cité par Leeds, 2009), nous contribuons à ce que se construise chez la personne, un réseau neuronal positif, c'est à dire sans lien avec des mémoires provenant d'expériences négatives. Cet exercice, une fois réussi, permet à la personne de s'apaiser rapidement, avec la possibilité de s'extraire de l'ici et maintenant, pour mentalement aller s'apaiser ailleurs. L'installation du lieu sûr peut être bien sur combinée avec un exercice d'apaisement, des exercices d'ancrage et de respiration, chez des personnes se montrant plus instables et facilement envahies par des intrusions. La particularité de cet exercice est que nous avons besoin de l'adhésion de la personne.

En dehors des exercices amenés par le thérapeute, il convient également de faire avec la personne l'inventaire « de ce qui marche, quand ça ne va pas » (Dolan, 1991), en rendant conscientes et accessibles des ressources très personnelles, souvent restées implicites, même si mises en œuvre pendant des moments de crise.

Outre la capacité à s'apaiser soi-même efficacement, Arne Hofmann propose deux autres critères de stabilisation individuelle : le patient sera en mesure de gérer les tâches de la vie quotidienne et d'évoquer son expérience traumatique en restant à distance, c'est à dire sans être débordé (Hofmann, 2006). Il va de soi que l'anamnèse se complètera au fur et à mesure d'une stabilisation réussie. Le patient sera motivé pour avancer, et se sera affranchi de peurs bloquantes qui pourraient lui faire choisir ses vieilles habitudes d'évitement. Au contraire, il aidera à l'observation des changements au quotidien et ira lui-même étendre son territoire aux déclencheurs auparavant évités, une pratique qui invite à la confrontation traumatique pour s'affranchir des mémoires du passé.

5.2. La stabilité sur le plan relationnel

La stabilité sur le plan individuel ne suffit pas. Le patient vit en général dans un environnement peuplé de personnes, dans son lieu de vie, au travail, et ceux rencontrées dans la vie quotidienne. Il vient d'une famille, à laquelle il est attaché, où il a une place particulière, où il y a eu et où existent encore des influences particulières et des loyautés sous forme de ressources et/ou de blessures. Parmi les êtres significatifs de l'environnement, nous comptons aussi les animaux de compagnie, qui ont un potentiel non négligeable de stabilisation sur le patient.

En raison de la primauté de l'attachement, cette dimension du lien est essentielle pour la stabilité du patient. Quelles sont les personnes sur lesquelles il a pu s'appuyer, avec lesquels la relation est satisfaisante ? Quels sont les deuils non encore faits, dont les effets risquent de surgir lors d'une période anniversaire ? Quels ont été les événements marquants de la famille, qui peuvent constituer autant de transmissions à la source de la problématique actuelle ?

Nous avons l'habitude d'explorer les liens autour de la personne ainsi que leur qualité. Nous ne limitons pas cette exploration aux seules personnes de la famille, mais nous ajoutons à ce tableau toute autre personne qui est ou a été une ressource pour le patient, y compris les animaux de compagnie.

Nos critères pour estimer la stabilité relationnelle des patients sont les suivants : être capable de créer des liens d'attachement sécures, prendre en compte ses besoins, mettre des limites efficaces, maintenir des relations constructives, être capable de reconnaître et de se protéger de relations abusives, être en mesure de s'appuyer sur autrui, demander de l'aide et l'accepter, être capable de vivre et de partager des émotions.

Il va de soi que ces critères décrivent l'absence d'une souffrance relationnelle que la majorité des survivants de trauma complexes n'ont pas. Néanmoins, le thérapeute aura pour tâche d'accompagner le patient dans la prise en compte de ses besoins, l'élaboration de stratégies pour se protéger des relations abusives sans blesser le lien de loyauté, et de combler les lacunes de développement mises à jour.

Un certain nombre de personnes traumatisées sont encore en lien avec leurs agresseurs, et sont impliquées dans une relation d'emprise au sein de laquelle il leur paraît difficile de prendre en compte leurs besoins, faire savoir ce qui ne leur convient pas. Ce sont des relations où la peur du pire, les dérapages violents et le fait de prendre sur soi font légion. Il arrive souvent que des personnes

souffrant de troubles dissociatifs se maltraitent, dans le but d'apaiser l'autre. Au fil du temps cela deviendra une habitude dont il est souvent difficile de s'affranchir, tant elle stabilise les relations abusives et met à distance ceux avec lesquels la relation est constructive (Dellucci & Huntziker, 2016). Lorsque la personne est imbriquée dans des attachements nocifs, qui fonctionnent comme des liens forts et qui l'isolent des ressources de son environnement, surtout s'il y une certaine chronicité, nous avons recours à l'utilisation de figures symboliques pour aider le patient à éprouver le contraste d'un lien constructif, et l'aider à apprendre ou à réapprendre à prendre en compte ses besoins (Dellucci & Bertrand, 2012). Au sein de relations abusives, renoncer à se négliger pour apaiser l'autre, et commencer à bien se traiter peut contribuer à mettre en crise la relation, ce qui nécessite de la psychoéducation et un accompagnement.

Cet axe de stabilisation important nous fait aborder en premier lieu les blessures du lien, lors du travail sur les événements difficiles. Nous conseillons aux praticiens de commencer avec les liens les moins blessés, dans la mesure où si ceux-ci s'assainissent, ils augmenteront la base de sécurité relationnelle au delà du lien thérapeutique, ce qui permettra d'aborder les liens davantage problématiques. Une personne stabilisée sur le plan relationnel au delà de la stabilité individuelle s'affranchira de ses traumatismes plus facilement et plus rapidement.

5.2. La stabilité par rapport aux mouvements dissociatifs

Pour rester en vie, les survivants de traumatisations complexes et chroniques ont du mettre de côté une partie de leurs expériences, de leurs ressentis. Il arrive souvent que les enfants vivant dans des contextes de violences familiales, soient témoin ou l'objet d'agressions majeurs à certains moments de la part d'adultes sensés prendre soin d'eux, et doivent le reste du temps donner le change et vivre avec ces adultes dont ils dépendent. Pour ce faire, ils ont du avoir recours à des mécanismes dissociatifs pour se protéger, et ne pas basculer dans la folie, c'est à dire éviter au mieux de penser à ce qui est arrivé, développer une vigilance et une adaptabilité à l'égard du ou des agresseurs, apprendre à ne pas tenir compte de leurs besoins tout en faisant comme si ne rien était, comme si tout était normal.

Ces personnes ont évolué dans la vie en sentant bien qu'ils donnent le change, tout en évitant soigneusement de penser et de ressentir ce qui se passe à l'intérieur d'eux. Ils ont souvent intériorisé les propos toxiques et la négligence des adultes maltraitants et continuent ces agressions contre eux-mêmes et ce qu'ils perçoivent de leur monde intérieur. En même temps, ces patients, lorsqu'ils arrivent en thérapie, nourrissent le fol espoir que quelque chose ou quelqu'un puisse les aider, que les symptômes partent, que la vie soit plus légère, tout en portant une terrible peur de réaliser ce qui s'est passé. Tant qu'ils peuvent rester dans l'évitement, ils peuvent se dire qu'au fond ce n'est pas si grave, qu'ils ne sont pas les plus mal lotis, et poursuivre l'illusion que rien n'est arrivé, en se disant qu'ils se sont trompés. Cependant les symptômes invalidants sont là, les déclencheurs ne les laissent pas en paix et par moments des bribes de leur histoire leur reviennent, mêlés d'intenses sentiments d'impuissance et de désespoir.

Les personnes venues consulter n'affichent que rarement un diagnostic déjà établi. Ils viennent pour des attaques de panique ou des crises d'angoisse, parce qu'un changement de poste ou le départ d'un collègue les plonge dans une profonde dépression, parce qu'ils deviennent suicidaires, ou qu'ils sont hantés par des cauchemars répétitifs. Très souvent, les symptômes deviennent plus bruyants lorsque l'environnement n'est plus hostile, lorsqu'il y a des relations bienveillantes et que malgré tout le malaise persiste ou s'amplifie.

C'est en général lorsque s'établit une relation de confiance en thérapie que les mouvements dissociatifs émergent. Nous invitons tout clinicien à se former suffisamment pour faire face à ce moment particulier et pouvoir réagir adéquatement. Cela prend du temps et nécessite de l'entraînement, d'une part pour reconnaître ces incongruences entre ce que dit le patient et ce que montre son corps, d'autre part pour accompagner la personne à dépasser sa tendance à l'évitement et considérer son monde intérieur. C'est ainsi qu'il nous arrive régulièrement de questionner le patient sur ce qu'il ressent dans son corps, lorsque nous rencontrons une telle incohérence. S'il y a dissociation, cette invitation suscite phobie et hostilité chez le patient et il va chercher à éviter de répondre à la question du thérapeute : « Non, c'est rien », « c'est pas grave » et puis il passe à autre chose. C'est alors au thérapeute de ne pas se laisser éconduire, à se montrer curieux de ce qui se passe à l'intérieur du patient, tout en restant dans un lien bienveillant et sécurisant. Très vite, les patients

montrent de la peur. Nous abordons celle-ci en premier, de manière fractionnée, c'est à dire en mettant tous les contenus traumatiques, quels qu'ils soient, dans le contenant. Si le corps du patient s'agite, nous revenons aux exercices d'ancrage, puis nous continuions l'exploration. Une fois les premiers mouvements phobiques dépassés, nous continuons à explorer, avec le patient, de quoi est fait ce mouvement intérieur, en veillant à rester près de sa formulation propre. C'est ainsi que certains parlent du « bébé », d'un « petit garçon » ou d'une « petite fille », de « l'ado », ou encore « du blocage dans le plexus », ou du « monstre intérieur » ou de « la voix dans la tête ». Nous en explorons les réactions ainsi que celles du patient, quel est l'âge ressenti pour ce mouvement, son aspect, où se trouve-t-il, est-ce qu'il sait que nous sommes à la date d'aujourd'hui et nous nommons la date et le lieu de la consultation. En général le patient nous dit que le sentiment que nous explorons ignore la date d'aujourd'hui, et le lieu. Nous l'invitons à initier un dialogue intérieur où il informe le mouvement dissociatif et le réoriente dans le présent. Il s'agit donc de ne pas explorer la dimension traumatique dans un premier temps, même si nous la savons présente dès lors que la dissociation existe. Cette exploration continue, mêlée d'exercices de stabilisation pour apaiser le corps, jusqu'à ce que le patient puisse considérer ce mouvement comme le sien. Cela nécessite souvent un travail sur la dimension émotionnelle non traumatique, car nous savons que les patients dissociatifs ont une tolérance à l'affect amoindrie, au moins pour les émotions de honte, de peur, de panique de perte d'attachement et de colère.

A cette exploration s'ajoute une part de psychopédagogie visant à normaliser la réaction dissociative et les réactions de survie. Nous informons le patient que si ceux-ci existent, c'est qu'il doit y avoir de bonnes raisons, même si lui et le thérapeute en ignorent le contenu pour le moment. Nous avons aussi pour habitude de négocier avec le patient en recadrant ce mouvement évité comme serviable, pour avoir pris sur lui un contenu dont la personne a pu ne pas tenir compte pendant tout un temps.

Une fois qu'un lien a été établi entre partie de la personnalité apparemment normale (PAN) et partie émotionnelle (PE), si nous restons près de la formulation que propose la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010), le partage du contenu peut commencer. Etant donné l'amnésie de la PAN pour le contenu traumatique et sa tendance à l'évitement, ainsi que l'amnésie de la PE pour tout ce qui vient après le trauma, nous proposons de partager d'abord de bons souvenirs, des moments de réussite, des actions où l'adulte a pris soin de ses enfants, des activités stabilisatrices, des personnes étayantes, voire des figures symboliques. Souvent la PAN n'a pas idée que la PE n'a pas ces connaissances. Pour la PE il s'agit de découvertes qui endiguent l'ampleur des sentiments de désespoir, car il commence à y avoir une perspective d'avenir, un temps après le trauma. Nous veillons à choisir des souvenirs en contraste avec le trauma que nous supposons. Peggy Pace (2012/2014) a fait de cette pratique du partage une approche à part entière. Elle vise à renforcer le lien entre PAN et PE, à stabiliser le monde interne, avant d'aborder la phase suivante, celle qui consiste à se confronter aux souvenirs difficiles.

Cette démarche visant à créer des liens internes constructifs est à recommencer avec chaque partie dissociative. Néanmoins, d'une fois à l'autre, le patient, ayant déjà traversé ce processus, apprend à avoir moins peur de ses mouvements internes et à en tenir compte. Certains auteurs suggèrent de faire des cartes intérieures ou proposent des exercices comme la table de conférence (Fraser, 1991, 2003). Ces pratiques peuvent être utiles, pourvu que le thérapeute veille à ne pas réifier plus que nécessaire l'usage du langage métaphorique. Nous restons fonctionnalistes dans notre approche et dans notre discours et nous n'utilisons le langage métaphorique que pour faciliter la compréhension au patient et le suivre dans ce qu'il nous décrit.

Il arrive que des patients ne trouvent pas de contenus positifs à transmettre, soit parce qu'ils sont trop instables, soit parce que tout contenu évoqué touche à des événements et sentiments négatifs. Dans ce cas, nous explorons finement des sources de satisfaction pour de petites choses dans l'expérience du jour même. C'est Luc Isebaert (2015) qui nous a incité à poser trois questions[1] à nos

[1] Les « trois questions pour une vie heureuse » de Luc Isebaert sont les suivantes :

1) Qu'est-ce que j'ai fait aujourd'hui, dont je peux être satisfait ? Il est important de trouver la plus petite chose possible, car le chemin neuronal est le même que pour les gros item.

patients, en veillant à rechercher des sources de satisfaction jusque dans l'expérience sensorielle : la température de l'eau de la douche du matin, l'odeur, le goût ou le bon dosage du café au petit déjeuner, le parfum du thé, le sourire d'une personne, le fait d'avoir trouvé une place pour se garer, la boulangère qui a dit merci pour le paiement de la baguette, la vue sur un jardin, un paysage, le ciel, … Pour les patients particulièrement installés dans la chronicité, nous commençons la séance avec cet exercice, car ils n'arrivent pas à s'exercer dans l'entre deux. En fin de séance, nous invitons la PAN à partager ces contenus du début du travail avec la ou les PE ayant émergé.

La suite du travail thérapeutique consistera à aborder les contenus portés par les PE en vue de les intégrer. La confrontation traumatique peut receler en son sein de nouvelles déstabilisations iatrogènes, invitant le thérapeute à bien doser de degré et la vitesse de la réalisation.

6. Maintenir la stabilité tout au long du processus thérapeutique: « La feuille de route » (Dellucci, sous presse)

La stabilisation est primordiale au début du travail en psychotraumatologie. Cependant, une fois le patient stabilisé, les circonstances de vie, les périodes anniversaire, le style de vie parfois chaotique des personnes, peuvent constituer autant de sources de déstabilisation. A cela s'ajoute le risque de déstabilisation iatrogène : le thérapeute qui dit un mot, une phrase qui a un effet déclencheur, la nécessité de déplacer un rendez-vous, ou un retard dans l'horaire qui peuvent susciter la panique de perdre l'attachement avec le thérapeute, un proche qui appelle le thérapeute pour lui dire son inquiétude provoquant des vécus d'intrusion pour le patient. Même avec un thérapeute qui déploie des trésors de bienveillance, qui veuille à rester dans des actions réfléchies, il peut y avoir des maladresses, des imprévus. En général, si la relation thérapeutique est bonne, les patients font preuve d'une grande indulgence et les thérapeutes sont prêts à apprendre et à ajuster leur intervention.

Lorsque sont abordés les souvenirs difficiles, le traitement se fait rarement en ligne droite. A tout moment peuvent émerger des peurs particulières, p.ex. la peur d'être déstabilisé si tel souvenir est abordé, celle de juger un membre de la famille, de retomber dans la dépression, la peur de ne jamais plus pouvoir s'arrêter de pleurer si des émotions sont ressenties, la peur d'un mouvement dissociatif qui apparaît, … . Ces peurs méritent d'être entendues au moment où elles se présentent. Ne pas les entendre risque de mener au blocage du processus.

De la même manière, il se peut qu'une émotion devienne prépondérante et prenne toute la place dans le processus, comme p.ex. une colère débordante qui peut avoir un effet polluant dans les relations du patient avec son environnement, et peuvent le pousser à commettre des erreurs que par ailleurs il regrette. Il peut aussi y avoir un mouvement de honte qui amène un patient à reprendre des comportements auto-blessants, ou une tristesse qui ne cède pas. Dans ces cas, nous abordons l'émotion pour elle-même, sans cibler autre chose. Ce travail peut se faire sans toucher de traumatisme, si ces derniers sont confinés dans un contenant. Cela s'appelle un travail fractionné.

Notre méthode de prédilection pour aborder les peurs émergeantes, les souvenirs difficiles ou les émotions prépondérantes est l'EMDR. Cependant il existe d'autres méthodes d'intervention valables en psychotraumatologie, qui peuvent être utilisées pour désensibiliser et retraiter ces éléments émergeants.

Pour résumer notre propos, nous avons développé un questionnement en arborescence, qui permet de guider la démarche du thérapeute en fonction de ce qui émerge.

---

2) Qu'est-ce que quelqu'un d'autre a fait aujourd'hui dont je peux être satisfait ? Et comment puis-je y réagir de telle manière pour que la personne recommence. Pour les patients récalcitrants à cette dernière recherche, nous demandons simplement : et comment pouvez-vous faire savoir à l'autre que ce qu'il a fait vous a touché ?
3) Et quoi d'autre m'a satisfait aujourd'hui. Luc Isebaert invite la personne à en décliner la perception avec les cinq sens : ce qui est vu, entendu, le toucher, la senteur et éventuellement le goût.

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

6.1. Est-ce que la personne est stable[2] ?

NON ⇒ veuillez continuer à stabiliser, ou bien restabiliser
S'il y a eu un nouvel événement négatif qui prend toute la place : veuillez débriefer en restant centré sur les besoins immédiats de la personne et remettre l'attention sur les repères de la vie quotidienne.
OUI ⇓ (veuillez aller à la prochaine question).

6.2. Où se trouve la personne sur l'échelle de sécurité[3] ? Est-ce que la valeur est en dessous de 5, ou bien a-t-elle chuté depuis la dernière fois ?

OUI ⇒ veuillez explorer ce que vous pouvez faire en tant que thérapeute, pour que la personne puisse se sentir davantage en sécurité/plus confortable. (Veuillez soigner la dimension du confort physiologique)
NON, la valeur sur l'échelle est satisfaisante : ⇓ (veuillez aller à la prochaine question)

6.3. Y a-t-il une peur particulière qui pourrait entraver/bloquer ce que nous avons prévu ?

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette peur la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez désensibiliser et retraiter cette peur[4], quelle qu'elle soit.
NON ⇓ (veuillez aller à la prochaine question)

6.4. Y a-t-il une émotion/sensation corporelle prépondérante en ce moment ?

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette émotion/sensation la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez faire une remise à zéro[5] de cette émotion/sensation.
NON ⇓ (veuillez aller au prochain point)

6.5. Le projet d'aujourd'hui

- aborder un souvenir du passé ou un déclencheur du présent
- retraiter les empreintes précoces
- aborder une blessure relationnelle
- travailler sur une émotion/ un sentiment visé auparavant
- aborder une peur du futur évitée préalablement
- …

En suivant cette logique de travail, thérapeute et patient peuvent cheminer en fonction de ce qui émerge, sans se perdre, avec toujours pour objectif de maintenir une stabilité fonctionnelle. Cela produit de la motivation chez le patient qui se sent pris au sérieux, sans qu'on lui en demande trop. Une fois les peurs émergeantes évacuées, la confiance dans le processus thérapeutique est ainsi renforcée, et il arrive souvent que le patient soit actif et donne son avis par rapport à ce qu'il faudrait aborder par la suite.

---

[2] Les critères de stabilité que propose Arne Hofmann sont de trois ordres :
- la personne est capable de mener à bien les tâches de la vie quotidienne (travail, famille, hygiène, alimentation, …)
- la personne est en mesure de s'auto-apaiser efficacement
- la personne peut évoquer le/les traumatismes tout en « restant en surface », c'est à dire sans être activé au point de ne plus pouvoir faire rien d'autre

[3] *Sur une échelle entre 1 (je ne me sens pas du tout en sécurité ici et maintenant, avec le thérapeute, dans ce lieu) et 10 (je me sens tout à fait en sécurité ici), où vous situez-vous en ce moment ?* (version générale)
Il existe aussi une version centrée sur une tâche. Dans ce cas, il convient d'ajouter à la formulation générale : *pour aborder ce que nous avions prévu aujourd'hui ?*

[4] Si plus d'une peur émerge simultanément, veuillez d'abord retraiter les peurs qui pourraient polluer une bonne relation thérapeutique, puis les peurs touchant la vie immédiate, et ensuite les peurs irrationnelles du futur. Si la personne fait un choix, veuillez la suivre dans celui-ci.

[5] La remise à zéro constitue un protocole spécifique, où les émotions, sentiments sont désensibilisées jusqu'à redevenir des ressources, ce qu'ils étaient à l'origine. Il s'agit d'un protocole sans cognitions.
La remise à zéro des sensations physiques est pertinente dans la mesure où le thérapeute connaît les exercices d'ancrage, que la personne ait pu expérimenter le fait d'être en lien avec son corps et soit complètement orientée dans le lieu présent, au présent.
Attention, pour toute sensation physique persistante au cours de la séance, il est important d'orienter la personne vers un médecin somaticien, afin d'exclure toute affection physique et ne pas risquer, par une interprétation psycho-somatique erronée, de passer à côté d'un problème organique.

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

7. Conclusion

Hobfoll et ses collègues (2007) ont établi cinq critères essentiels par rapport auxquels doivent s'orienter les interventions de masse à court et moyen terme après une catastrophe : 1. Pouvoir se sentir en sécurité, 2. Etre en capacité de s'apaiser, 3. Retrouver un sentiment d'auto-efficacité et d'efficacité pour la communauté, 4. Etre relié à autrui, et 5. Avoir de l'espoir.

Il va de soi pour nous que ces critères sont valables en psychotraumatologie générale, surtout lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients souffrant de trauma complexes et de troubles dissociatifs. La dimension collective est à appliquer aux personnes de l'environnement et aux mouvements dissociatifs internes, qui fonctionnent comme autant de parties différenciées affichant des avis, des besoins et des motivations différentes que la/les partie/s apparemment normale/s.

La théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010) nous guide en matière de stabilisation de manière très claire. Il s'agit en premier lieu de surmonter la phobie d'attachement et la peur de perte d'attachement avec le thérapeute, puis de surmonter la phobie des réactions en lien avec le traumatisme, et ensuite celle des parties dissociées. Ces tâches font partie du plan de stabilisation des patients dissociatifs. La primauté de la relation thérapeutique est ici centrale. Elle sert de guide pour établir par la suite des liens internes constructifs et fonctionnels.

Les hypothèses a priori qui nous guident pour travailler avec les patients dissociatifs en thérapie sont les suivantes (Dellucci & Wolf, 2011) : Les patients venus en thérapie souhaitent sans doute, 1. être reconnus pour le motif de leur consultation, 2. être acceptés comme ils sont, même s'il ont eux-mêmes des difficultés à s'accepter comme ils sont, 3. faire des choix, s'ils en reçoivent l'opportunité, 4. faire connaître leurs opinions à condition qu'on leur pose la question, 5. être actifs et impliqués (qu'ils résistent ou qu'ils aillent de l'avant), 6. apprendre de nouvelles choses, 7. avoir une influence positive sur eux-mêmes et sur leur parties dissociatives, ainsi que leur entourage, 8. entendre de bonnes nouvelles sur eux-mêmes, leurs talents, même s'ils ont eux-mêmes des difficultés à le reconnaître explicitement, 9. avoir de l'espoir, 10. être acceptés en tant que partie d'un tout (groupe, famille, communauté, dispositif thérapeutique). Au delà du regard bienveillant qu'elles permettent de poser sur les survivants qui ont le courage de pousser notre porte, ces hypothèses semblent se transmettre dans l'intention avec laquelle nous les rencontrons. Nombre de patients lors de l'évaluation de leur thérapie ont exprimé leur soulagement face à ce regard bienveillant du thérapeute, et à quel point cela les a aidés pour avancer. S'il est un expert qui peut évaluer le processus thérapeutique et l'attitude du professionnel, c'est bien nos patients qui ont déjà fait l'expérience du contraire à travers ce qu'ils ont vécu.

En ce qui concerne les qualités du thérapeute, les survivants de traumatisations complexes et chroniques ont besoin d'un interlocuteur suffisamment calme, qui reste dans des actions réfléchies, qui reste cohérent entre ce qu'il dit et ce qu'il fait. Il faut que le thérapeute puisse être constant dans le lien, désireux d'apprendre, car les patients ne lui demandent pas de tout savoir. Ils ont besoin d'un thérapeute qui soit capable de se remettre en question et aller rechercher l'information dont il a besoin pour accompagner son patient dans de bonnes conditions. Cela suppose un thérapeute qui fasse preuve de souplesse et d'adaptabilité sans pour autant se suradapter, c'est à dire en restant attentif à ses propres besoins également.

Le recours à la dissociation est une stratégie de survie extrêmement efficace. Cependant elle devient au cours de la vie une entrave. Œuvrer pour une stabilisation efficace consiste à assouplir cette entrave, à apprendre de nouvelles possibilités pour faire face à ce qui a été jusqu'ici innommable, irréalisable, et à trouver le courage de l'aborder afin de s'en affranchir.

8. Bibliographie

American Psychiatric Association (2013). DSM-V. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, pp : 727-735.

Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personnalité disorder in The Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry, 150*, pp. 489-494.

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). Coping with trauma-related dissociation. Skills Training for patients and therapists. New York : W.W. Norton & Company. Pour la traduction française (2014). Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes. Bruxelles : De Boeck.

Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748 – 766.

Brown, D., & Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and hypno-analysis. Lawrence Erlbaum Associates : Hillsdale, NJ.

Brown, D., Scheflin, A.W., & Hammond, C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. Norton, New York.

Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. Wiley, New York.

Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, pp. 519-527.

Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. Norton, New York.

Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale,* 28 (4), pp 391 – 414.

Dell, P. F. (1998) Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, pp. 352-356.

Dell, P. F. (2001). Why the diagnotic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation, 2,* pp. 7 – 37.

Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190,* pp. 10-15.

Dell, P.F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 7* (2), pp. 77 – 106.

Dellucci, H. (2014). Psychotraumatologie Centrée Compétences. *Revue Thérapie Familiale*. 34 (4). pp 193-226.

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. . *Aide mémoire. L'EMDR en 70 notions*. Paris: Dunod.

Dellucci, H. & Wolf, F. (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Revue Thérapie Familiale, 32,* (2), pp: 275-291.

Dellucci, H. & Huntziker, I. (2016). Konstruktive und Nicht-konstruktive Beziehungen. Ein lösungsfokussierter Ansatz im Kontext von Paarbeziehungen. *Systemischer, 8,* pp : 66-75.

Demos, E. V. (1998). Affect and the development of the self : A new frontier. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology, Vol. 3*, pp. 27 – 52. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.

Dolan, Y.M., (1991). *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. Norton & Company

Dye, E. & Roth, S. (1991). Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. *Psychotherapy, 28,* pp.103 – 120.

Ellason, J. W., Ross, C. A. & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry, 59*, pp. 255-266.

Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states and dissociative disorders and ego-state therapy. *Dissociation, 4,* (4), pp : 205–213.

Fraser, G. A. (2003). Fraser's "Dissociative table technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation, 4,* (4), pp : 5–28.

Goodman, B. & Nowak-Scibelli, D. (1985). Group treatment for women incestuously abused as children. *International Journal of Group Psychotherapy, 35*, pp. 531 – 544.

Follette, V.M., Alexander, P.C. & Follette, W.C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, pp. 150 – 155.

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Herman, J.L. & Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy, 35*, pp. 605 – 616.

Hobfoll et al. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Issues*

Hofmann, A. (2006). *EMDR: Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Isebaert, I., Cabié, M., C. & Dellucci, H. (2015). Alliance thérapeutique et thérapie brèves. Le Modèle de Bruges. Ed. Erès, collection Relations.

Kluft, R.P. (1998). Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 90 – 98.

Korn, E. R., & Johnson, K. (1983). *Visualization: The uses of imagery in the health professions*. Irwin Professional, Chicago.

Korn, D., L. & Leeds, A., M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58,* (12), pp. 1465 – 1487.

Leeds, A.M. (2009). Resources in EMDR and other Trauma-Focused Psychotherapy : a Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3), pp. 152-160.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 5*, pp. 196 – 204.

Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Nijenuis, E.R.S., Spindhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, pp. 688 – 694.

Nijenuis, E.R.S., Spindhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1997). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, pp. 311 – 318.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy : One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), pp. 149-173.

Organisation Mondiale de la Santé (1992). *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes, Dixième revision (CIM-10)*

Pace, P. (2012). *Lifespan Integration. Connecting Ego States through time*. Pour la traduction française (2014). Pratiquer l'ICV. L'intégration du Cycle de la Vie. Paris: Dunod.

Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L. & Gast, U. (2011). Awis-I Comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199,* (2), pp. 122 – 131.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self : The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, Guilford.

Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.

Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic, 64*, pp. 146-163.

Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N. & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder, vol 821*, pp. 161 – 175. New York : New York Academy of Sciences.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Bruxelles : DeBoeck.

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H. & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q) : Development of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 1,* (1), pp : 21-27.

Wade, A. (1997). Small acts of living : Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy, 19* (1), pp : 23-39.

Waller, N.G., Putnam, F.W. & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types : A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1,* pp : 300-321.

Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personnality disorders : A schema-focused approach.* Sarasota, FL : Professional Resource.

17

Notre erreur la plus fréquente avec nos patients les plus dissociatifs a été notre manque de centration sur les principes et les outils de la thérapie centrée compétences. Non pas que ceux-ci aient été inutiles, mais sans doute en raison d'une contamination implicite par l'impuissance et le désespoir de nos patients, nous avons été conduits à penser le problème

comme tellement sérieux que cela nous a coûté la confiance que nous pouvions avoir en ce dont nous disposions déjà, pour aller à la recherche d'une parole d'expert, une pratique enseignée ailleurs, forcément meilleure et plus sage. Ainsi, devant cette sensation non-dite « mon Dieu ! comment vais-je faire ? » il est bien possible que notre propre système du pleur d'attachement se soit activé, nous conduisant à privilégier ce que disent et font d'autres collègues plus experts que nous et à nous distancier de nos principes les plus fondamentaux centrés compétences.
Si la pratique régulière du doute et de la remise en question a du sens et constitue un solide rempart par rapport aux dérapages non-réfléchis, le doute excessif peut aussi nuire. Nous savons que nos patients apprennent aussi par mimétisme et imitation, et que cela se passe à un niveau très implicite de l'interaction (Trevarthen, Kokkinaki & Fiamenghi, 1999; Wohlschläger & Bekkering, 2002).

Sandrine, 42 ans, médecin, avait été envoyée par une amie, patiente auprès de la thérapeute, avec laquelle elle a un lien de qualité. La thérapeute avait accepté la demande de sa patiente, car elle avait perçu que cela contribuait à stabiliser cette dernière. Sandrine avait alerté le juge des enfants pour un bébé en danger, mais le bébé est mort pendant le week end, avant que la mesure décidée ait pu être mise en œuvre. Cette première tranche de thérapie avait été centrée sur le débriefing et les besoins à court terme de Sandrine, ainsi qu'une désensibilisation des événements récents. La patiente a rapidement pu rebondir et se stabiliser, comprenant qu'elle n'était pas coupable de ce qui était arrivé à ce bébé, qu'elle n'avait pas décidé de la mesure de maintenir le bébé dans sa famille, malgré son alerte. La thérapeute n'avait pas été alertée par l'absence de colère chez sa patiente, ce qui pourrait correspondre à une de ses taches aveugles. Ne souhaitant pas de thérapie par ailleurs, Sandrine s'était alors senti suffisamment stable pour arrêter le suivi. Aucun signe dissociatif n'avait alerté la thérapeute, ce qui ne manqua pas d'ajouter à sa surprise lorsque la patiente est revenue, traversant un passage dépressif pour lequel elle a du être mise en arrêt maladie pendant plusieurs semaines. Lorsque Sandrine est revenue en thérapie, après une tranche courte de 10 séances et terminée d'un commun accord, elle était méconnaissable pour la thérapeute. Sandrine rasait les murs, ne pouvait soutenir le regard, produisait des mouvements irréguliers et involontaires, comme si elle tombait en arrière, avec une impossibilité de parler … ce qui n'a pas manqué de surprendre, voire décontenancer la thérapeute, qui, même si elle n'a rien montré d'explicite, n'en a pas moins été touchée, tant sur le plan physiologique (une sidération) et non verbal (une hésitation à intervenir rapidement), qu'émotionnel (un ressenti de culpabilité mêlé d'impuissance), et sur le plan de la pensée, qui dans ce cas devient rapidement égocentrique (qu'ai-je fait ? manqué ? pas vu ? déclenché ? …). Retrouvant sa contenance, la thérapeute a proposé des exercices d'ancrage avec pour but d'apaiser le corps de Sandrine, ce qui a été efficace. Les premières séances ont été marquées par ces exercices, réservant peu de temps à l'échange. Rien, lors de cette première tranche de thérapie, n'avait laissé présager ce qui s'est avéré être un tableau clinique d'une dissociation structurelle tertiaire.

En tant que thérapeutes nous ne sommes jamais à l'abri de telles surprises, surtout avec des personnes dissociatives montrant par ailleurs un très bon fonctionnement général. Nous pouvons dire que Sandrine avait suffisamment confiance en la thérapeute, pour revenir vers elle au moment où elle en avait besoin. Il est néanmoins de la tâche du thérapeute, de veiller à rester suffisamment stabilisé, pour être ce garant, en présence duquel le patient peut s'apaiser et avoir le courage d'explorer ce monde intérieur qui le terrifie autant. La centration sur les ressources ne se fait pas toute seule, elle nécessite de la part du professionnel une décision consciente et délibérée, permettant ainsi de ne pas faire défaut au tandem thérapeutique.

L’objectif de Sandrine lors de sa première tranche de thérapie avait été de surmonter les effets produits par le fait divers qui l’avait déstabilisée. Pour la suite, la patiente n’a pas eu le temps d’identifier des objectifs, car elle s’est présentée dans un état décompensé. La thérapeute a elle aussi oublié de poser cette question centrée sur le futur et de ce fait, elle n’a pas aidé Sandrine à pouvoir s’y projeter, malgré tout le travail de qualité qui a pu être effectué par ailleurs.
C’est après une crise suicidaire importante, lorsque la thérapeute a pris conscience de cet état de fait, qu’elle a mis en place l’exercice des trois questions de Luc Isebaert, afin d’assister Sandrine, dans la construction d’une perspective d’avenir. Cet exercice n’a pas été facile au début pour la patiente, ce qui a conduit la thérapeute, à le faire de son côté, p.ex. en décrivant un paysage agréable d’un ruisseau, dans un parc, avec un saule pleureur, et un ciel bleu, avant d’inviter Sandrine à faire de même. Non seulement, cette dernière a pu suivre cet exercice à cette occasion, mais elle a rapporté garder en mémoire la description qu’avait fait la thérapeute. Cet exercice a ensuite fait partie des séances ultérieures, avec la démarche de partager les petits éléments satisfaisants avec les PE qui écoutent à l’intérieur.

Un autre aspect qui a guidé la thérapeute est la nécessité de veiller à de bonnes conditions de travail, autant pour elle que pour la patiente. Les deux aspects sont étroitement liés. Ainsi, il arrive régulièrement, que le thérapeute, avec toute son empathie, et son envie de bien faire, en vienne à se suradapter au patient, notamment dans la gestion des déclencheurs, des PE émergeantes, pouvant facilement rendre le processus de stabilisation chaotique. Bien qu’il soit primordial et nécessaire que le thérapeute adapte sa pratique au patient, en faire trop devient délétère pour le processus thérapeutique, le patient, le thérapeute et la relation qui les lie. Nous allons éclairer cet aspect, entre autres, en abordant la stabilisation sur le plan relationnel.

4.2. Au delà de la stabilisation individuelle, la stabilisation relationnelle

Après ce tour d’horizon sur la stabilisation individuelle, certainement pas exhaustif, notre sensibilité systémique nous rend attentifs à la dimension relationnelle. En tant que mammifères, la dimension relationnelle et sociale prend une place considérable dans la manière dont nous vivons.
Il arrive ainsi que des patients se stabilisent assez facilement sur le plan individuel, c’est-à-dire qu’ils sont capables de s’apaiser, d’effectuer les tâches de la vie quotidienne. En séance ils arrivent à parler des choses difficiles sans se sentir débordés, ils ont appris à mettre de côté ce qui ne peut être abordé dans l’immédiat et ils arrivent à se sentir suffisamment en sécurité pour être motivés à se mettre au travail.
Par ailleurs, on apprend que leur conjoint-e ne sait pas qu’ils viennent en thérapie, ou bien dévalorise cette démarche, que les relations avec la famille d’origine sont difficiles et que les rencontres, p.ex. à Noël, pendant les vacances, ou au quotidien, donnent régulièrement lieu à des blessures, des mises en danger, des transgressions de tous ordres. Il arrive régulièrement qu’au prix d’un travail thérapeutique long et important, nos patients apprennent à mieux connaître leurs besoins, à concevoir de mettre des limites, à oser des tentatives pour se protéger, et puis, un coup de fil, une lettre, une nouvelle fait basculer tout cet édifice laborieusement construit, et le patient retourne dans ce lien où il renonce à prendre soin de lui, avec le fol espoir de soigner cet attachement. A posteriori, de retour en entretien, ces patients rapportent qu’ils savaient qu’ils allaient en ressortir blessés, mais que si c’était à refaire, ils retenteraient quand même de réparer ce lien.
L’article suivant va éclairer cet aspect et va proposer des pistes pour avancer sur ce plan de la stabilité relationnelle, que nous définirons par la suite.

Thérapie familiale, Genève, 2012, 33, 4, 337-355

Le collage de la famille symbolique et approche narrative

Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles

Hélène Dellucci Psychologue, thérapeute familiale, superviseur et formatrice, praticienne EMDR et consultante EMDR Europe

Cécile Bertrand Psychologue, thérapeute familiale, superviseur et formatrice

Résumé

Le collage de la famille symbolique et approche narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles. – Le « Collage de la Famille Symbolique » est un outil de stabilisation centré sur les compétences, conceptualisé par Hélène Dellucci (sous presse). Pour des personnes souffrant de liens d'attachement et d'identification nocifs, il permet de constituer un étayage par la construction d'un lien d'attachement alternatif. La personne parvient ainsi à se référer à un ensemble de figures symboliques, parmi lesquelles des ressources sont présentes, et trouve ainsi des éléments ressources face à ce qui lui pose problème. Cet outil permet un travail sur les valeurs, les projets et les choix existentiels, ainsi que la possibilité de créer de nouveaux réseaux neuronaux et une habitude alternative (Isebaert, 2005). De par le « collage » permettant un travail avec la dimension iconique (cerveau des émotions), et de par le dialogue intérieur créé avec la représentation (cohérence entre le cerveau gauche et le cerveau droit), celle-ci devient suffisante pour nourrir le besoin vital d'attachement et ainsi retrouver une stabilité sur le plan relationnel.

Introduction

Dans le monde de la thérapie familiale, la prise en compte des liens relationnels et de l'environnement est primordiale. Même en thérapie individuelle, cette dimension du lien à la famille et des personnes significatives est centrale. Nous tentons, à travers l'approche centrée sur les compétences et l'approche narrative, de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

mettre l'accent sur la dimension constructive de ces liens, à en faire ressortir les ressources qui permettent à la personne d'avancer vers les objectifs qu'elle s'est donnée. Cependant, dans certains cas, la famille peut être absente, ou bien ces liens peuvent être perturbés à un point tel, qu'il est nécessaire de s'en protéger pour que la personne puisse se stabiliser. Dans un contexte où la famille ne peut présenter des liens identificatoires sécurisants suffisants, le collage de la famille symbolique est un objet flottant qui permet de revisiter des lieux de ressources désertés et de recréer la possibilité d'une perspective possible dans un avenir. Ceci en lien avec les valeurs et les choix existentiels de la personne. Par la construction d'une autre narration identitaire étayante et constructive, le besoin vital d'attachement est alors nourri, et une alternative au problème devient possible. C'est ainsi que cet outil permet l'ouverture à des mondes identificatoires alternatifs à ceux qui sont habituellement dominants. Notre identité se construisant à partir des histoires que l'on se raconte sur la vie et sur nous-mêmes. Il semble important de pouvoir ouvrir les possibles choix de sens et donc d'action (Cabié et Isebaert, 1997) où seront présents compétences, valeurs, exceptions, initiatives, projections. « Augmenter le nombre de choix alternatifs possibles » est un impératif éthique selon Von Foerster (1973/1981). Ceci dans une dimension constructiviste où ce qui compte n'est pas ce qui est « vrai », mais ce qui marche, ce qui est aidant pour la personne. La responsabilité de tout intervenant est de veiller à ne pas s'enfermer, ni à laisser le client s'enfermer, dans une explication unique, paralysante et mutilante qui contribue à entretenir un problème. Il s'agit d'introduire des choix réels et de les rendre compréhensibles et possibles (Neuburger, 1991).

Lorsque la famille n'est pas accessible, il existe de nombreux outils thérapeutiques, qui ont fait leurs preuves, utilisant des médiateurs comme la chaise vide (Goldbeter-Merinfeld, 2005) ou des représentants comme dans les constellations structurales systémiques (Varga von Kibéd et Sparrer, 1995/2005, Sparrer 2001), voire des supports écrits, comme des lettres (Dolan, 1991). Nous proposons dans cet article un nouvel outil qui ouvre la possibilité de réalités identificatoires alternatives, ce qui entraîne espoir et créativité face à ce qui pose problème.

Les attachements dysfonctionnels

Travaillant avec des personnes souffrant de traumatismes complexes et de troubles dissociatifs et leurs familles, il s'avère parfois que les personnes touchées proviennent de familles où le degré de souffrance est tel, qu'une mesure thérapeutique consiste à s'éloigner, limiter les contacts et l'exposition, afin de limiter l'effet toxique et retraumatisant pour la personne. En général, il s'agit de familles qui ne sont absolument pas demandeuses de soin, pouvant aller jusqu'à dénigrer ce dernier, tout en continuant les maltraitances. La personne peut avoir construit des liens soutenants dans son environnement immédiat, et à chaque fois qu'elle se retrouve en contact avec ses agresseurs, reprendre un rôle où elle est à nouveau maltraitée. Nous avons été confrontés à des personnes en thérapie, qui comprennent que leurs parents, leur conjoint ne changera pas, comprennent aussi la nécessité de s'éloigner pour rester en vie, éviter une retraumatisation. Néanmoins, tout se passe comme si malgré des avancées, parfois spectaculaires, ces personnes gardaient une sorte de tache aveugle, faite d'attachement et de loyauté, qui leur fait oublier toute précaution lorsque le plus petit signe de la part

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

du ou des agresseur(s) émerge. Ces personnes sont souvent guidées par un espoir sans faille, que leurs parents, leur conjoint, ou même des amis, puissent répondre à leurs besoins, même si par le passé, ils n'y ont jamais répondu. D'un point de vue affectif, ces personnes restent cependant dans l'attente d'un changement, même si par ailleurs, cognitivement, elles savent que cela semble impossible.

Nous avons l'habitude de voir la capacité à s'attacher, la loyauté et l'espoir comme des ressources importantes. Cela est indéniablement le cas. Sauf que chez des personnes présentant un syndrome de Stockholm, celles qui souffrent de violences conjugales, tout comme les enfants maltraités, ces ressources peuvent concourir à rester dans un attachement important à l'agresseur. Elles continuent ainsi à rester dans une attente à laquelle l'agresseur ou celui qui a fait preuve de négligence ne peut pas répondre. Ces personnes ne manquent pas de compétences, et peuvent faire preuve d'une ingéniosité sans pareil pour prendre soin d'autrui, construire des projets. Néanmoins, il arrive régulièrement qu'elles connaissent des moments de rupture, où elles sont incapables de demander de l'aide, même face à un environnement bienveillant, où elles connaissent brutalement des moments de dépression et où le risque suicidaire n'est pas exclu. Elles manifestent alors une grande difficulté à prendre soin d'elles-mêmes.

Dans ces moments, ces personnes réagissent comme si, soudainement, elles n'avaient plus accès à ce qu'elles ont si laborieusement compris et/ou appris. Une autre dimension émerge alors, une dimension plus archaïque, et faisant fi de toute prudence. La pensée est alors escamotée, pour faire place exclusivement à l'action, non réfléchie. Naît alors une urgence sans émotion, ou juste dotée d'un fol espoir d'avoir enfin une réponse tant attendue. Il s'agit d'un comportement qui ne tient pas compte de la réalité, qui semblerait relever d'un autre niveau du traitement de l'information, davantage sous-cortical. Comme si cet attachement, même s'il est nocif, valait mieux que n'importe quelle autre alternative.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) conceptualise ces conduites sous la forme d'un fonctionnement d'ordre dissociatif. Les auteurs distinguent entre :

- un fonctionnement « apparemment normal », orienté vers la survie de l'espèce, les tâches de la vie quotidienne, le futur, et
- un fonctionnement d'ordre émotionnel, en lien avec des vestiges traumatiques, orienté vers la survie individuelle, en réponse à des menaces existentielles.

Les mécanismes de survie individuelle, lorsqu'ils sont déclenchés, se présentent principalement sous deux axes : d'une part, un fonctionnement émotionnel « contrôlant » qui manifeste une phobie de l'attachement, mû par une prédiction du type « si je m'attache, ça va mal se passer » et d'autre part, un fonctionnement émotionnel dit « de victime », tellement en manque de besoins assouvis, notamment de besoins d'attachement, qu'il pousse vers une proximité plutôt qu'une sécurité.

Le besoin d'attachement est primordial

Lorsque les personnes ne sont pas stabilisées sur un plan relationnel, elles restent dans un environnement où elles ne peuvent pas prendre en compte

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

leurs besoins, quels qu'ils soient : sécurité, attachement sécure, bienveillance, besoin de repos, et bien d'autres. Ces personnes semblent avoir désappris ou bien ne jamais avoir appris à prendre soin d'elles-mêmes. Elles semblent reléguer cette tâche à autrui. Et dans la mesure où il s'agit de besoins souvent très archaïques, elles peuvent alors avoir des attentes telles envers autrui, que celles-ci ne peuvent que rester insatisfaites. Ces personnes se retrouvent alors dans une dépendance insatisfaisante, dans une posture souvent passive, ce qui devient rapidement pesant pour tous ceux impliqués dans la relation. Il n'est pas rare de voir ces personnes s'adresser à un conjoint pour qui justement cette capacité fait défaut.

Or il nous faut considérer que l'attachement, chez les mammifères, est un besoin vital. La capacité à s'attacher est présente dès la naissance, par le biais du réflexe d'agrippement, lequel est codé phylogénétiquement. Les humains naissent de manière si immature, que s'ils ne trouvent pas à s'attacher très rapidement à d'autres humains, ils meurent. Ce réflexe archaïque, présent chez tous les mammifères, amène le petit à s'accrocher au pelage de sa mère pour survivre. Grâce à des expériences sur des singes rhésus, Harlow (1958) a démontré qu'à choisir entre nourriture et agrippement, les singes préfèrent s'accrocher à des mannequins portant un pelage. Son expérience a consisté à faire séjourner des bébés singes seuls dans une pièce, avec deux mannequins faits de grillage : l'un portant un biberon, l'autre une fourrure, et à observer les préférences du singe. Ce n'est qu'au moment où la faim devient insupportable, que le bébé singe quitte le pelage pour aller s'alimenter sur l'autre mannequin avec le grillage. Ceci le temps que le singe ingurgite le lait dans le biberon, pour immédiatement retourner se blottir contre le mannequin portant la fourrure.

Cette expérience nous apprend clairement que l'attachement prévaut à l'alimentation.

Ce raisonnement est très cohérent avec le comportement que nous observons chez les personnes que nous venons de décrire. En tant que thérapeutes, nous ne pouvons pas leur demander de réguler leurs attachements, choisir parmi ceux qui sont plus satisfaisants, prendre soin d'eux, tant que leurs besoins fondamentaux restent inassouvis à ce point. Pour que ces personnes puissent répondre à leurs besoins archaïques, tout à fait légitimes, et construire autre chose qu'un retour aux sources insatisfaisant, il faudrait mettre à leur disposition des figures d'attachement à la hauteur de ce qui leur fait défaut. Alors, une idée Ericksonnienne qui a émergé, a été celle d'ajouter des figures d'attachement, qui peuvent répondre à ce fonctionnement archaïque : des figures capables d'être toujours présentes, ne faisant jamais défaut, avec une régularité et une bienveillance sans faille. Nous le savons bien, aucun thérapeute, aucun conjoint, aucune relation amicale, ne peut relever un tel défi. Des figures symboliques, par contre, pourraient avoir un profil qui correspond à cette tâche, surtout si elles sont rattachées à des valeurs existentielles importantes. Si nous choisissons d'appeler à la rescousse de telles figures symboliques, nous pouvons mettre à contribution une ressource importante que ces personnes mettent très souvent en œuvre : celle de prendre soin d'autrui. La/les figure(s) symbolique(s) deviennent alors le médiateur, qui amènerait la personne à prendre soin d'elle-même, comme elle le ferait pour quelqu'un d'autre. Elle bénéficierait de ce fait de la même efficacité que celle dont elle gratifie autrui.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Concrètement, nous avons choisi de passer par la voie d'un collage et ce pour deux raisons. Premièrement, la dimension visuelle échappe par essence à la mémoire sémantique, conceptuelle et rationalisée. Les images offrent un accès sous-cortical direct, et peuvent constituer des ressources venant stimuler ce niveau d'ordre émotionnel et non réfléchi. Deuxièmement, et c'est là une dimension non négligeable, le collage reste permanent. Cet objet concret permet d'y avoir encore accès, même lorsque la personne n'est plus en mesure d'avoir une pensée réfléchie. Les personnes souffrant de troubles dissociatifs peuvent particulièrement être en lien avec des contenus, des ressources bien établies, et soudainement, face à un déclencheur, ne plus avoir aucun accès à ce qui fonctionnait précédemment de manière satisfaisante. Quel que soit le niveau émotionnel, le collage reste présent, immuable, surtout s'il est affiché dans un endroit où il est facilement visible, et si la personne a pris l'habitude de s'y référer. Finalement, ce collage devient une ressource thérapeutique, qui permet au thérapeute de convoquer ces figures symboliques, afin d'aider la personne à s'aider elle-même. Une autre carte de la réalité est alors utilisée concernant les figures d'attachement. La personne peut avoir à nouveau une possibilité de choix dans ses modèles identificatoires, dans une lecture alternative de ce qu'elle se raconte habituellement à ce sujet. Ceci en lien avec un travail approfondi sur une lecture oubliée, concernant ses valeurs, ses compétences et ses engagements. Ce qui fait l'essence de l'identité de la personne est alors remis en lumière. Ce qui ouvre la possibilité de se projeter dans un avenir souhaité et dans des actions en lien avec les valeurs énoncées.

Selon Neuburger (1991), l'objectif de la rencontre thérapeutique est de construire plusieurs sens possibles face aux événements ou comportements problématiques. Le client y participe en amenant sa propre construction et l'intervenant utilise les compétences qu'il a perçues pour proposer d'autres lectures alternatives. L'hypothèse sous-jacente à cette manière de voir est celle que les problèmes surviennent: lorsqu'il n'y a plus de possibilité de choix, ou bien lorsqu'il y a enfermement dans une manière unique de construire un sens aux événements.

Le collage de la famille symbolique: comment, concrètement?

Créer un collage de la famille symbolique suppose une alliance entre la personne et le thérapeute, et un accord de la personne, de bien vouloir faire cet exercice.

La démarche pour créer un collage efficace consiste en cinq pas. L'approche narrative en ajoute un sixième.

1. ***Choix des figures: «Parmi des figures connues, de l'histoire, de notre époque, ou symboliquement, de qui auriez-vous aimé être influencé ou éduqué?***[1]
   Il s'agit de choisir intuitivement, en s'autorisant à être accompagné symboliquement par des figures choisies.

[1] Si le mot «éduqué» pose problème, il est possible de le remplacer par «accompagné».

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

2. ***Exploration des valeurs existentielles sous-tendant ce choix: « Qu'est-ce qui fait que vous avez choisi ce personnage précisément ?***
Pour chaque personnage choisi, veuillez explorer les valeurs, mettre des mots sur les raisons profondes qui ont guidé cette décision. Le choix intuitif n'est pas remis en question. Il s'agit plutôt d'explorer les valeurs existentielles qui l'ont amené. L'hypothèse que nous faisons est qu'il s'agit de dimensions existentielles importantes pour la personne, et qu'il est essentiel de prendre le temps de les questionner en détail. Les questionnements que propose la thérapie narrative fournissent une aide précieuse pour parvenir à faire cheminer la personne sur les valeurs qui sont les siennes et qui donnent un sens à son existence. « Est-ce que ce choix vous suggère quelque chose à propos de ce qui est important pour vous, dans votre vie et dans vos relations ? » « Qu'est-ce que ce personnage dit de la personne que vous êtes ? » « Que partagez-vous avec ce personnage ? » « Qu'est-ce que ce choix dit de vos valeurs ? » « Pourriez-vous me raconter une expérience où vous avez défendu les valeurs dont vous parlez ? » « Sur quelles capacités vous êtes-vous appuyé pour vivre cela ? » « Pouvez-vous en parler ?

3. ***Aller à la « pêche aux informations » concernant le/les personnage/s choisi/s.***
La grande majorité des personnes n'a qu'une connaissance lacunaire sur le/les personnage/s choisi/s. Si les valeurs existentielles partagées constituent le squelette de la représentation, le recueil d'informations consiste à l'habiller. Pour cela, internet est un outil formidable, mais d'autres médias ne sont pas à exclure. Le recueil d'informations se fait jusqu'à ce que la personne ait l'impression qu'elle connaisse suffisamment de choses sur son personnage.

4. ***Imprimer une ou plusieurs photos du/des personnage/s choisi/s, en prenant soin de les choisir comme des photos particulières de quelqu'un qu'on affectionne. Une fois ces photos imprimées, veuillez en faire un collage, et l'afficher dans un endroit où il peut être vu quotidiennement.***
Il s'agit de la part iconique du travail, la partie sémantique étant plutôt constituée des étapes 2 à 3. Si la personne évolue dans un environnement bienveillant, afficher le collage est la meilleure chose à faire, car il est important qu'il soit vu régulièrement.
Cependant, si l'environnement n'est pas bienveillant, ni soutenant, il vaut mieux faire un collage miniature, que la personne peut prendre avec elle, en l'apposant dans un carnet ou un agenda.
Dans tous les cas, la consigne sera de regarder le collage au moins une fois par jour pendant trois semaines à trois mois, le temps qu'une nouvelle habitude puisse s'installer (Isebaert, 2005). La personne pourra quotidiennement se mettre en contact avec des idées qui se rapportent à ses valeurs, ses compétences, ses espoirs. De nouveaux réseaux neuronaux se mettront alors en place, et permettront d'étayer, « épaissir » une nouvelle façon de penser. Avoir un support concret, tangible est particulièrement intéressant pour des personnes qui peuvent être débordées par des émotions, tendre vers des passages à l'acte ou des actions non réfléchies.
Il est à noter que, sous chaque photo, pourra y être éventuellement indiqué, un mot, une phrase, une métaphore.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

5. ***Créer un dialogue avec ces représentations, notamment en cas de besoin d'être soutenu, pour prendre des conseils.***
Il s'agit ici d'une étape qui, la plupart du temps, doit être initiée par le thérapeute. Dans un premier temps, celui-ci peut demander à la personne, ce que le personnage en question dirait, s'il était là, assis à côté de la personne. Ce qui émerge alors, a valeur de recadrage et permet un apprentissage à l'autothérapie. De manière autonome, la personne peut développer une habitude de pensée qui mette en lien les modèles identificatoires et les événements de vie vécus. De plus, ce renforcement des figures identificatoires permet un travail d'autonomisation par rapport à la relation thérapeutique. Cette dernière, qui est souvent difficile à mettre en place chez les personnes traumatisées chroniquement, est par la suite souvent très investie.
Les conseils et les consignes que la personne se dit à elle-même par l'intermédiaire du personnage symbolique sont toujours bienveillants et constructifs. Ils prennent en compte les besoins de la personne. Afin de l'aider dans ce dialogue, nous pouvons utiliser les questionnements suggérés par Michael White (1995) : « Et si ce personnage était présent à cet entretien, qu'est-ce qu'il nous dirait de ce qu'il partage avec vous ? » « Que pensez-vous que ce personnage apprécie chez vous ? » « Quels seraient les mots ou expressions qu'il pourrait nous dire, concernant ce à quoi vous accordez de la valeur dans votre vie ? » « Que nous dirait-il de vos ressources et de vos compétences ? » « Quelle image ces mots nous donnent-ils de votre identité, et de vos relations ? » « Quelle anecdote ce personnage pourrait-il nous raconter qui illustre bien ce que nous venons de dire ?
Ajoutons, une nuance : plus les personnes se retrouvent dans un processus de chronicité, plus elles risquent d'être coincées dans une habitude où elles subissent les revers de la vie dans une posture de repli, les amenant à résister dans l'immobilité, plutôt que de se mettre en route et tenter de nouvelles choses. Ces personnes auront besoin d'être accompagnées dans un processus qui doit être suffisamment répétitif, pour qu'une action alternative devienne prévisible. Dès lors, il sera important, en thérapie, de revenir régulièrement aux personnages de la Famille Symbolique, pour solliciter ces représentations, et inviter la personne à entrer en dialogue avec les figures la composant. Après cinq ou six répétitions en séance, les personnes commencent à se référer spontanément à leur collage, surtout si ce travail a pu se réaliser dans de bonnes conditions au préalable

6. ***Ecriture de deux lettres : La première lettre est une lettre imaginaire provenant du personnage symbolique, et seconde lettre décrit l'influence que la personne souhaite laisser à ce personnage symbolique dans sa vie.***
Afin d'accentuer l'ancrage du processus de mise en lien entre les modèles identificatoires symboliques et le renforcement des valeurs existentielles de la personne, l'écriture d'une lettre peut être une tâche proposée en toute fin d'élaboration du collage de la famille symbolique. Les auteurs ayant le plus eu recours à l'exercice d'écriture de lettres sont Epston (Epston, 1994 ; White 1995 ; White and Epston, 1990), Dolan (1991) et Capaccione (2001). Il est alors possible de proposer à la personne d'écrire ce que son personnage symbolique soutenant et bienveillant, lui dirait d'aidant face à la situation actuelle. La personne peut écrire une deuxième lettre qui est adressée au personnage symbolique, en lui précisant comment il contribue positivement à sa vie, et

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

quelle place elle souhaite lui accorder dans sa vie. « A quoi verrez-vous concrètement dans votre vie quotidienne, que vous êtes en lien avec ce qui est essentiel pour vous, avec vos valeurs profondes ? » La « carte d'influence » de Michael White (2007) agit sur le comportement, les attitudes, les interactions, les croyances, les actions, les émotions et les ressentis corporels : « Quels seront les futurs engagements révélateurs de ce qui est précieux pour vous dans la vie ? » « Quel sera le prochain petit pas qui vous indiquera que vous êtes en accord avec vos valeurs et celles de votre personnage symbolique ? Nous pouvons préciser que chacune des lettres peut être intitulée par un mot, une phrase, ou une métaphore.

Questions bilan

Ici il s'agit de déceler « une différence qui crée une différence » (Bateson, 1972). Il est essentiel de pouvoir questionner la personne sur la différence que cela fait entre le moment où le collage de la famille symbolique a été commencé, et là où elle en est après son élaboration. En effet, une différence ne peut exister que si elle est questionnée, sinon elle passe totalement inaperçue. « Qu'avez-vous appris de cette conversation avec votre personnage symbolique ? » « Comment pensez-vous votre situation, à la lumière de ce que nous venons d'évoquer ? » « Qu'est-ce que votre personnage vous dirait de ses apprentissages, au sujet de ce collage ? » « Prendre conscience de cela, modifie-t-il quelque chose de l'image que vous avez de vous ? » « En quoi cette discussion vous permet d'ouvrir de nouvelles possibilités dans votre vie ? » Ces questions permettent une évaluation du chemin accompli, et une description du processus de changement à l'œuvre. Elles ouvrent vers la possibilité d'une projection dans un avenir en lien avec les choix existentiels. Elles permettent l'initiative personnelle et ouvrent à la créativité. « Qu'est-ce que cela vient dire des plans, des projets que vous avez pour votre vie à venir ? » « En quoi les valeurs que vous venez d'exprimer et qui vous portent, sont-elles révélatrices de futurs engagements dans votre attitude avec vous-même, dans vos relations ? » « Quel serait le prochain petit pas, (un tout petit pas) qui vous indiquerait que vous continuez à agir en lien avec vos valeurs ? » en termes d'attitudes, de comportements, d'interactions… Le collage de la famille symbolique permet un travail identitaire très approfondi, et facilite ainsi la possibilité pour la personne d'agir en lien avec ses valeurs existentielles.

Vignettes cliniques : Marie-France, Francine, Emilie et Eva

« Parmi des figures, historiques, ou de notre époque, de qui auriez-vous aimé être influencé ou éduquée ?

Lorsque la thérapeute pose cette première question, **Marie-France** (56 ans, cadre dans une institution éducative) répond : « il n'y en aurait qu'une », et elle ajoute : « Sœur Emmanuelle » en souriant.

« Et qu'est-ce qui fait que vous avez choisi Sœur Emmanuelle ? Vous avez raison d'avoir fait ce choix. Je voudrais juste savoir ce qui l'a motivé. » Après un silence, Marie-France évoque : « C'est une femme qui a réussi de grandes choses. »

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

La thérapeute acquiesce, et attend. « C'est quelqu'un de courageux », poursuit-elle, « et de sage ».

Marie-France, qui a souvent de lourdes décisions à prendre dans son métier, souffre d'épuisement professionnel. Prendre des décisions, ainsi que la solitude qui découle du fait de travailler à un poste de responsabilité est ce qui lui pèse le plus, dit-elle.

La thérapeute lui demande si elle peut imaginer Sœur Emmanuelle.

Marie-France acquiesce. « Et qu'est-ce que Sœur Emmanuelle vous dirait, là maintenant, si elle était à côté de vous ? » continue la thérapeute. Ainsi, en séance de thérapie, le thérapeute peut passer du choix existentiel à la dernière étape, celle du dialogue.

Marie-France, qui d'habitude avait une attitude plutôt renfermée, se montre émue. « D'écouter mon cœur » évoque-t-elle, des larmes dans le regard « et de faire juste ce que je peux ». Cette résonance affective indique, qu'un lien a été établi avec la figure symbolique.



Le dialogue imaginé prend ainsi une valeur de recadrage, dont la puissance dépasse de loin toute intervention qui aurait pu provenir d'un thérapeute. Marie-France reçoit la consigne d'aller à la recherche de davantage d'informations et d'une photo de Sœur Emmanuelle, et la mettre dans un endroit où elle la verrait tous les jours. Elle accepte.

A la séance suivante, Marie-France rapporte qu'elle a posé un portrait de Sœur Emmanuelle sur son bureau, et qu'elle se sent réconfortée au quotidien. Une séance plus tard, elle informe la thérapeute qu'elle peut continuer toute seule sur son chemin, et qu'en cas de besoin, elle la resolliciterait.

Au départ, Marie-France était venue en thérapie en pleine dépression, avec des idées suicidaires, voulant rejoindre sa seconde fille, disparue dans des circonstances peu claires. Elle avait déjà perdu un enfant en bas âge. Il ne lui restait plus qu'un fils adulte, devenu alcoolique, auquel elle ne pouvait faire confiance, ni s'empêcher d'agir de manière intrusive. Lors de cette dernière séance, Marie-France rapportait des changements significatifs, en disant qu'elle avait pris la décision de laisser son fils gérer sa vie, et qu'elle pouvait lui faire confiance.

Francine, (46 ans, professeur d'anglais) a construit un collage en suivant la consigne. Venue en thérapie trois ans plus tôt, à la suite de l'abandon de son conjoint d'un projet d'adoption commun et de leur vie conjugale qui avait duré douze ans, Francine se scarifiait tous les jours, était très suicidaire et refusait de s'alimenter. Elle souffre de troubles dissociatifs majeurs. Au cours de la thérapie, Francine a pu se stabiliser dans sa vie courante.

Lors de la première étape de la construction du collage, Francine évoque immédiatement plusieurs personnages : « Nelson Mandela, la reine Elisabeth I », puis elle ajoute : « Tenzin Palmo. Et Jodie Foster ».

Lorsque sa thérapeute lui demande les bonnes raisons de ces choix, Francine répond :

« Le plus important c'est Nelson Mandela. C'est un homme de paix, il a été persévérant, et il aurait eu toutes les raisons du monde pour faire la guerre, mais il a plutôt été l'artisan de la réconciliation. C'est un grand homme. » La thérapeute

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

perçoit l'admiration de Francine à l'égard de son personnage symbolique central. « Et la reine Elisabeth ? » s'enquiert la thérapeute. « Elle a eu de la poigne, elle a tenu bon. » Puis Francine ajoute : « elle n'a pas eu d'enfants, et elle a mené à bien son règne sans fléchir. » C'est alors que Francine évoque qu'elle n'a jamais voulu avoir d'enfants biologiques, « par choix » dit-elle, « pour ne pas transmettre les gènes de ma famille ».

La thérapeute poursuit : « et les autres personnages » ? Francine : « Tenzin Palmo est la première nonne tibétaine. Elle est anglaise. Elle a dû faire son chemin pour arriver là où elle en est. Elle sait ce qu'elle veut, et le met en œuvre ».

Thérapeute : « Et Jodie Foster ? » Francine : « Pour la capacité d'apprendre, de ne pas avoir peur de s'affirmer avec sa différence. Sa droiture. »









A la séance suivante, Francine amène son collage. De toute évidence, elle semble aimer cet objet. Elle évoque, que cela l'aide à soutenir des amis, qui ont besoin de son aide. Francine ne présente plus de comportements addictifs, ni relationnellement, ni par l'automutilation. Elle sort de son « antre », où elle avait pris l'habitude de se retirer, et semble davantage en lien avec les personnes de son entourage. Francine s'est mise à la peinture, à la photo, se met à raconter son désarroi de manière artistique. Une de ses peintures représente Nelson Mandela qu'elle cite : « it always seems impossible, until it's done[2] ». Même si Francine indique qu'elle ne peut l'admettre, son entourage proche lui reflète qu'elle est en voie de sortie de la dépression. Aujourd'hui, Francine s'est donné l'objectif de se débarrasser de ses séquelles post-traumatiques.

Emilie (31 ans, étudiante) souffre de troubles dissociatifs de l'identité et d'une obésité morbide qui, médicalement parlant, la met en danger. Elle vit avec sa mère, dont elle ne peut pas se séparer. Autour d'elle, elle n'entretient pratiquement pas de relations sauf avec des professionnels de la santé, et avec sa famille. Ses sœurs se montrent hostiles à son égard, et avec son père elle entretient une relation que nous pouvons qualifier d'attachement nocif, fait dans le passé d'abandons successifs, actuellement de dévalorisations, d'exploitation et d'abus de confiance répétés. Plusieurs tentatives, où avait été travaillée sa capacité de se protéger, ont échoué. Lorsque la thérapeute propose le collage de la famille sym-

[2] En français : « cela a toujours l'air impossible, jusqu'à ce que ce soit accompli ».

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

bolique, la première crainte d'Emilie est d'être déloyale face à sa famille réelle. Lorsque la thérapeute lui assure, que la famille symbolique ne remplace pas la famille d'origine, elle vient simplement l'enrichir, l'inviter à prendre en compte ses besoins, elle la regarde d'un air inquiet: « parce que ma famille ne peut pas? » Malgré de nombreuses expériences de maltraitance et de violences notoires, qui se perpétuent dans les relations avec sa famille au quotidien, Emilie continue à espérer un changement radical, et se heurte régulièrement à une réalité toute autre. En ce moment, elle a peur de mourir jeune, étant donné son obésité. Elle a déjà mis en échec deux interventions chirurgicales.

Lorsque la thérapeute lui pose la première question pour la construction du collage de la famille symbolique, Emilie répond aussitôt: « Dieu ». Emilie est très croyante et Dieu est pour elle une ressource importante. Néanmoins, lors de ses crises de boulimie et d'hyperphagie importantes, elle n'a pas accès à cette ressource. Etant donné que Dieu est une notion abstraite, qui se prête moins bien à un dialogue sous la forme d'une représentation, la thérapeute lui demande s'il n'existerait pas un personnage qui pourrait le représenter. « Vous voulez dire des personnages vrais qui ont existé sur terre? » demande-t-elle. Voyant la thérapeute acquiescer, Emilie, silencieuse, réfléchit.

Au bout de quelques minutes, elle dit: « Sainte Claire. Et Gandhi aussi. » Puis, après quelques secondes, elle ajoute avec un soupir: « Et Anna Freud aussi ». A l'exploration des dimensions existentielles importantes pour elle dans le choix de ces personnages, Emilie ne peut pas vraiment répondre. La thérapeute la rassure en lui disant que si elle a fait ces choix-là, c'est qu'elle a de très bonnes raisons.

Emilie veut bien aller à la pêche aux informations, et en reparler à la prochaine séance.

Avant de terminer la séance, la thérapeute lui demande qu'est-ce que Sainte Claire lui dirait, là aujourd'hui, pour la soutenir. Après quelques instants de réflexion, Emilie répond: « ne t'inquiète pas ». A la demande de préciser l'effet de cette parole, elle précise: « ça m'apaise ». Lorsque la thérapeute lui pose la même question concernant le personnage de Gandhi, Emilie devient pensive et répond: « n'aie pas peur, tout se passera bien ». Les mêmes phrases ressortent lorsque nous explorons le soutien que pourrait lui apporter la représentation d'Anna Freud.

Dans la foulée, Emilie évoque qu'elle aimerait bien remettre les choses en route pour une intervention chirurgicale, car admet-elle: « je n'y arriverai pas toute seule ». Nous sommes étonnés devant un tel revirement.

A l'entretien suivant, Emilie apporte son collage, qu'elle garde en main toute la séance. Avec sa thérapeute, elle parle longuement de ses figures de soutien, et comment, au quotidien, celles-ci peuvent l'aider.

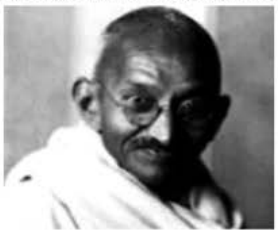


Pour Anna Freud, Emilie avait choisi une photo où Anna apparaît aux côtés de son père, qui la regarde avec affection. « Qu'est-ce que j'aurais aimé que mon père me regarde comme Freud regarde sa fille », soupire-t-elle. Emilie évoque sa relation à son père, faite de nombreuses négligences et d'abandons. Le fol espoir qu'il change semble loin d'elle. A la place, elle se raconte à elle-même la relation qu'elle aurait aimée avec un père qui la soutienne.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Dans les mois qui ont suivi, Emilie a consenti à être opérée pour la mise en place d'un anneau gastrique. Malgré sa grande peur de mourir pendant l'anesthésie, elle n'a pas mis en échec cette démarche. Même si tout n'est pas réglé, il s'agit là d'un changement important.

Les mois suivants ont permis chez Emilie un travail en EMDR, dans le but d'alléger une sensation d'impuissance persistante. Ensuite le travail s'est concentré sur la désensibilisation d'un déclencheur provenant d'agressions sexuelles répétées pendant son enfance de la part de son grand père. Ces agressions étaient connues dans la famille, restée silencieuse et inactive.





Ce travail a pu se faire, avec pour figures ressources Gandhi et Sainte Claire, qu'Emilie a placés imaginairement à droite et à gauche d'elle. Grâce à ces ressources, elle traverse un processus sans dissociation, dans lequel se retraitent d'intenses émotions. Emilie semble en lien constant à la fois avec Gandhi et Sainte Claire.

Au terme de ce processus, à notre surprise, Emilie intègre la notion qu'elle ne va pas mourir bientôt, notion qui l'amène à se dire que si elle va vivre, il va falloir qu'elle fasse ce qu'il faut pour terminer ses études et qu'elle programme concrètement sa vie d'après. De telles réalisations n'ont pas pu se faire auparavant, pendant des années de thérapie, où Emilie semblait saboter une possibilité après l'autre.

Eva a fait le choix de venir en consultation dans un moment où elle se sent affaiblie. Elle semble vivre un moment de perte de repères, où elle souhaite se positionner pour trouver le chemin qu'elle doit prendre pour l'avenir. Eva commence l'entretien en décrivant comment, depuis son arrivée en France à 18 ans, elle avait progressivement gravi la pente après un ensemble d'épreuves, pour arriver il y a dix ans, à une situation stabilisée, où elle se sentait heureuse et en sécurité financièrement. Son mari et elle avaient pu investir progressivement jusqu'à s'acheter une maison en région parisienne, signe d'une réussite sociale aboutie pour Eva. Puis, suite à de graves difficultés économiques de l'entreprise de son mari où elle était employée, ils ont dû licencier tout le personnel, pour finalement se retrouver tous deux au chômage. Cette épreuve a profondément affaibli leur couple, ce qui a conduit à une séparation, souhaitée par Monsieur. Afin de subvenir aux besoins de leurs deux fils, Eva a fait face en reprenant une brasserie, et en y travaillant nuit et jour pendant quatre années, tentant de payer au mieux ses salariés, sans parvenir à se payer un salaire pour vivre. Eva a dû déposer le bilan et faire les démarches pour un dossier de surendettement. Elle fit également le choix de se séparer de ses deux fils adolescents, qu'elle ne parvenait plus à nourrir, ni à leur fournir électricité et chauffage. C'est leur père qui les a alors accueillis. Aujourd'hui, Eva est au chômage et semble ne plus parvenir à se projeter dans un avenir serein. Face à cette difficulté de projection, à l'émergence émotionnelle, et à l'épuisement d'Eva, qui apparaît dès le premier entretien, la thérapeute choisit de tenter de recentrer Eva autour des petites choses qui peuvent être satisfaisantes malgré la situation. Des choses infimes, dont elle pourrait être satisfaite dans sa vie quotidienne (Isebaert, 2005). Au fur et à mesure, la thérapeute et Eva parviennent à recentrer les difficultés vécues dans une

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

dimension centrée sur ses compétences : « Comment avez-vous fait pour résister ? ». Cette question a été fondamentale pour lui permettre de découvrir quelques ressources et des valeurs fondamentales. Eva est ainsi amenée, progressivement, à penser un peu différemment, avec d'autres lunettes que celles habituellement utilisées, permettant la coconstruction d'une histoire différente de celle habituellement racontée. C'est à travers l'élaboration d'une pensée alternative, une nouvelle narration, que la thérapeute et Eva s'acheminent vers le collage de la famille symbolique.

Nous voyons ici combien la notion de coconstruction de compétences et de valeurs existentielles est essentielle dans le positionnement emprunté. En effet, nous n'avions aucune idée préconçue de l'histoire alternative, qui allait être la plus aidante pour Eva. Nous suivons l'itinéraire qui se dessine à partir des énoncés proposés par la personne, pour, qu'à notre tour, nous puissions la guider vers un autre niveau de pensée, un niveau de « haute distanciation par rapport aux événements vécus » selon Michael White (2007), ceci afin de permettre à la personne d'agir en cohérence avec ses valeurs existentielles.

Suite à la question de savoir comment Eva avait fait pour survivre à ces dix années de « combat », la thérapeute lui propose de se souvenir de quelque chose qui se serait passé avant ces dix années et qui aurait pu l'aider à se préparer à résister. Eva semble en difficulté pour répondre à cette question. La thérapeute adapte son questionnement afin de tenter de l'aider : « Je suis profondément touchée par toute la « force » qu'il a dû vous falloir pour faire face à ce « combat » sur quelles fondations vous appuyez-vous pour avoir autant de force ? » « D'où vous vient cette force ? » Eva répond : « Je ne vois vraiment pas Pas dans ma famille en tout cas. Je n'ai pas pu m'identifier à personne. Je me suis construite seule » « Je suis différente de ma famille. » Eva exprime combien cela est douloureux de ne pas pouvoir se sentir « guidée » par qui que ce soit de sa famille. Cette réponse conduit la thérapeute vers l'idée de proposer à Eva des questions se rapportant au collage de la famille symbolique : « De qui auriez-vous aimé être influencé, éduqué ou accompagné ? » Après un long moment de silence, une vague de tristesse, puis un temps intense de réflexion, Eva répond : « de la Vierge Marie. Je viens d'une famille bouddhiste, et je suis très croyante. Je discute beaucoup avec la Vierge Marie, même si je ne suis pas catholique. Et j'ai aussi beaucoup pleuré avec la Vierge Marie. Les larmes sont, pour moi, une façon de sortir ma souffrance à l'extérieur de moi-même, une façon de me soulager. Et ceci au-delà de ce que je parviens à exprimer par la peinture et par l'écriture de chansons. » La thérapeute interroge alors Eva sur sa rencontre avec la Vierge Marie : « Il y a quatre ans, je suis allée à Lourdes, et j'ai croisé le visage souriant d'une belle jeune fille, qui n'avait plus de jambes, qui était en fauteuil roulant. Cela m'a bouleversée, » évoque Eva. « J'ai alors beaucoup prié dans la grotte, puis une religieuse est venue à ma rencontre. Nous avons parlé, et lors de cette discussion, j'ai senti la force de Dieu, une « douce lueur » qui m'accompagne maintenant dans mon tunnel. ». La thérapeute poursuit : « Qu'est-ce que cette rencontre dit de ce qui est important pour vous ? ». Eva explique : « Qu'il faut toujours continuer à y croire, qu'il faut résister envers et contre tout, car la lumière existe au bout du tunnel. » Renforçant ce questionnement, la thérapeute lui demande ce que cela vient dire de la personne qu'elle est. Eva réfléchit et répond : « Que je suis résistante, que je suis quelqu'un qui a beaucoup de force. Et je tente le plus possible de garder espoir. » La thérapeute continue : « Pourriez-vous me raconter une expérience où vous avez fait preuve de cette résistance,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène



de cette force et de cet espoir ?» Elle permet ainsi à Eva d'aller à la recherche de situations où elle fait preuve de ces compétences, et de laisser une plus grande place aux expériences passées positives, même si elles peuvent être exceptionnelles. Lorsque la thérapeute lui demande s'il lui serait possible de choisir d'ici la prochaine séance une image de la Vierge Marie qu'elle apprécie particulièrement, Eva précise que les murs de sa chambre sont remplis d'images de la Vierge. Eva évoque que, sous l'une d'entre elles, y est inscrit : « Je veille sur ton sommeil ». Cela lui fait ressentir un sentiment de protection et de bienveillance, comme si elle était, dit-elle, dans les bras de la Vierge Marie. Cette phrase a pour Eva un effet profondément apaisant et lui permet d'entrer aisément dans le sommeil malgré les épreuves de la journée. La thérapeute choisit de revenir sur les dimensions de l'habitude (Isebaert, 2005) du dialogue qu'Eva entretient régulièrement avec la Vierge Marie, qui est aussi la 5e étape du collage de la famille symbolique. « Et si la Vierge Marie pouvait intervenir dans cette discussion, qu'est-ce qu'elle dirait de son admiration pour vous ? Quelque chose qui pourrait être négligé, voire invisible pour d'autres personnes de votre entourage ? » Après un silence, le visage d'Eva s'apaise : « Que je continue toujours d'avancer, même dans le noir, et que je parvienne à saisir les moindres lueurs pour continuer mon chemin. » Eva poursuit : « Si elle était à cet entretien, elle me dirait : Je t'ai montré la lumière au bout du tunnel, et j'installe des Anges tout au long de ton chemin, des lumières pour t'aider à aller jusqu'au bout. Aie confiance dans le chemin que tu choisiras.

En guise de consigne pour la prochaine séance, la thérapeute propose à Eva d'écrire une lettre à la Vierge Marie sur ce que cette « douce lueur » lui permet de faire de différent dans son quotidien, et sur la place qu'elle souhaite continuer à donner à ce personnage symbolique dans sa vie. Eva se saisit avec plaisir de cette proposition.

A la séance suivante, qui sera aussi la dernière, Eva apporte trois images représentant la Vierge Marie, ainsi qu'un début de lettre qu'elle souhaitait pouvoir continuer et finir lors de cette séance. Lorsque la thérapeute questionne Eva sur son choix concernant ces trois images, elle explique que ce sont celles qui lui donnent le plus le sentiment d'être regardée et accompagnée par une mère







Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

bienveillante. Afin de coconstruire la lettre ensemble, nous nous sommes inspirées des questions que propose Michael White autour des cartes d'identité, de paysage, et d'influence. « Qu'est-ce que la rencontre avec la Vierge Marie vous a permis de faire de différent ? » « Quelles sont vos émotions, vos pensées, vos comportements lorsque vous êtes en contact avec cette « douce lueur » ? » « Que ressentez-vous alors dans votre corps ? » « Pourriez-vous évoquer une autre expérience passée où vous avez ressenti cette « douce lueur » ? » « Et concernant vos relations avec les autres, comment sont-elles à votre avis influencées par la Vierge Marie ? » « Quelle image votre entourage a-t-il de vous lorsque vous êtes influencée par Marie ? » « Qu'auriez-vous envie de dire à la Vierge Marie, pour qu'elle puisse prendre la place que vous souhaitez dans votre vie ? » « De quelle autre qualité auriez-vous besoin pour être en contact avec cette « douce lueur » ? » « Je vous invite à penser à une situation pour laquelle vous avez déjà utilisé cette qualité ? » « Qu'est-ce que cela dit de ce qui est important pour vous ? » « Qu'est ce que cela vient dire de vos valeurs, de vos rêves, et de vos projets ? » Autant de questions, posées les unes après les autres, et qui permettent à Eva de progressivement retrouver sa capacité de projection dans l'avenir. Un avenir où ses choix sont en lien avec ses valeurs existentielles. En guise de bilan suite à ces deux entretiens, la thérapeute questionne Eva : « Qu'est-ce que cela vous fait de penser à votre situation actuelle, à la lumière de tout ce que nous avons évoqué ensemble ? » Elle explique alors : « La Vierge Marie m'accompagne dans ce tunnel, dans ce combat, et je vais accrocher cette lettre dans ma chambre, sous les trois images de la Vierge que je vous ai apportées, pour que je puisse la dire en prière chaque soir. » Eva poursuit spontanément : « Quoi qu'il se passe, je vais continuer mon combat, mais cette fois en me protégeant, avec une issue de sortie au cas où Dieu m'a donné beaucoup de qualités, et je me rends compte que contrairement à notre première séance, aujourd'hui, je n'ai plus peur de dire que je suis fière de moi, de tout le chemin que j'ai parcouru, de toute la détermination et le courage que j'ai développés.

De par l'émergence d'une pensée alternative centrée sur les compétences, et de par ce travail sur les valeurs existentielles par le biais de cet outil du collage de la famille symbolique, nous observons combien Eva a pu « renégocier » son identité dans une narration qui ouvre vers des possibles.

Discussion

Nous avons aujourd'hui un recul sur une soixantaine de collages effectués. Toutes les personnes ont été très touchées par cet exercice, tant les clients que les thérapeutes.

Marie-France a terminé la thérapie deux séances plus tard, en disant que maintenant elle pouvait gérer son stress au travail, et qu'elle aurait recours à Sœur Emmanuelle pour la soutenir, qu'il s'agisse de prendre des décisions, ou pour d'autres tâches. Elle avait mis la photo de Sœur Emmanuelle dans un cadre qu'elle avait posé sur son bureau.

Francine a continué de dialoguer avec ses personnages à sa manière, en écrivant des poèmes sur eux, en les peignant. « Je me sens accompagnée » dit-elle, et elle continue à avancer constructivement. De notre place de thérapeute, nous percevons combien elle a mis toute sa force, qui avant se montrait de manière auto-blessante, à des fins plus constructives envers elle-même et envers autrui.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Emilie parvient petit à petit à aborder des éléments qui, auparavant, provoquaient des ruptures dissociatives rien qu'à les évoquer. Elle va de l'avant, et prend une part très active dans sa thérapie : elle vient à chaque séance avec un objectif et une demande précis, et s'engage pleinement dans ce bout de travail.

Eva explique combien les deux entretiens réalisés lui ont permis de retrouver l'énergie, et l'espoir pour une vie meilleure, avec le sentiment de n'être désormais « plus seule dans le tunnel, et d'avoir des repères ». Elle nous explique que ces deux entretiens lui auront été suffisants, et qu'elle va pouvoir désormais continuer son « combat ». Eva a pu regarder sa famille réelle telle qu'elle est, avec ses manquements et ses dysfonctionnements, en la mettant à une place qu'elle ressent comme la sienne, de manière acceptée et plus objective.

En résumé, nous pouvons dire que ces personnes ont pu se stabiliser, ceci également et surtout dans leur dimension relationnelle.

On pourrait se demander pourquoi les personnes parviennent à prendre soin d'elles plus facilement par le biais d'un collage avec des personnages symboliques, plutôt que prendre soin d'elles directement. Nous pensons que prendre soin de soi, et prendre soin d'autrui fait appel à deux systèmes d'action [3] (Panksepp, 1998) différents. Le premier correspond à la tâche, phylogénétiquement codée de « lécher ses blessures, récupérer », ce qui nécessite de s'accorder à soi-même le droit et l'espace pour que ces actions puissent être réalisées. Les personnes qui portent des empreintes traumatiques de négligence ou de maltraitance, ne sont souvent pas en mesure de prendre en compte leurs propres besoins. En effet, cela est soit quelque chose qui n'est pas encore appris, soit un déclencheur de souvenirs de culpabilisations ou de récriminations lorsqu'ils se reposaient ou osaient se retirer. Le second système d'action, également codé par la phylogénèse, consiste à « prendre soin d'autrui », en général des enfants. Il s'agit-là d'une stratégie de survie collective. C'est là où excellent la majorité des soignants. Prendre soin de l'autre, prendre en compte les besoins de l'autre est souvent une dimension très accessible. Prendre soin de soi par contre est une rude tâche. Passer alors par le biais d'une représentation consiste à utiliser le système d'action de « prendre soin de l'autre » pour apprendre à « prendre soin de soi ». Comme le disait Luc Isebaert lors d'un séminaire : « c'est inviter la personne à se traiter aussi bien qu'elle traite ses proches amis », c'est-à-dire avec bienveillance, compréhension et indulgence.

Nous faisons l'hypothèse que le collage de la famille symbolique permet aux personnes de se stabiliser sur un plan relationnel, et de ce fait, de prendre en compte leurs besoins et ainsi construire des ressources pour prendre soin d'elles, ces dernières étant accessibles au-delà d'une dimension rationnelle.

---

[3] Ce terme proposé par Panksepp (1998) désigne un ensemble d'actions psychobiologiques et sociales (des comportements, des sentiments et des pensées) orientées vers une tâche définie par la phylogenèse. Ainsi le système d'action d'attachement et celui de prendre soin sont différents dans la mesure où ils font appel à des actions bien différentes. D'autres systèmes d'action de la vie quotidienne sont par exemple la gestion de l'énergie, le jeu, l'exploration. Ce concept est largement utilisé dans la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006), qui se fonde sur la psychologie de la conduite de Pierre Janet (1919, 1928a, 1938).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Conclusion

Le collage de la famille symbolique est un outil qui semble aidant à la stabilisation relationnelle, en amenant la personne à apprendre à prendre soin d'elle-même comme elle le ferait pour autrui. L'autonarration à travers le dialogue constitué avec les figures symboliques choisies, porte les valeurs existentielles, et permet sans doute de faciliter l'autonomie et l'autoguérison. Nous observons que même dans les collages où plusieurs personnages sont choisis, il semble toutefois se dégager une tonalité unique, reflet d'un choix existentiel important : la persévérance, le fait de tenir bon à travers le temps pour Francine, la sagesse de prendre des décisions avec le cœur pour Marie-France, la bienveillance de continuer sur un chemin sans avoir peur pour Emilie, et le courage de continuer le combat pour Eva. Nous observons combien cet outil permet l'émergence d'une nouvelle conversation autour de plusieurs conclusions identitaires venant contredire celles façonnées par tous les problèmes rencontrés. Des « histoires alternatives » naissent alors et s'épaississent avec force. Les personnes peuvent franchir, pas à pas les espaces entre le territoire de ce qui leur est « familier et connu », et le territoire de ce qu'il leur est « possible de savoir » dans une réalité nouvelle. Ce qui permet pour les personnes qui sont en difficulté, de parvenir à se projeter, et à se remettre à nouveau en contact avec leurs valeurs et leurs choix existentiels. Se réouvre alors la possibilité de se projeter dans un avenir où le problème est résolu. Le collage de la famille symbolique permet de moduler le besoin fondamental d'attachement à la famille d'origine, en ouvrant la possibilité à un attachement à une famille symbolique dans laquelle existent des ressources soutenant le développement d'une identité personnelle constructive. Un discours autour du sens de l'existence est alors facilité, accompagné d'un sentiment d'initiative, d'autonomie. De par la possibilité d'attachement à une famille symbolique, nous pouvons poser l'hypothèse qu'un processus de deuil peut alors s'engager progressivement, face aux maltraitantes et dysfonctions de la famille d'origine, par rapport à laquelle les liens identificatoires ne sont pas constructifs pour la personne. Cet outil du collage de la famille symbolique existe actuellement à un stade expérimental. Les retours des collègues qui l'utilisent en thérapie sont très positifs. Il serait utile, pour le valider, d'examiner plus systématiquement, par exemple à travers des recherches, le degré de stabilité relationnelle acquise à l'application de cet outil.

Correspondance :
Hélène Dellucci
Cercle de Compétences
19, rue de la République
69600 Oullins, France
helene.dellucci@wanadoo.fr

Bibliographie

1. Bateson G., 1972. *Steps to an Ecology of Mind.* Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. University Of Chicago Press. Pour la traduction française : Vers une Ecologie de l'Esprit, tome 1 (1977) et 2 (1980). Seuil, Paris.
2. Cabié M.C., Isebaert L., 1997. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie.* Editions Erès, collection Relations, Paris.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

3. Capaccione L., 2001. *The Creative Journal for Teens*. Ed. Ligthning Source.
4. Dellucci, H. (sous presse). The Collage of the Symbolic Family. In: M. Vogt, J. Wilson & H. Dreesen. Möglichkeitsräume Kreative Interventionen in der Kurzzeiththerapie. Borgmann, Dortmund.
5. Dolan Y.M., 1991. *Resolving Sexual Abuse*. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors. W.W. Norton & Company. Pour la traduction française: Guérir de l'abus sexuel et revivre (2001). Ed. Satas, Bruxelles.
6. Epston D., 1994. Extending the conversation. *Family Therapy Networker*, 18, 30-37.
7. Goldbeter-Merinfeld E., 2005. *Le deuil impossible: Familles et tiers pesants*. De Boeck Supérieur, Bruxelles.
8. Harlow H.F., 1958. The Nature of Love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
9. Isebaert L., 2005. *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
10. Janet P., 1919. *Les médications psychologiques*. Flammarion, Paris. Réédition: L'Harmattan, Paris.
11. Janet P., 1928a. *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. A. Chahine, Paris. Réédition: L'Harmattan, Paris.
12. Janet P., 1938. *La psychologie de la conduite*. In H. Wallon (Ed)., Encyclopédie Française (80811-80816). Société de Gestion de l'Encyclopédie Française, Paris.
13. Neuburger R., 1991. *Ethique de changement, éthique du choix: une introduction à la thérapie familiale constructiviste*. In Y. Rey & B. Prieur (Eds). Système éthique et perspectives en thérapie familiale.
14. Panksepp J,. 1998. *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York.
15. Sparrer I,. 2001. *Wunder, Lösung und System*. For the english translation (2007). Miracle, Solution, System. Solution Focused Systemic Structural Constellations for Therapy and Organisational Change. Carl Auer Systeme Verlag, Heidelberg.
16. Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K., 2006. *The haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton & Company. Pour la traduction française: Le Soi Hanté (2010). De Boeck, Bruxelles.
17. Varga von Kibéd M., Sparrer I., 1995/2005. *Ganz im Gegenteil*. Tetralemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen für Querdenker und solche die es werden wollen. Fünfte Auflage. Carl Auer Systeme Verlag, Heidelberg.
18. Von Foerster H., 1973/1981. Construction d'une réalité. In P. Watzlawick (Ed.) *L'invention de la réalité. Contributions au Constructivisme*. Seuil, Paris.
19. White M., 1995. *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Dulwich Centre, Adelaide, South Australia.
20. White M., 2007. *Maps of Narrative Practice*. W.W. Norton & Company, New York. Pour la traduction française: (2009). Cartes des pratiques narratives. Ed. Satas, Collection Le Germe, Bruxelles.
21. White M., Epston, D., 1990. *Narrative mean to therapeutic ends*. W.W.Norton, New York. Pour la traduction française: (2009) Les moyens narratifs au service de la thérapie. Ed. Satas, Bruxelles.

Summary

The collage of the symbolic family and narrative approach. An alternative way to build attachment bonds and identity related to existential values. – The «Collage of the Symbolic Family» is a competence oriented tool, conceptualized by Hélène Dellucci (2012). For people suffering from harmful attachments and identifications, it allows the construction of a supportive

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

bracing with alternative attachment possibilities. The person succeeds in referring to a set of symbolic figures, among which ressources are present, and thus elements to face the problem. This tool allows to focus on values, projects and existential choices, and so create new neural networks and an alternative habit (Isebaert, 2005). Using the iconic dimension of the «collage» (emotional brain), and the created inner dialogue with this representation (coherence between left and right brain hemispheres), this becomes sufficient to feed the vital attachment need and thus gain relational stabilization.

Resumen

El Colage de la familia simbólica y el enfoque narrativo. Es una forma alternativa para establecer un tipo de apego y de identidad en relación con los valores existenciales. – La «Familia simbólica» es una herramienta de estabilización centrada en las competencias, concebida por Helene Dellucci (en prensa), Para las personas que sufren de patrones de apegos y de identificación nocivos, Esta herramienta les puede proporcionar una base para la construcción de un tipo apego alternativo. La persona, podrá tomar como referencia a un conjunto de figuras simbólicas, entre las cuales los recursos están presentes, y de esta manera podrá encontrar los recursos necesarios para hacer frente al problema planteado.
Esta herramienta permite trabajar sobre los valores, los proyectos y las elecciones existenciales de la vida, estimula la capacidad de crear nuevas redes neuronales y un tipo de habito alternativo (Isebaert, 2005).
El «colage» permite trabajar con la dimensión icónica (cerebro emocional), y el diálogo interno creado con la representación del personaje (coherencia entre el cerebro izquierdo y el cerebro derecho), estos elementos serán suficientes para alimentar la necesidad vital de apego y así encontrar la estabilidad sobre el plano relacional.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h43. © Médecine & Hygiène

Rappelons que le recours et la mise en dialogue avec des figures symboliques ne sont pas nouveaux de par son fondement (Reddemann, 2001, 2011 ; Parnell, 2013). Nous leur avons ajouté une démarche concrète pour aboutir à un objet tangible, ainsi qu'une mise en lien avec les valeurs et les choix existentiels de la personne. L'objet concret du collage peut fonctionner comme un objet transitionnel (Winnicot, 1953), qui vient s'articuler dans une relation triangulée, c'est-à-dire de la personne envers ses figures symboliques de soutien, du patient envers son thérapeute, et du thérapeute envers les figures symboliques du patient, mettant ces derniers dans une posture de co-thérapeute, améliorant ainsi les conditions de travail pour tous. Le collage est utilisable, tant en séance que dans l'entre-séances, voir au delà de la thérapie, si la personne est en mesure de s'en saisir et de maintenir ce lien avec ses figures symboliques. Ainsi, Emilie a pu régulièrement faire appel à « Gandhi », notamment lorsqu'elle discute du lien avec son père. Elle a pu demander conseil à « Anna Freud » au moment où elle a vaillamment dépassé ses blocages pour produire son mémoire de fin d'études, ce qui entre autres, lui a permis de passer son diplôme avec succès.

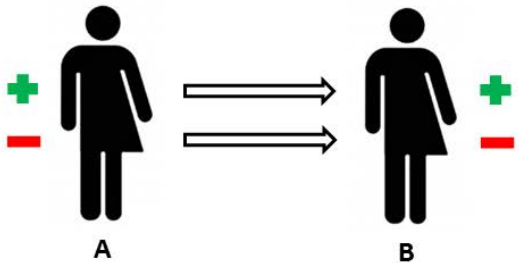
Au delà de ce travail avec les figures symboliques, nous aimerions éclairer un autre aspect qui nous a aidé dans notre pratique. C'est dans le travail avec des femmes victimes de violences conjugales, hébergées en secret dans un CHRS (un foyer d'hébergement pour victimes nécessitant une aide sociale), que nous avons développé une lecture phénoménologique des relations (Dellucci & Hunziker, 2016). Au cours de ce travail d'accompagnement psychologique en cabinet de ville, notre champ d'intervention était limité. Nous n'avions pas la possibilité d'engager un travail thérapeutique, car ces femmes n'avaient pas de demande d'aide psychologique et ce moment de la consultation n'y était pas propice. Nous n'avions pas non plus la possibilité de questionner directement le lien envers l'auteur de violences, car nous savions que cette remise en question était vécue la plupart du temps comme trop violente et avait des effets contreproductifs.

La majorité des femmes ne venaient pas de leur plein gré aux séances. Elles étaient envoyées par une travailleuse sociale, qui s'était inquiétée de l'état dépressif et du risque suicidaire ou du risque de retourner chez le conjoint auteur de violences auprès duquel elles étaient dans un danger vital, soit excédées par l'émergence de comportements violents envers d'autres femmes hébergées. Nous avons demandé aux travailleuses sociales d'accompagner leur protégée au premier entretien, ce qui s'est avéré être une ressource, car elles ont pu expliciter leurs motivations et leur démarche, et permettre aux femmes envoyées, de trouver un sens à travers une discussion à trois. Cela a permis de contribuer à rendre un suivi individuel possible. C'était le CHRS qui prenait en charge les frais de l'accompagnement, avec la demande de stabiliser ces personnes sur le plan relationnel.
Pour nous, cette stabilisation relationnelle nous a conduit à travailler avec ces femmes pour les amener à consentir à se protéger, sans blesser le lien de loyauté qui les lie à leur conjoint, auteur de violences. Il fallait donc arriver à discuter des relations d'emprise, sans précéder une demande qui n'existait pas, ni aller à l'encontre du lien de loyauté envers l'agresseur. Les professionnels entourant les victimes de violences conjugales savent qu'il leur faut résister à disqualifier ce lien souffrant, et que plus elles plaident la séparation, plus elles produisent le contraire. Comment alors, amener ces femmes à réfléchir sur le lien non constructif sans les mettre à mal, sans susciter de résistance qui de toute façon n'aurait fait avancer personne ?

Dans notre démarche centrée compétences, la moindre des choses était de considérer ces femmes victimes de violences conjugales comme expertes du lien à leur conjoint, et de leur donner les moyens de faire elles-mêmes le diagnostic. Pour cela nous nous sommes aidés de schémas (voir Figures 4.1. à 4.4 ci-après).

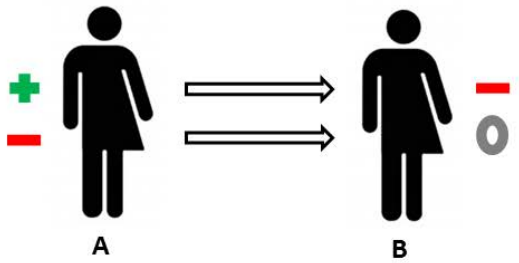
Considérons deux personnes A et B. Une relation constructive entre ces deux personnes se caractérise par le fait que s'il arrive quelque chose de bien à A, cela fait du bien à B, et inversement. S'il arrive quelque chose de difficile à A, alors cela fait aussi du mal à B. Bien évidemment, cela est vrai aussi de B vers A.

Figure 4.1. : Relation constructive entre deux personnes



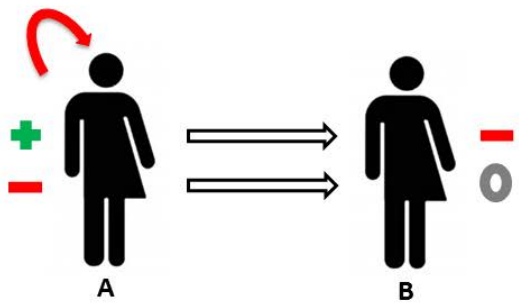
Une relation non-constructive est une relation dans laquelle, s'il arrive quelque chose de bien à A, cela n'a pas d'effet bénéfique sur B, c'est à dire cela ne fait pas du bien à B, et ce quel que soit la raison pour laquelle B réagit ainsi. S'il arrive quelque chose de difficile à A, cela ne fait du bien à personne. Dans le cas d'une relation non-constructive, cela va juste apaiser B (ce qui dans le schéma est symbolisé par un « 0 »), ici aussi quelle que soit la raison pour cette réaction.

Figure 4.2. : Relation non-constructive entre deux personnes



Dans une relation non-constructive, la personne A, pour apaiser B, va être amenée à renoncer à bien se traiter, dans le but de ne pas susciter de réactions négatives chez B. Comme cela ne suffit pas, à travers le temps, A peut être tenté à se maltraiter, dans le but de renforcer l'effet apaisant sur B.

Figure 4.3.: Dynamique relationnelle d'une relation non-constructive à travers le temps



Se maltraiter peut signifier ne pas prendre en compte ses besoins (p.ex. de repos, d'attachement, de soins), accepter des situations qui mettent A à mal (p.ex. où A est exploité,

un manque de ressources en temps, sur le plan économique, …), s'auto-disqualifier (p.ex. en se culpabilisant de ce qui arrive à autrui, en disant « je suis nul » si quelque chose ne réussit pas immédiatement), en se mettant une pression importante et des exigences exagérées vouées à l'échec (p.ex. en voulant être parfait), …
Ce type de relation, s'il dure suffisamment longtemps, risque de créer le vide autour de A, en stabilisant la/les relation/s non-constructives et en torpillant les relations constructives avec des tiers, qui risquent de s'éloigner, par mesure d'auto-protection. Dans une relation constructive, avoir mal de manière répétée lorsque l'autre s'inflige du mal, malgré toute l'affection qui existe par ailleurs, envoie des messages contradictoires répétés qui, avec le temps, peuvent soit créer une situation de double contrainte et se muer en une autre relation non-constructive, soit amènent le tiers à se distancier de la relation avec A.

Pour quitter une relation non-constructive, il est nécessaire que A renonce à se maltraiter pour prendre soin de B. L'arrêt de cette mesure d'apaisement ne manquera pas de se faire sentir chez B, ce qui va mettre la relation en crise. Cette crise va amener B à faire pression sur A pour revenir à la situation antérieure. Si A se permet de prendre soin de lui/d'elle, cela va accentuer la crise. Cette crise devient un élément diagnostic permettant de confirmer que la relation n'est pas constructive. Si A tient bon, B va être amené à se remettre en question et trouver d'autres pistes pour s'apaiser. Il n'est pas rare que B quitte la relation, à la recherche d'un autre partenaire pour continuer ce pattern d'interactions non-constructives.

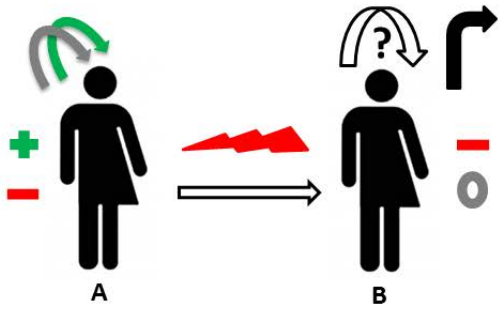


Figure 4.4. : Quitter une relation non-constructive

Le plus souvent, A est amené à faire plusieurs tentatives, avant d'être en mesure de renoncer à prendre soin de B de manière non-adaptative, et comprenne que ce dont B a besoin, c'est que A lui fasse confiance qu'il/elle va y arriver. Une difficulté majeure consiste pour A à prendre le risque d'éventuellement perdre la relation avec B.
Cette explication n'enlève nullement la responsabilité ni la culpabilité de B pour ses transgressions. Avec les femmes hébergées en CHRS, celle-ci a déjà été reconnue.
Notre propos est d'éclairer des pistes non culpabilisantes pour les patients, de façon à les aider à comprendre la dynamique relationnelle et recadrer la crise du changement, pour laquelle ils se culpabilisent, en un élément diagnostic, prédictible, vérifiable et de ce fait, contrôlable pour peu que les choses puissent l'être.

L'intérêt de cette explication phénoménologique, est qu'elle permet de s'intéresser au fonctionnement de la relation, sans avoir à se poser la question du pourquoi, ni entre qui et qui cela a lieu. Le thérapeute peut ainsi amener une réflexion sur une dynamique relationnelle, en laissant la personne se saisir d'une compréhension tout en respectant son intégrité psychique et ses capacités d'intégration. Lorsque nous proposons ce schéma, les personnes sont en mesure de faire un auto-diagnostic des relations qui les entourent. Bien sûr, nous suivons bien volontiers toute invitation à approfondir la discussion sur un lien particulier. Avec les femmes

victimes de violences conjugales, nous avons constaté qu'elles écoutaient attentivement, mais n'allaient pas plus loin pendant cette séance. Notre respect de leur silence a été vécu comme un respect de leur intégrité, et souvent, lors des séances suivantes, elles ont commencé à partager des faits que nous pouvions prudemment désensibiliser en EMDR.
En accord avec Michel Silvestre et son équipe (Christen et al. 2010), nous pensons que le regard phénoménologique est celui qui reste le plus intégratif, en ce qu'il n'oblige pas à choisir entre une perspective intra-psychique ou relationnelle, car il englobe les deux, sans les détailler. Lorsqu'il y a violences, il convient de d'abord arriver à les nommer et à sécuriser le contexte, avant d'être en mesure d'approfondir une analyse particulière.

Si nous mettons en lien ce regard phénoménologique avec la conceptualisation de la TDSP, nous pourrions dire que la dissociation est une relation non-constructive que la personne nourrit par rapport à elle-même, dans le sens d'une PAN qui n'est calme que si elle arrive à ne pas tenir compte de son monde intérieur, de PE qui sont négligées dans leurs besoins, dont certaines peuvent en agresser d'autres, notamment pour leurs besoins d'être en lien, … . Sans parler des comportements auto-blessants, addictifs, de retrait social, qui sont autant d'exemples qui indiquent combien cette stratégie s'est ancrée comme une solution du moins pire et risque de surgir dans le rapport à l'autre.

Dans la conceptualisation de la dissociation, nous avons évoqué les défauts d'attachement, les traumatisations extrêmement précoces, faites de violences, de négligences, de déprivations et d'invalidations émotionnelles, avec autant d'actes commis de maltraitances physique, psychique, émotionnelle, sexuelle, que d'actes d'omission où les besoins physiques et émotionnels n'ont pas été pris en compte ni respectés, avec des absences, des défauts de protection, des séparations (Briere, 1996 ; Chu, 1998). Cela nous amène encore une fois à nous pencher sur les expériences du début de la vie, une période pour laquelle nous avons tous une amnésie naturelle.

4.3. Le travail sur les traumatismes

Lors du chapitre 3, nous avons déjà largement abordé le travail de désensibilisation et de restructuration cognitive des expériences traumatiques et autres événements de vie négatifs à travers la thérapie EMDR et les différentes stratégies thérapeutiques dérivées de cette approche.
Nous aimerions aborder dans les lignes qui suivront, un type de traumatisation qui nous semble fondamental à prendre en compte lorsqu'il y a présence de dissociation, autant chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de troubles dissociatifs, que celles avec une dissociation structurelle, en bref chaque fois qu'il y a trauma complexes : les empreintes traumatiques précoces.

Lorsqu'il y a trauma complexes, nous faisons l'hypothèse qu'il existe, chez ces patients :
- des traumatisations précoces,
- des besoins archaïques non assouvis, et
- des lacunes développementales.

Nous avions déjà abordé cette question des empreintes précoces et de leur traitement (Dellucci, 2012) à travers un chapitre, que nous avons fait le choix de mettre en annexe, pour privilégier, dans les lignes qui vont suivre, une mise à jour qui nous paraît plus pertinente par rapport à l'articulation avec la notion de dissociation.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Empreintes précoces traumatiques et dissociation.
In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Gabrielle Bouvier
g.bouvier@bluewin.ch
psychiatre- psychothérapeute en pratique privée à Genève
praticienne et superviseur EMDR Europe

Helene Dellucci
psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Empreintes précoces traumatiques et dissociation

1. Introduction

Dans notre rôle de thérapeutes, nous avons tous rencontré des patients avec lesquels nous avons été confrontés à des manifestations cliniques difficilement accessibles par la parole ou les techniques utilisées habituellement. Certains de nos patients les rattachent spontanément à des expériences très précoces dans leur vie, voire même à des faits vécus par des générations précédentes, bien avant leur venue au monde. Faut-il les croire et peut-on accéder à ces contenus dès lors qualifiés de préverbaux et parfois transgénérationnels ?

Aujourd'hui, nous prenons de plus en plus conscience de l'importance des expériences du début de la vie sur la suite de l'existence, tant en ce qui concerne les événements traumatiques que la qualité de l'attachement. Cela nous amène à penser que ce n'est pas parce que ces contenus mnésiques ne peuvent faire l'objet d'un rappel explicite qu'ils n'existent pas. Ces mémoires sont stockées le plus souvent de manière corporelle et il apparaît qu'elles ont des effets durables sur le système hormonal en lien avec la gestion du stress.

Nous allons essayer dans ce chapitre de définir ces mémoires préverbales que nous appellerons empreintes précoces, de comprendre comment elles apparaissent et quel est leur lien avec la dissociation. Des vignettes cliniques viendront illustrer le travail possible sur ce matériel et ses effets.

2. Définition

Par empreintes précoces, nous entendons des traces mnésiques préverbales, qui se sont inscrites avant l'âge de trois ans. Il s'agit donc de mémoires non inclues dans le traitement sémantique, qui lui, a trait au langage, au récit et à la construction biographique. Le matériel stocké est davantage iconique, implicite, non relié à la conceptualisation, uniquement éprouvé. Ces mémoires existeraient dans des structures archaïques du cerveau, en lien avec le corps sous forme d'empreintes sensorielles. Très souvent, la parole autour d'événements de la petite enfance apparaît comme déconnectée de l'éprouvé. Les raisons peuvent en être multiples :

- Il a existé une fausse idée largement répandue, selon laquelle ce que vit un bébé ne peut être stocké. Heureusement, de nos jours, ces considérations ont été reconnues obsolètes.
- Si des empreintes traumatiques existent, le fonctionnement autour de celles-ci peut être devenu tellement familier pour la personne et son entourage, qu'il n'est plus repérable en tant que tel, malgré les dysfonctionnements qui persistent.
- Il peut y avoir un fonctionnement dissociatif lié à des expériences traumatiques qui ont continué au delà de la période précoce. Les éprouvés traumatiques s'accumulant, ils suscitent chez la personne un réflexe de survie, qui consiste à ranger sous le sceau de l'amnésie des pans entiers de sa vie, se distanciant de ses émotions et de ses sensations corporelles.

Lorsqu'il y a traumatismes précoces et que les personnes arrivent à se construire suffisamment pour parvenir à fonctionner tant bien que mal avec ce que la société leur demande, nous observons souvent chez nos patients un malaise ressenti comme vague et qui va de pair avec une tendance à se négliger et à se maltraiter. Shapiro (1995) nous enseigne que toute expérience vécue peut être représentée sous la forme d'un réseau neuronal. Les différents réseaux neuronaux ainsi créés vont s'interconnecter entre eux au sein des différentes aires cérébrales impliquées dans le traitement de l'information, cette

dernière pouvant ainsi circuler entre ces différentes zones, permettant ainsi à l'information d'être intégrée et utilisée dans la vie future de l'individu. L'hypothèse est faite qu'en cas d'expériences traumatiques, les connections des réseaux créés à cette occasion avec les autres réseaux existants ne se font pas ou seulement partiellement et l'information ne peut ainsi pas circuler entre les différentes aires du cerveau, notamment les aires préfrontales. Ces réseaux ne peuvent pas être mis en lien avec les expériences correctement intégrées qui pourraient faire office de références et restent bloqués dans un fonctionnement sous-cortical, c'est-à-dire archaïque et non-contrôlé, la plupart du temps émotionnellement douloureux. Cette charge émotionnelle impliquée et stockée dans ces réseaux va provoquer des réactions de survie, dès lors qu'un élément déclencheur dans l'environnement en suscite l'activation. Ces réactions de survie comportent à la fois des effets physiologiques et hormonaux et provoquent une inhibition du lobe préfrontal, au bénéfice de réactions orthosympathiques de fuite ou de lutte. Dans le cas où la menace persiste et que le système s'épuise ou se trouve mis en échec dans ses possibilités de fuite ou de lutte, alors une réaction parasympathique dorsale (Porges, 2001, 2011) viendra mettre l'organisme en sous-activation physiologique. Une réaction de survie extrême survient alors, avec des sensations de perte de force dans les membres, une chute de la tension artérielle, une chute de la fréquence cardiaque, une respiration extrêmement superficielle, et un arrêt pur et simple des fonctions cérébrales corticales, au bénéfice d'un fonctionnement au niveau du tronc cérébral, qui lui-même est perturbé. Des recherches en neuro-imagerie (Lanius et coll., 2003) montrent bien ce contraste entre sur-activation et sous-activation physiologiques, consécutives à des réactions de type orthosympathique et de dissociation péri-traumatique, suggérant ainsi deux types de syndromes post-traumatiques (Lanius et coll. 2007), l'un se montrant de manière classique par des réactions émotionnelles fortes, l'autre apparaissant sous des signes plus discrets de sous-activation physiologique. Ce sont ces dernières manifestations que nous observons régulièrement avec les patients présentant des phénomènes dissociatifs.
Il va sans dire que plus la personne est jeune au moment de l'occurrence d'expériences traumatiques, plus le système physiologique est dépassé rapidement et plus la réaction parasympathique dorsale est probable.

3. Neurobiologie de la réaction au stress et origine des empreintes précoces

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe HHS) est un système endocrinien qui met en lien les expériences et les comportements, utilisant entre autres hormones, le cortisol, un initiateur et régulateur métabolique sécrété par la glande surrénale qui, entre autre fonctions, stimule l'augmentation du glucose sanguin et permet de libérer de l'énergie à partir des réserves de l'organisme. Le cortisol contribue au maintien des fonctions vitales et normales dans le corps durant les périodes de stress. Ce système réagit aux traumatismes tant physiques que psychiques. Un exemple de traumatismes psychique ayant l'effet le plus important sont les conditions de stress sur lesquelles le sujet ne peut exercer aucun contrôle.
La réponse au stress de ce système se compose de deux phases, l'une aiguë et l'autre de récupération. Lors de la phase aiguë, on observe des réactions passant par le système nerveux végétatif et le système neuroendocrinien, amenant une réponse d'attaque ou de fuite. Durant cette phase, nous trouverons des taux de cortisol élevés. La phase de récupération est caractérisée par un apaisement du système permettant l'adaptation à la situation et la régénération. Durant cette phase, les taux de cortisol se normalisent. Les taux élevés de cortisol dans la phase aiguë vont avoir un effet rétro-actif sur tout le système neuroendocrinien permettant de passer de la phase aiguë à la phase de récupération. Ce système semble jouer un rôle important sinon fondamental dans l'état de stress post-traumatique et la dissociation. En effet, Yehuda (2002) observe des taux de cortisol étonnamment abaissés en cas d'état de stress post-traumatique malgré des taux élevés de l'hormone stimulant cette sécrétion (corticotropine releasing hormone ou CRH). Cet état serait dû à un effet rétroactif trop important sur l'axe HHS du cortisol qui laisse alors les circuits contrôlant la peur et les émotions surexposés à cette hormone. Delahanty (2004) et Morgan et al. (2001) rapportent quant à eux des états d'amnésies dissociatives survenant après un événement traumatique extrême, corrélées à un fort taux de cortisol circulant. On comprend ici l'importance de ces interactions neuroendocrines dans l'apparition des phénomènes cliniques observés (ESPT et dissociation), même si à ce jour, nous n'avons pas encore totalement élucidé le fonctionnement de ce système au complet.

Nous savons également aujourd'hui que le fonctionnement de cet axe (HHS) peut aussi être modifié par des expériences traumatiques survenant dans des périodes de vie très précoces voire même, par des événements trouvés, lorsqu'on pense à les explorer, dans les dimensions familiales et transgénérationnelles.
Une étude effectuée sur des rats (Dias & Ressler 2014) a montré une transmission de réactions au stress chez des sujets non exposés à un traumatisme mais issus de parents eux-mêmes exposés à ce traumatisme. Cette transmission a été démontrée sur deux générations au moins. L'effet s'est montré réversible chez les descendants en modifiant les conditions épigénétiques. Ce qui signifie que le génome lui-même n'était pas modifié mais la façon dont il était exprimé l'était.
Comme mentionné précédemment, l'explication post-traumatique n'est pas la seule cause identifiée qui peut provoquer des empreintes traumatiques précoces.
Chez les rongeurs, ici les rats, les nouveau-nés traversent une période post-natale appelée SHRP (Stress Hyporesponsive Period) qui va du 4e au 14e jour de vie. Normalement, durant la SHRP des événements stressants habituels ne déclenchent pas de réponse hormonale au stress (hormone adréno-cortico-trophique (ACTH) et cortisol). Cependant, lorsqu'il y a un stress sévère, p.ex. une infection, le système de stress peut quand même être déclenché (Levine et al. 2000). Parmi les stress observés dans cette étude, celui ayant l'effet le plus important a été la déprivation de soins maternels, comme la séparation de la mère et de ses petits durant 24h. Cela a non seulement activé l'axe HHS de la façon la plus importante mais a également rendu cet axe sensible à des événements stressant qui normalement ne déclenchaient pas de réponse de ce système chez des rats du même âge mais ayant eus des soins normaux de la part de la mère (de Kloet et al 2005).
D'autres recherches ont montré que la manipulation durant l'enfance des petits rats nouveau-nés entraîne une réduction de la réponse ACTH et corticostérone (une autre hormone de l'axe HHS) au stress dans l'hippocampe ainsi qu'une diminution des réactions immunitaires chez l'adulte, en comparaison des réactions de rats adultes non manipulés dans l'enfance (Meaney et al. 1988).
Liu et al. (1997) ainsi que Francis et al. (1999) montrent encore, toujours chez le rat, que le comportement des mères (fréquence et durée du toilettage et du léchage) durant les 10 premiers jours de vie de leurs petits entraîne des modifications de la réponse neuroendocrinienne au stress et suggère que la façon dont les mères prennent soin des petits pendant cette période pourrait servir à programmer la réponse de l'axe HHS au stress de sa progéniture. Selon Weaver et al (2004), ces effets restent observables jusque dans la vie adulte.
Plotsky et Meaney (1993) ont montré que de courtes séparations (3h) des petits rats de leur mère, lorsqu'elles sont répétées, entraînent des effets importants sur le fonctionnement des réactions aux stress à long terme. Ces effets varient en fonction du fait si ces séparations interviennent au début ou à la fin de la SHRP.

La notion de SHRP a été proposée également chez l'humain (Davidson et al 2004). Elle se développerait durant la première année de vie, mais sa durée n'est pas encore clairement définie. Il a été montré que des enfants entre 12 et 18 mois pouvaient présenter une réaction claire à des éléments nouveaux dans leur environnement mais que cette réponse n'était pas liée à une augmentation du taux de cortisol (Gunnar & Donzella, 2002). Il a été décrit que la qualité des soins apportés aux tous petits pouvait influencer la sécrétion de cortisol en réponse à des événements représentant normalement un stress défini comme modéré, particulièrement durant la SHRP. Le type d'attachement à la mère semble jouer également un rôle dans le fonctionnement de ce système. Nachmias et ses collègues (1996) ont montré que l'exposition à des stress de degré moyen durant la SHRP a une influence sur la quantité de sécrétion de cortisol chez des enfants de 18 mois lorsque l'attachement à la mère est insécure.
Nous savons aujourd'hui que lorsqu'un tout petit grandit dans un milieu fait d'hostilité et d'indifférence répétées, les séquelles post-traumatiques sont importantes et complexes, le plus souvent accompagnées de troubles dissociatifs et d'un style d'attachement désorganisé (Lyons-Ruth et coll. 2005).
Des observations cliniques, nous savons que les défauts et les ruptures d'attachement, des parents imprévisibles et manquant d'empathie, peut être occasionnellement mais pendant des moments cruciaux, laissent des traces que nous retrouvons chez nos patients à l'âge adulte. Nous pouvons maintenant avancer l'hypothèse que ces ruptures d'attachement peuvent être vécues par le corps du tout petit comme des événements traumatiques où il y a une sensation de danger, voire de danger de

mort. Ce vécu s'imprime probablement dans le corps, jusque dans les réponses hormonales, qui constituent autant d'informations qui se stockent dans des réseaux de mémoire, amenant ainsi des modifications durables dans la façon dont l'individu réagit et gère le stress. Ces modifications corporelles, outre leur dimension ontogénétique, c'est-à-dire concernant l'expérience propre du sujet, peuvent également comporter une dimension transmise, phylogénétique, laissant des traces sensorielles, qui restent déclenchables au quotidien et qui impactent la capacité même de la personne d'entrer en lien et d'être au monde.

4. Pourquoi travailler sur les empreintes précoces ?

Dans notre travail de praticiens EMDR, aborder et retraiter les empreintes précoces revient à s'adresser à un niveau de souvenirs source supposés en-deçà de l'installation de la dissociation. Cela implique que nous considérons les troubles dissociatifs consécutifs à une traumatisation, même précoce, comme appris, et donc sensibles au retraitement

Nous savons que les traumatismes familiaux provoquent des défauts d'attachement de la part des parents à l'égard de leurs enfants, soit parce que les capacités d'attachement et de prendre soin sont directement touchés, soit parce que les parents, au moment où ils sont activés par un déclencheur, peuvent être perturbés à un point tel, qu'ils ne sont momentanément plus en mesure de soutenir leur enfant dans ce moment crucial. Ces parents, même s'ils sont parmi les plus attentionnés par ailleurs, lorsqu'ils sont aux prises avec leurs propres séquelles post-traumatiques, peuvent être gênés dans leurs capacités à répondre aux besoins de leur-s enfant-s. Ces besoins étant dans un premier temps celui d'être apaisé, puis conforté par une histoire qui a du sens et que l'enfant peut entendre à son niveau : qu'il s'agit d'une histoire qui a été difficile, mais que maintenant les choses sont à nouveau en ordre. Des parents débordés peuvent manquer d'empathie, de soutien et de réponses adéquates, allant de pair avec des défauts, voire des ruptures d'attachement. En revanche les enfants, même tout petits, restent dans une empathie sans pareil, s'attachant malgré eux, car il en va de leur survie.

Comme ces enfants sont bien outillés, qu'ils ont des ressources, en grandissant, ils font face tant bien que mal. Cependant il se peut que leur personnalité ou leur fonctionnement s'organise autour de ces mémoires traumatiques. La particularité des empreintes traumatiques précoces, c'est qu'elles deviennent familières, au point qu'on ne les distingue plus du fonctionnement général.

5. Les indications pour aborder les empreintes précoces en psychotraumatologie

Katie O'Shea (2001, 2009), l'auteur de ce travail sur les empreintes précoces dans la psychothérapie EMDR, évoque une large palette de tableaux cliniques et une symptomatologie variée qui devraient inviter le clinicien à aborder spécifiquement cette période de vie : s'il y a eu adoption, des placements multiples, si la grossesse ou/et l'accouchement ont été traumatiques, si la mère a été en détresse physiquement ou émotionnellement pendant la grossesse, l'accouchement ou après. S'il y a eu des difficultés dans le développement de l'enfant, des hospitalisations ou des chirurgies précoces, des maltraitances ou des négligences connues, même plus tard dans l'enfance, s'il y a eu un syndrome d'exposition à l'alcool du fœtus, un trouble de l'attachement, des troubles autistiques, un syndrome d'Asperger, des troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité, des troubles du sommeil, de l'alimentation ou de l'élimination, s'il y a ou il y a eu des détresses émotionnelles envahissantes, des symptômes dissociatifs, des somatisations, un discours incohérent ou bien toute intuition que le malaise puisse être en lien avec une période ressentie comme précoce. En bref, tout événement qui aurait pu mettre à mal le système de réponse au stress de l'enfant et des parents durant cette période sensible.

Katie O'Shea mentionne les troubles dissociatifs comme un symptôme parmi d'autres, qui invite le clinicien à proposer au patient le travail spécifique sur les empreintes précoces. Dans notre pratique, où nous recevons des patients souffrant de troubles dissociatifs, présentant une traumatisation complexe et chronique, ce travail sur les empreintes précoces fait partie intégrante du plan de traitement, car les ruptures d'attachement, les maltraitances, les contextes d'hostilité ont souvent eu lieu dès le début de la vie, parfois même avant. Les violences que des petits ont subi peuvent parfois dépasser l'entendement du thérapeute. Néanmoins, nous gardons à l'esprit que nous avons en face de nous un survivant, qui a déjà fait face à ce qui s'est passé, quel qu'en soit la gravité. Cette dimension de survie est explorée dans un premier temps et fait partie de la stabilisation.

Une fois une relation thérapeutique soutenante établie, dans laquelle le patient se sent suffisamment en sécurité pour accepter de se mettre au travail, et une stabilisation permettant l'accès aux ressentis corporels sans déstabilisation iatrogène, nous pouvons aborder cette période de vie si décisive. Aux bonnes conditions de travail s'ajoutent la construction d'une bonne tolérance à l'affect, et le consentement éclairé du patient.

6. Comment aborder les empreintes précoces ?

Chez les patients présentant des troubles dissociatifs, le travail sur les empreintes précoces ne peut se faire directement, même si nous savons qu'il s'agit là du socle de l'expérience traumatique dans sa vie. Tout travail psychotraumatologique nécessite dans un premier temps une phase de stabilisation visant à installer un lien thérapeutique suffisamment bon pour que le patient puisse dépasser sa peur de s'attacher et en même temps sa crainte de perdre cet attachement avec le thérapeute (Steele et al., 2001, 2005 ; Van der Hart et al., 2006/2010). Cette étape peut prendre plus ou moins longtemps selon le degré de fragilité du patient et la capacité du thérapeute à prendre en compte le fonctionnement d'ordre dissociatif.

Dans notre travail de praticiens EMDR, O'Shea (2009) préconise d'aborder et traiter les empreintes précoces traumatiques en ciblant trois périodes distinctes à savoir la période fœtale, la période autour de la naissance, et finalement la période de zéro à trois ans. Il ne s'agit pas de cibler de souvenirs précis, même si l'auteur n'exclut pas cette éventualité.

Dans notre travail avec des patients souffrant de trauma complexes, avec l'amnésie et les difficultés de réalisation qui accompagnent leur cheminement, nous préférons aborder ces trois phases l'une après l'autre, car chacune recèle des thématiques précises. La phase fœtale aborde le thème de l'existence même, ainsi que tous les événements, y compris familiaux, qui se sont déroulés pendant cette phase de vie. La phase néonatale aborde le thème central de l'attachement, de la prise de contact première à la place reçue dans la famille, tandis que la période de zéro à trois ans aborde tous les événements traumatiques qui ont pu se passer pendant cette période et qui restent encore actifs et sous-tendent les dysfonctionnements actuels. Ici aussi il se peut que le tandem praticien-patient rencontre des événements familiaux, qui ont pu être traumatiques et qui ont touché le tout petit indirectement. Le travail sera guidé à travers la prise en compte des réponses corporelles, et se terminera lorsque le corps sera bien orienté et calme, et qu'à l'évocation des différents phases abordées le patient perçoit des représentations d'un tout petit qui va bien.

Plus les patients souffrent de troubles dissociatifs, plus nous sommes susceptibles de rencontrer dans notre parcours des Etats du Moi ou des réseaux dissociatifs, figés à l'âge du trauma. Dans ce travail il n'est pas rare de se retrouver avec une part adulte, incapable de prendre soin de ce mouvement émergeant, conjointement avec un mouvement d'un tout petit montrant des besoins archaïques inassouvis. C'est ici que le thérapeute guidera le patient à travers des interventions destinées à explorer les besoins du tout petit, et mentalement, prendre soin de lui adéquatement. Si un tel travail peut se faire, cela suscite chez l'adulte le plus souvent d'importants mouvements d'empathie. Cependant, ici aussi il peut y avoir des blocages, nécessitant de revenir vers un travail portant sur la dimension d'attachement ou sur la capacité à ressentir des émotions et des sensations corporelles.

7. Les Effets du travail sur les empreintes précoces

Les principaux changements après le travail sur les empreintes précoces se laissent regrouper dans trois grandes catégories :

- Une sécurisation de la dimension d'attachement, avec une meilleure capacité à être seul, à gérer des séparations, mais aussi une meilleure capacité à solliciter de l'aide, à l'accepter, une plus grande aisance à ressentir et à partager des émotions avec autrui.
- Une augmentation de la capacité à prendre en compte et à faire valoir ses besoins et à identifier et signifier des limites. Les mises en danger s'arrêtent, les auto-mutilations deviennent plus rares, voire occasionnelles. Dire « non » devient possible, et le fait d'entamer des négociations pour tenir compte de ses limites réalisable.
- Une amélioration de l'estime de Soi : Les personnes modifient l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, peuvent accepter de ne pas être parfaites tout en étant capables de se dire qu'elles sont bien comme elles sont. Les patients arrêtent de se cacher, et montrent une meilleure capacité à interagir avec autrui tout en restant eux-mêmes.

La tâche du thérapeute consiste à être attentif à ces changements, qui semblent se mettre en place de manière implicite. Il devra explorer et mettre en lumière ces comportements nouveaux, les effets de ceux-ci sur ce que la personne peut être en mesure de faire par la suite, ainsi que les réactions de son entourage. Parfois, après les empreintes précoces, des relations de couple et de famille connaître un moment de crise. Ceci est dû au fait que la personne commence à s'affirmer, à sortir d'une torpeur de sous-activation, à s'affranchir d'une étiquette de porteur-se de symptômes. Cela peut être inconfortable pour un entourage s'étant habitué à quelqu'un d'effacé, cachant ses besoins et ses aspirations. Il n'est pas rare alors que nous invitions les conjoints, plus rarement la famille, en entretien, pour faire le point ensemble. En général, s'il existe des liens constructifs, de nouveaux repères seront rapidement trouvés et le système se stabilisera. Mais il arrive aussi que cette crise liée aux changements chez la personne en entraîne d'autres, notamment au niveau des liens.
Parmi d'autres modifications, nous notons que les processus dissociatifs deviennent bien plus souples, et la suite des souvenirs traumatiques se traite comme dans le cas des personnes souffrant de traumatismes multiples, c'est-à-dire l'un après l'autre, simplement, sans heurts ni déstabilisation.

8. Vignettes cliniques

8.1. Sébastien : une prise en charge réussie après des heurts

Sébastien est un homme de 50 ans, le cadet d'une fratrie de 3. Il consulte car il a la sensation de ne pas exister, de ne pas vivre sa vie. Il a interrompu un travail thérapeutique, en accord avec sa thérapeute, n'ayant pas observé les changements qu'il en attendait. Cette dernière lui avait conseillé de poursuivre avec un travail en EMDR. Sébastien avait déjà vu un premier thérapeute EMDR, mais avait abruptement arrêté les séances, ne supportant pas d'être touché (tapping).

A l'anamnèse Sébastien décrit un père toujours en colère, qui hurlait tout le temps. Ce dernier pouvait se montrer violent physiquement avec ses enfants s'ils ne lui obéissaient pas, ainsi qu'avec son épouse. Sa mère est décrite comme une femme obéissant au père, s'occupant des enfants sans montrer beaucoup de tendresse mais attentive à leurs besoins pratiques. Un cancer a été diagnostiqué chez Sébastien à l'âge de 15 ans, cancer qui a été traité par chirurgie et chimiothérapie, ces traitements amenant une rémission complète. Un grand nombre de souvenirs traumatiques sont associés à cet événement en lien avec l'hospitalisation, le traitement médicamenteux, l'absence de souvenir d'avoir été informé du diagnostic. Sébastien dit avoir découvert son diagnostic à l'âge adulte, alors qu'il faisait des études de médecine vétérinaire. Sébastien rapporte ne pas avoir su le pourquoi du traitement médicamenteux et avoir souffert de nombreux effets secondaires souvent importants sans arriver à trouver de justification à son inconfort.

D'autres événements racontés lors de l'anamnèse concernent des souvenirs de la petite enfance où Sébastien a la sensation d'être oublié par les adultes, humilié par ses camarades car il ne comprend pas ce qui se passe dans des activités communes.

Au moment où il consulte, Sébastien est célibataire et vit seul. Il a eu auparavant deux relations amoureuses importantes qui dont duré plusieurs années chacune. Peu avant de consulter, Sébastien a quitté la région où il habitait, sans raison claire, pour venir s'installer dans une ville où il n'a aucune connaissance ni attache particulière.

Sur le plan professionnel, Sébastien a un diplôme de médecine vétérinaire, et il travaille comme employé dans une clinique vétérinaire. Il n'est pas satisfait par cette activité, il se dit mal à l'aise avec son employeur et les propriétaires des animaux qu'il soigne. Il a également fait une importante formation dans une technique thérapeutique corporelle, sans jamais avoir travaillé dans ce domaine. Il ne s'imagine pas gagner sa vie de cette façon. Peu après le début de la prise en charge, Sébastien sera licencié de façon abusive par son employeur, il ne se défendra pas sur le plan juridique.

Le début de la prise en charge est marqué par l'anamnèse. Lors de la stabilisation, l'installation d'un lieu sûr semble impossible, Sébastien ne parvenant pas à trouver de lieu sécure, même imaginaire. Malgré cela, la motivation importante du thérapeute et de son patient les amène à décider ensemble de commencer malgré tout le travail sur les événements difficiles.

Le travail sur les souvenirs commence à propos d'un événement du passé : l'attente de l'infirmière qui vient administrer le traitement de chimiothérapie. Le retraitement se bloque, Sébastien décrivant des sensations physiques extrêmement envahissantes, liées au début à des envies de fuites impossibles, puis l'impression d'être englouti, avec une sensation de se noyer dans une substance

gélatineuse, sombre, enfermé dans une pièce dont il ne peut sortir. Cette impression d'immersion va revenir très régulièrement dans les séances suivantes, sans apaisement et sans modification de la description. Quels que soient les événements travaillés, cette sensation physique réapparaît et ne semble pas se modifier.

Après une vingtaine de séances et forte d'un complément de formation, la thérapeute fait l'hypothèse que le travail effectué ne s'est pas fait sur le bon événement. Une nouvelle recherche dans l'anamnèse va permettre de retrouver plusieurs souvenirs traumatiques non identifiés à la 1ère anamnèse et va permettre à Sébastien de parler des conditions de sa naissance. Selon les dires de sa mère, sa naissance se serait mal passée pour lui mais très bien pour sa mère. Ainsi Sébastien décrit : "Ma mère m'a dit que ça c'était très bien passé pour elle, l'accouchement a été très rapide et elle n'a rien senti, ça s'est fait à sec mais elle a vu que pour moi cela avait été difficile, j'étais très rouge, j'avais l'air d'aller mal et j'ai développé une jaunisse après".

La thérapeute propose à Sébastien de continuer le travail en abordant cette période de sa vie. Très vite, au décours de la première phase de ce protocole ciblant la grossesse, Sébastien retrouve les sensations ressenties depuis le début du travail mais cette fois, ces sensations et l'environnement décrits se modifient pendant les séances. Il identifie très vite un rythme cardiaque mais il n'y prête guère attention, car envahi par ses sensations d'engloutissement et les visualisations qu'il en a. Progressivement il entend un cœur battre, et il réalise qu'il n'est pas seul. Pendant plusieurs séances, il va osciller entre la crainte de cet inconnu, ne parvenant pas à l'identifier, se sentant poursuivi, menacé avant de pouvoir finalement réaliser que ce doit être le bruit du cœur de sa mère ce qui dans un premier temps ne le rassure pas non plus, mais ensuite, lui procure de l'apaisement. Il continue à décrire la substance gélatineuse que nous connaissons mais elle est maintenant enveloppée par une membrane, contenue et il ne baigne plus dedans. Dans un premier temps, il la décrit comme le remplissant, il peut la sentir dans sa bouche, dans sa gorge avec l'envie de la cracher, de s'en débarrasser puis, il commence à se visualiser comme un embryon, d'abord juste une masse noire puis progressivement il entrevoit des membres, un visage. Ces images sont d'abord très morcelées : une tête sans membre, des membres sans tête, puis un embryon entier lorsqu'on le voit de face mais comme une coque vide et finalement, un embryon entier. Au niveau des sensations, à la 7e séance, pour la première fois Sébastien peut ressentir des sensations agréables au cours du travail. A la 10e séance, les sensations agréables apparaissent spontanément.

A la 15e séance, Sébastien mentionne des parties différentes de lui dont une partie craintive, coupable qu'il décrit avoir 3 ou 4 ans et qui sera apaisée par la création d'un lien constructif entre sa conscience d'adulte et ce mouvement jeune. A la 18e séance, Sébastien décrit pour la première fois des sensations confortables, sécurisantes, structurées et parle de la présence d'un autre totalement rassurant.

Pendant sa thérapie, Sébastien a rencontré une femme avec laquelle il a noué une relation amoureuse, qui s'avère constructive. Sébastien emménagera chez sa compagne par la suite.

Au début de la 27e séance, l'attitude de Sébastien est clairement différente. Il est plus affirmé, parle de lui comme quelqu'un qui se positionne dans la famille de sa nouvelle compagne qui a 3 enfants. Il a décidé de reprendre la pratique de thérapeute corporel et se rapproche de son école afin de se remettre à niveau. Il y occupera un poste d'assistant.

Cinq séances supplémentaires seront nécessaires pour terminer le travail sur les empreintes précoces, qui à la suite, continue avec une installation de ressources enfin possible. Suite à ce travail, les séances sont espacées.

Lors d'un bilan Sébastien décrit une nette amélioration par rapport à la problématique exposée au début de la prise en charge. Il se sent beaucoup plus acteur de sa vie, moins dépendant des autres, capable de défendre ses positions et de poser des limites. Il se dit hors du schéma dans lequel il vivait au début de sa prise en charge pour la plupart des situations qu'il rencontre aujourd'hui et évoque disposer des outils pour modifier son attitude dans les nouvelles situations où il observe le retour de ces comportements "d'effacement" de sa personnalité. Sa remise à niveau comme thérapeute est terminée et il poursuit une activité de formateur où il est apprécié et commence à recevoir des clients en pratique privée. Il a le projet de s'installer en tant que thérapeute, cherche des locaux et a le projet de créer son site internet.

A noter encore que juste après avoir pu installer des ressources, la mère de Sébastien est décédée accidentellement. A cette occasion, il renouera avec son frère et sa sœur avec lesquels il

n'avait que de rares contacts et avec qui, depuis, il poursuit une relation régulière. Il aura aussi envie de veiller sur le bien-être de son père avec qui la relation était plutôt distante jusque là, qui souffre de démence et qui devra être placé en institution.

Sébastien décide d'arrêter le suivi thérapeutique mais souhaite continuer à consulter ponctuellement en faisant le point avec pour but de consolider ses acquis en parlant de sa vie et de son travail.

Bien que cette prise en charge ne soit qu'une partie du travail qui aurait pu être effectué, nous pouvons néanmoins très clairement reconnaître l'aide précieuse apportée à la résolution de la problématique en ayant ciblé les empreintes préverbales totalement inaccessibles jusque là. Ce travail a permis de lever un blocage massif, résistant à l'utilisation des outils standard sur des souvenirs du passé connus. Les changements que Sébastien a pu mettre en œuvre sont visibles sur un plan relationnel, mais aussi dans les choix de vie qu'il a pu opérer.

8.2. Marie : empreintes précoces, blocage et travail du lien

C'est la mère de Marie qui a prend le premier rendez-vous en disant que sa fille est dépressive, qu'il faut l'aider, laissant la thérapeute avec une impression qu'elle lui remet son enfant avec inquiétude et espoir.

Marie, jeune adulte et infirmière en formation, se présente comme une personne rigoureuse, effacée, dans le souci de ne pas déranger. Elle souffre de crises de boulimie dont elle n'a jamais parlé à personne, d'un état dépressif majeur et de difficultés relationnelles avec son petit ami qui s'était montré violent avec elle. L'anamnèse fait émerger des agressions répétées par le passé, de la part de petits amis, d'un oncle. Ce n'est que du bout des lèvres que Marie indique aussi avoir subi des agressions physiques et psychologiques de la part de son grand frère. Elle décrit un grand frère colérique et irascible depuis toujours, et ses parents en grande difficulté pour le stopper dans ses passages à l'acte. Marie indique qu'aujourd'hui elle a pris des distances avec ce frère, qu'ils ne se côtoient pas, et qu'elle ne lui en veut pas. Elle est la seconde d'une fratrie de trois. Les relations avec son frère cadet sont bonnes.

Devant le constat de ce dysfonctionnement familial, la thérapeute évoque la possibilité d'une rencontre avec les parents, ce qui provoque chez Marie un inconfort notable. Elle évoque d'une part, que sa thérapie est sont espace propre, d'autre part qu'elle ne se souhaite pas confronter ses parents avec cette question. La thérapeute entend ces arguments, et obtempère au souhait de Marie de continuer à avancer en thérapie individuelle.

La stabilisation est rapidement acquise, Marie est motivée par son travail thérapeutique et se met au travail. Différents éléments sont ciblés en EMDR, notamment la relation avec le petit ami actuel, et diverses agressions d'un passé récent. La thérapeute n'a pas accès au passé plus lointain, car Marie semble peu loquace sur son enfance, prise entre des sentiments de honte et de loyauté surtout à l'égard de sa mère. D'autre part, l'exploration du fonctionnement familial semble difficile, les réponses de Marie semblent évasives et elle termine en disant que sa famille ne la dérange pas, qu'elle vit dans une autre ville et qu'elle souhaiterait juste avancer par rapport à ses objectifs : le souhaite d'être respectée par ses amis, sortir de la dépression et se protéger de nouvelles agressions. Face à son petit ami, Marie comprend la nécessité de mettre des limites, ce qu'elle arrive à faire. Elle décide de terminer la relation mais souffre de la séparation.

Devant la difficulté de questionner le fonctionnement familial, qui semble être à l'origine de la problématique de Marie, tant sur le plan de l'attachement, de sa capacité à prendre en compte ses besoins et se protéger, ainsi qu'au niveau de l'affirmation de soi, la thérapeute propose à Marie d'aborder les empreintes précoces. L'objectif de la thérapeute est d'aborder ces expériences du début de la vie, en espérant court-circuiter les zones d'amnésie et de non-dits. Marie, qui a vu sa dépression régresser, indique qu'elle est en confiance avec sa thérapeute et marque son accord.

Le travail sur les empreintes fœtales montre un processus fluide, peu florissant, mais néanmoins continu. C'est au niveau des empreintes de naissance que le processus se dégrade. Marie ne supporte plus les tapotements, son corps se raidit, elle devient irritée. La thérapeute arrête le travail de confrontation, stabilise le corps de Marie qui s'apaise, et tente de mettre des mots sur ce qui se passe en orientant la discussion sur les besoins de la patiente. Celle-ci se montre incapable de mettre une parole sur ce qu'il se passe pour elle, ne semble pas avoir accès à ses besoins, répond aux questions que par bribes. La seule chose claire que Marie arrive à articuler est qu'elle fait confiance à sa

thérapeute, mais elle semble perdue. La séance thérapeutique se termine par de la stabilisation et la patiente repart apaisée.

A la séance suivante, lors de la reprise du travail sur les empreintes précoces, le même blocage réapparaît dès le début du processus. La thérapeute comprend qu'il y a bien des empreintes précoces traumatiques, mais que celles-ci semblent tellement importantes que le retraitement se bloque. Il devient nécessaire de fractionner le travail en mettant de côté la dimension traumatique propre, et en centrant le travail sur la dimension de l'attachement uniquement. Trois liens peuvent ici être ciblés : celui à la mère, la plus proche de Marie, le lien au frère aîné et le lien au père, ce dernier semblant le plus absent du discours de la patiente. La thérapeute demande à Marie d'écrire une lettre au frère. Son choix s'est orienté en laissant de côté les défis trop importants : le père semble peu accessible, et la loyauté dont Marie protège sa mère nécessiterait qu'elle soit d'accord et demandeuse pour aborder ce thème aussi important. La patiente réagit avec un intense mouvement de peur, mais entrevoit l'utilité de continuer ainsi le travail. La peur irrationnelle émergeante est traitée avec un protocole EMDR standard pendant cette séance.

Lors de la séance suivante, Marie indique avoir écrit à son frère, mais se sent incapable de sortir la lettre de son sac. Le travail de retraitement se fait à partir d'ici à l'aide du protocole des lettres (Dellucci, 2009 ; sous presse). Trois séances de désensibilisation sont nécessaires avant de pouvoir lire la lettre et retraiter les émotions que celle-ci suscite. Pendant ce travail, Marie prend conscience que les agressions de son frère à son égard avaient commencées lors de la grossesse, et elle voit sa mère incapable de contenir le frère aîné. A la suite de ce travail, les empreintes précoces on pu être reprises et terminées sans encombre. Marie a réussi à mettre en œuvre des changements dans sa vie, qui lui ont permis de mieux prendre en compte ses besoins : quitter un nouveau petit ami face auquel elle se rend compte qu'elle n'est pas amoureuse, quitter une communauté étudiante pour aller vivre seule, quitter un cadre contraignant pour continuer avec plus de liberté. Marie contrôle ses accès de boulimie. Elle termine ses examens brillamment. D'autres événements se sont produits en cours de route et ont également pu être retraités

Ce cas clinique illustre la difficulté à obtenir des informations claires, malgré une demande précise et une motivation sans failles chez Marie. Le travail sur les empreintes précoces a été utile, mais le processus s'est bloqué, sans doute en raison d'une souffrance relationnelle trop importante. La bifurcation vers le travail sur un lien spécifique a permis de débloquer le travail. Même si tous les liens n'ont pas encore pu être assainis, car la demande de Marie était bien circonscrite, ceux-ci ont pu faire l'objet d'un travail ultérieur. Même si nous n'avons pas décelé de mouvement dissociatif qui ait pu être explicité, nous pensons qu'il était bien présent, Marie se montrant à la fois très fonctionnelle et peu prête à l'aborder, ce que la thérapeute a respecté. Néanmoins, nous pensons que le blocage rencontré dans la mise en œuvre du protocole des empreintes précoces a pu permettre à Marie d'oser aborder le travail sur le lien, en fonction de ses capacités d'intégration.

9. Conclusion

Aujourd'hui, les méthodes de travail à notre disposition en psychotraumatologie comme l'EMDR, l'ICV, l'Hypnose, et bien d'autres approches nous permettent d'intervenir efficacement sur des empreintes traumatiques précoces et apportent une vision d'espoir en nous permettant d'intervenir directement au fondement même de la construction du Soi.

L'inclusion du travail sur les empreintes précoces dans les prises en charge en psychotraumatologie permet une avancée en termes d'efficacité et donne à l'intervention thérapeutique une puissance « promise par la psychanalyse » en son temps. Les recherches dans le domaine de l'attachement, de la transmission épigénétique des traumatismes et de leurs effets sur nos systèmes hormonaux nous permettent de croire à l'idée d'une réversibilité des séquelles au niveau corporel et psychique par le travail thérapeutique. Néanmoins, ce tour d'horizon montre aussi la nécessité d'aller parfois plus loin que la seule dimension ontogénétique, en prenant en compte la dimension phylogénétique, c'est à dire les traumatismes transmis, notamment sur le plan transgénérationnel.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Empreintes précoces traumatiques et dissociation. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

10. Bibliographie

Davidson, J. R., Stein, D. J., Shalev, A. Y., & Yehuda, R. (2004). Posttraumatic stress disorder : acquisition, recognition, course, and treatment. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 16,* (2), pp.135-147.

de Kloet, E. R., Sibug, R. M., Helmerhorst, F. M., & Schmidt, M. V. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29* (2), pp. 271-281.

Delahanty, D. (2004). Peritraumatic amnesia, PTSD, and cortisol levels after trauma. *Annals of the New-York Academy of Sciences*, *1032*, pp. 183-184.

Dias, B. G., & Ressler, K. J., (2014). Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *Nature Neuroscience*, 17, pp. 89–96.

Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M. J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, *286,* (5442), pp. 1155-1158.

Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, *27,*(1), pp. 199-220.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., Hopper, J., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M.A., Neufeld, R. W. J., Gati, J. S. & Menon, R. S. (2003). Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder : an fMRI investigation. *Biological Psychiatry, 53,* (3), pp. 204-210.

Lanius, R. A., Frewen, P. A., Girotti, M., Neufeld, R. W. J., Stevens, T. K. & Densmore, M. (2007). Neural correlates of trauma script-imagery in posttraumatic stress disorder with and without comorbid major depression : A functional MRI investigation. *Psychiatry Research : Neuroimaging, 155*, (1), pp. 45-56.

Levine, S., Dent, G., & De Kloet, E. R. (2000). Stress-hyporesponsive period. *Encyclopedia of stress*, *3*, pp. 518-26.

Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D., Plotsky, P. M. & Meaney, M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, *277,* (5332), pp. 1659-1662.

Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associatied with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17,* (1), pp. 1 -23.

Meaney, M. J., Aitken, D. H., Van Berkel, C., Bhatnagar, S., & Sapolsky, R. M. (1988). Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science*, *239* (4841), pp. 766-768.

Morgan Iii, C. A., Wang, S., Rasmusson, A., Hazlett, G., Anderson, G., & Charney, D. S. (2001). Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic Medicine*, *63* (3), pp. 412-422.

Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H., & Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child development, 67*, (2), pp. 508-522.

O'Shea, M. K. (2001) Accessing and repairing preverbal trauma and neglect. Papier présenté au Congrès EMDR Canada, Vancouver, Colombie Britannique, Canada.

O'Shea, M. K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. W. W. Norton & Company, New York.

Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress-induced release in adult rats. *Molecular brain research*, *18* (3), pp. 195-200.

Porges, S.W. (2001). The Polyvagal Theory : Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology,* 42, 123-146.

Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-Regulation*. W.W. Norton & Company, New York.

Shapiro, F (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York : Guilford Press. Pour une traduction française : (2007). Manuel d'EMDR. Principes, Protocoles, Procédures. Dunod et InterEditions.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Empreintes précoces traumatiques et dissociation. In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Van der Hart, O., Nijenuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted Self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Ed. De Boeck, Bruxelles.

Weaver, I. C. G., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., Dymov, S., Szyf, M. & Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, *7* (8), pp. 847-854.

Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, *346,* (2), pp. 108-114.

11

Les cas cliniques de Sébastien, puis de Marie montrent bien à quel point la dissociation structurelle peut être présente, quoiqu'implicite, et qu'elle émerge au cours du processus thérapeutique, même si elle n'a pas fait l'objet d'un diagnostic formel. Certains patients nous emboîtent le pas dans l'exploration des mouvements internes, comme l'a fait Sébastien, d'autres contrent les velléités du thérapeute en faisant valoir leurs objectifs, et en précisant

qu'ils ne sont pas d'accord pour explorer les mouvements dissociatifs, comme cela a été le cas avec Marie.
Notre perspective centrée compétences nous amène à penser que les patients ont de bonnes raisons de nous suivre ou de nous faire savoir que ce n'est pas encore le moment pour eux, d'aborder ce niveau de questionnement et ce malgré leurs symptômes.
Steve de Shazer indiquait que si les patients étaient capables de formuler une demande initiale, nous pouvions leur faire confiance, qu'ils referont une demande lorsque cela leur paraîtra pertinent, pourvu que la thérapie, même brève, se passe dans de bonnes conditions. Marie a confirmé cela, en recontactant la thérapeute six mois après l'arrêt de sa thérapie. Elle avait déménagé dans une autre ville pour se spécialiser et une fois établie, les crises de boulimie étaient réapparues. Marie avait développé une hostilité face à ce symptôme, que nous pouvons aisément mettre en lien avec les réactions d'une PAN face à une PE, que la patiente semblait prête à explorer maintenant. De manière plus importante encore, Marie nous a signalé qu'elle se sentait prête à explorer le lien à sa mère, en précisant que cela lui a été trop difficile jusque là, mais qu'elle se rendait compte que cela s'avérait incontournable.

Pour conclure cette section sur la prise en compte des empreintes traumatiques précoces dans la clinique des trauma complexes et de la dissociation, et en considérant les dimensions épigénétique et hormonale, il apparaît clairement combien ce socle d'expériences du début de la vie mérite d'être pris en compte et traité dans un cadre qui permet de bonnes conditions de travail. Néanmoins, même si la prise en compte de ces souvenirs-source de l'expérience ontogénétique apparaît comme fondamentale et incontournable dans le traitement des patients dissociatifs, il arrive néanmoins qu'elle soit difficilement accessible, notamment lorsque la dissociation est très marquée.

Comme déjà évoqué dans l'article qui précède, ainsi que dans la section 3.4. (chapitre 3), nous pensons alors à deux hypothèses :

- des blessures traumatiques de liens fondamentaux, comme p.ex. le lien à la mère, au père, à un membre de la fratrie, … , et qui concerne la vie du patient, et/ou
- une traumatisation d'ordre phylogénétique, c'est-à-dire qui dépasse la vie de la personne.

La dimension ontogénétique des blessures du lien a déjà été discutée au cours du chapitre 3 et nous y reviendrons au chapitre 5. Nous allons privilégier dans les lignes qui suivront un type de blessure du lien que nous pensons importants à articuler avec la dissociation structurelle.

4.4. La nécessité de prendre en compte la dimension phylogénétique, au delà de la dimension ontogénétique

Lorsque nous avons été, en 2006, pour la première fois confrontés à la dimension traumatique transgénérationnelle, lors du travail EMDR sur un thème apparemment anodin, nous avons été très surpris. Etant donné que le processus ne bloquait pas, nous avons continué le travail de retraitement. Nous pensions à l'époque à un traumatisme simple. Nous y reviendrons lorsque nous évoquerons la prévention.
Nous avons eu la chance de rencontrer d'autres personnes chargées de cette traumatisation phylogénétique, qui nous ont permis d'affiner notre compréhension des trauma transgénérationnels.

L'article qui va suivre, a été rédigé pour la première fois en 2007, pour la présentation d'un poster à la conférence EMDR Europe à Paris. Il avait été publié l'année suivante dans le

EMDR Practitioner, un journal qui n'existe plus à l'heure actuelle. C'est ainsi que les Cahiers critiques nous ont demandé une version française, que nous avons insérée ci-après.

Au sein de ces pages, nous décrivons deux cas cliniques, que nous discuterons par la suite. Ce sur quoi nous aimerions dès à présent attirer l'attention, est notre questionnement autour de la notion des neurones miroirs, dont il est question dans cet article.

Nous devons à Helga Mattheß de nous avoir mis sur la piste.
Nous avions déjà eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'aborder des cibles en EMDR « en aveugle[1] », avec des victimes de tournantes (viols en réunion) ou d'agressions sexuelles de tous ordres. Lors du travail sur ces cibles, où le contenu n'est pas divulgué pendant le processus, il n'est pas rare que nous fussions confrontés à des images, des sensations corporelles, des impulsions à agir … que nous ne divulguions pas à notre tour, d'autant plus que ces processus se déroulaient en général sans blocages.
Nous étions régulièrement surpris, lorsque certaines patientes, en fin de travail, faisant part du contenu de la cible abordée, décrivaient ce que nous avions perçu. Nous avions noté également, des réactions corporelles en miroir lors du processus de retraitement, sans que celui-ci ne se bloque. Nous ne l'avions dès lors jamais évoqué, car nos patients ne semblaient pas en avoir besoin pour avancer. Nous avons mis cela sur le compte d'une empathie importante, tout en faisant la part des choses entre ce qui pouvait nous appartenir et ce qui appartient au patient et à son histoire.

Quelle ne fût pas notre surprise, lorsqu'en formation sur la dissociation, nous assistions à une démonstration de stabilisation de Helga Mattheß avec une participante activée par son accent, et que nous voyions de longs trains de marchandises dans un paysage désert, ce qui nous faisaient penser à la déportation. Lorsqu'après l'exercice, nous interpellions Helga, celle-ci a évoqué le concept des neurones miroirs avec simplicité et naturel. C'était l'époque où nous étions en plein travail avec Mme B., un cas clinique que nous allons décrire dans l'article suivant. Nous avons commencé à étudier ce concept, et nous l'avons partagé avec la patiente, ce qui lui a permis de mettre à distance les contenus qui la traversaient. Ces contenus, dont les effets pouvaient la mettre au bord du suicide, devenaient des traces qu'elle portait dans son corps, mais dont les faits ne lui appartenaient pas, ce qui a grandement facilité le retraitement.

---

[1] Nous définissons un travail EMDR « en aveugle » par le fait que les patients n'explicitent pas le contenu de la cible qu'ils abordent.
La majorité de ces patients sont des jeunes femmes qui ont été victimes de viols, le plus souvent en réunion. Lorsque nous ciblons un événement « en aveugle », les questions de la phase 3 sont les mêmes que lors d'une cible standard, avec la particularité que le patient ne nous dit pas le contenu de la réponse. P.ex. : à la question, « lorsque vous pensez à l'événement que vous souhaitez travailler, quelle est la pire image qui vous vient maintenant ? », la patiente acquiesce, montrant qu'elle voit une image. Nous continuons : « Quand vous pensez à cette image, quels sont les mots, qui vous viennent à l'esprit, qui disent quelque chose de négatif sur vous ? », la patiente acquiesce, souvent accompagné d'un mouvement de repli signifiant la honte. Comme nous ne cherchons pas à savoir le contenu, dans le cas des cognitions, cela nous empêche de vérifier l'adéquation des cognitions négative et positive. Mais tel n'est pas le but premier de cette procédure. Lorsque nous devons avoir recours au travail « en aveugle », les personnes, tout en souhaitant se débarrasser d'une activation traumatique, ne peuvent pas partager le contenu et ce pour de bonnes raisons que nous leur reconnaissons. Cela n'empêche nullement de travailler très efficacement en EMDR. Au delà des cognitions, le questionnement de la phase 3 se fait jusqu'au bout, c'est à dire le siège de la sensation corporelle, que les personnes notent, sans nous le dire.
Accepter de travailler ainsi « en aveugle » suscite souvent un mouvement de gratitude de la part des victimes d'agressions, qui n'ont pas à divulguer les contenus dont elles ont honte, même si elles savent que ce sentiment est irrationnel. Il n'est pas rare que les personnes nous fassent part, a posteriori, du contenu concernant le matériel travaillé, lorsque la charge émotionnelle a été évacuée et qu'elles se redressent.

Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ?

Dellucci Hélène [1]

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

Résumé

Cet article traite de la transmission de traumatismes aussi bien transgénérationnels que vicariants en intégrant la notion de neurones miroirs. À partir du travail thérapeutique mené avec deux patientes présentant des séquelles post-traumatiques en lien avec des événements du passé qu'elles n'ont pas vécus, nous questionnons le concept de traumatismes transmis à la lumière de la notion de neurones miroirs. Nous terminons par une réflexion épistémologique sur le débat entre processus intrapsychiques et interactionnels en vue d'obtenir une lecture et une intervention thérapeutique intégratives.

Abstract: Mirror neurons: a new key to understand transmitted traumatism?

This paper aims to reflect about transmitted trauma, as well transgenerational trauma as also vicarious trauma with the support of the concept of mirror neurons. Out of empirical therapeutic work with two persons who presented post-traumatic stress disorder related to historical dated events that they cannot have experienced, we reflect on transmitted trauma and its possible links with the concept of mirror neurons.

We conclude with an epistemological reflection on the intrapsychic – interactional debate in order to join more integrated views and therapeutic interventions.

Mots-clés

Transmission transgénérationnelle – Neurones miroirs – Traumatisme secondaire.

Key words

Transgenerational transmission – Mirror neurons – Vicarious traumatism.

1 Psychologue. Centre CLARTES (Centre Lyonnais Associatif de Recherche, Thérapie et Etudes Systémiques).

DOI: 10.3917/ctf.043.0197

Introduction

De nombreux travaux ont reconnu empiriquement les effets délétères ou aidants voire étayants des héritages transgénérationnels. Aujourd'hui, considérer les troubles psychiques et les dysfonctionnements familiaux sous l'angle de la psychotraumatologie, constitue une véritable révolution. En effet, depuis qu'il existe des interventions thérapeutiques centrées sur la stimulation des processus d'autoguérison, les séquelles post-traumatiques ainsi que les troubles associés en cas de co-morbidité (dépression, troubles anxieux, enchevêtrement familial, troubles dissociatifs) peuvent se résoudre efficacement et durablement.

Depuis que l'EMDR [2] a été découvert et conceptualisé par Francine Shapiro en 1987 (Shapiro 1989a, 1989b, 1997, 1995), naît un espoir grandissant concernant la guérison rapide des traumatismes et de leur co-morbidité. Grâce à de nombreux protocoles, nous pouvons désormais efficacement aborder les traumatismes complexes, les mémoires précoces et les situations de traumatisme aigu. Cependant, la question du traumatisme transmis reste entière. Se pose également celle de savoir pourquoi, dans certains cas, être témoin de violences peut être davantage traumatisant que de les subir directement. Comment pouvons-nous comprendre la transmission de traumatismes, surtout lorsque la parole est absente ?

Nous allons présenter deux interventions thérapeutiques qui révèlent des traumatismes que les patientes n'ont pas pu subir directement. Les récits traumatiques relatés sont en effet en lien avec des événements historiques (seconde guerre mondiale). Les patientes, nées respectivement en 1948 et 1958, n'ont donc pu les vivre, alors que des membres de leur famille ont pu en être directement traumatisés. Il est à noter que dans l'un des cas, le traumatisme n'avait jamais été énoncé.

Ces deux patientes montraient des symptômes invalidants ; une approche en EMDR sur les mémoires traumatiques a permis leur disparition dans un cas (traumatismes simples) et une meilleure intégration du Soi ainsi qu'une amélioration significative de certains symptômes dans l'autre cas (traumatismes complexes, troubles dissociatifs). Dans chacune des situations, les relations intrafamiliales se sont assouplies, les émotions vécues ont été contenues et les récits familiaux ont gagné en cohérence et en sens.

2 EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Désensibilisation et Réintégration Neuro-Emotionnelle par le mouvement des yeux.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

Ce travail soulève de nombreuses questions : comment des personnes n'ayant pas été exposées à des événements potentiellement traumatisants peuvent-elles être touchées au point de souffrir de séquelles post-traumatiques ? Comment ces blessures se transmettent-elles ? Les séquelles post-traumatiques se transmettent-elles invariablement si elles ne sont pas résolues ? Le concept de neurones miroirs pourrait-il nous aider à comprendre comment ces traumatismes non évoqués, qui peuvent malgré tout être transmis et susciter des symptômes sévères ? De quelle manière pouvons-nous traiter une telle transmission ? Quelles en sont les futures implications ?

Vignettes cliniques

Traumatisation secondaire

Madame A., 48 ans, née en 1958, soignante, mère élevant seule sa fille de 13 ans, vient me voir avec des symptômes dépressifs sévères. Elle est en arrêt de travail depuis un mois, et reste continuellement au lit. Elle n'arrive plus à éduquer sa fille qui présente également des aspects psychiatriques inquiétants, ayant nécessités une hospitalisation en psychiatrie dans un premier temps, puis un accompagnement en hôpital de jour. Madame A. a toujours très bien assumé l'éducation de sa fille, mais aujourd'hui, elle ne parvient plus à lui mettre de limites, ni à la soutenir adéquatement. Il est à noter que Madame A. reçoit peu de soutien de la part de sa famille élargie. Lors de la première séance, elle me raconte que son père est un « héros » : aujourd'hui décédé, il a été déporté pendant la seconde guerre mondiale. Lorsqu'elle était petite fille (entre 5 et 7 ans), il lui a raconté des anecdotes à ce sujet.

Les objectifs de la patiente en thérapie sont les suivants : elle n'aura plus besoin d'aide :

- lorsqu'elle retrouvera son autorité de mère en mettant des limites à sa fille et quand elle prendra des décisions satisfaisantes concernant celle-ci,
- lorsqu'elle retrouvera la capacité de soutenir sa fille sans se sentir débordée émotionnellement,
- et lorsqu'elle ne sera plus « stressée » en pensant aux « choses de son père ».

Dans un premier temps, nous avons choisi de ne pas questionner les contenus traumatiques, même si Madame A. et moi-même faisons rapidement

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

l'hypothèse d'un lien possible entre les troubles actuels et les événements du passé. Nous avons travaillé autour de questions très pragmatiques telles que la parentalité dans l' « ici et maintenant » de la crise, en identifiant les étapes minimales que Madame A. pouvait accomplir en vue d'atteindre ses objectifs.

Au cours de la deuxième séance qui a lieu deux semaines plus tard, Madame A. rapporte qu'elle a pu « commencer » à mettre des limites, même si elle se sent toujours trop faible pour soutenir sa fille. Elle exprime sa confiance dans le travail que nous faisons. Lors de l'anamnèse, il apparaît qu'à l'âge de 11-12 ans, Madame A. dessinait des squelettes derrière des barbelés. Elle s'en souvient comme d'un fait déconnecté, n'ayant pas attiré l'attention des adultes. Sa mère, souffrant d'une maladie bipolaire, a effectué deux tentatives de suicide. Par ailleurs, Madame A. rapporte aussi quelques épisodes récents d'agression entre elle et sa fille. La phase de stabilisation dure trois séances. Malgré l'émergence d'émotions intempestives qui surgissent au cours du travail de stabilisation (lequel devrait normalement l'apaiser), nous aboutissons progressivement, non sans difficulté, à l'ancrage d'un lieu sûr.

Dans notre travail de thérapeute, nous essayons autant que possible de « faire équipe » avec les patients. Cela implique la co-décision (entre la personne et le thérapeute) des actions à entreprendre pour le travail thérapeutique. C'est ainsi que nous décidons de travailler en EMDR à partir de la quatrième séance. Lors de cet entretien, Madame A. souhaite tout d'abord énoncer le récit de son père concernant un soldat allemand ayant fracassé la tête d'un bébé contre un mur. Ce récit a généré chez Madame A. l'image d'une mère à qui son bébé échappe alors qu'elle est poussée dans un camion. C'est l'image de cette mère qui la perturbe aujourd'hui, et non l'événement concernant le soldat. La croyance négative et irrationnelle que cela a générée est la suivante : « je suis une mère incapable ». Normalement, en EMDR, nous recherchons une croyance positive qui permette de fixer un objectif. Cependant, Madame A. ne parvient pas à trouver de cognition positive. Aussi, nous travaillons cet épisode pendant deux séances.

Au sixième entretien, elle déclare se sentir beaucoup mieux quand elle pense à son père et « aux choses » qu'il lui a racontées sur la guerre. Sa fille s'est étonnée de ne pas la voir s'effondrer lors de la fête des pères. Madame A. ajoute qu'elle se sent mieux avec cette dernière et qu'elle arrive à davantage assumer son rôle de mère. Elle se vit « plus capable », mais pas encore suffisamment.

Elle parvient maintenant à choisir une pensée positive : « je suis capable en tant que mère », mais elle n'y croit pas beaucoup. Nous travaillons sur

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

deux autres moments difficiles qui concernent sa vie de mère : celui où sa fille lui porte un regard noir en l'insultant, et un épisode de violences entre elles deux. A la fin du travail EMDR, elle arrive à être convaincue de sa capacité de mère.

A la septième séance, Madame A. se sent beaucoup mieux, elle retrouve ses capacités éducatives et de soutien en tant que mère. Elle peut penser à son père calmement. Nous discutons de la relation entre elle et sa fille et entre elle et sa famille.

Lors d'une séance ultérieure, Madame A. abordera une tentative de suicide de sa mère (souffrant de troubles bipolaires) quand elle avait 15 ans.

Trois semaines plus tard, elle indique qu'elle est entièrement sortie de sa dépression. Elle continue à travailler en faisant attention à ne pas dépasser une limite de fatigue. Ses objectifs sont atteints, et elle se sent stabilisée. Elle a totalement rétabli son rôle de mère élevant seule une adolescente. La relation avec cette dernière qui se sent d'ailleurs mieux, s'est améliorée et est devenue plus stable.

Que pouvons-nous déduire de ce travail ?

Dès le début de la thérapie, Madame A. avait émis l'hypothèse que sa dépression pouvait être en lien avec ce qu'elle avait vécu jeune, même si elle n'avait pas fait le rapprochement entre le récit de son père et ses difficultés en tant que mère. En effet, les réseaux neuronaux traumatiques peuvent rester dormants, tant que la personne ne rencontre pas de déclencheurs trop importants. Nous faisons l'hypothèse que la disqualification que Madame A. se portait à elle-même (« je suis une mère incapable »), était une idée négative irrationnelle étant donné qu'elle avait pu éduquer sans difficulté sa fille jusqu'à ses 13 ans. Elle ne mettait pas cela en doute, mais elle se sentait brusquement dépassée. Nous n'avons pas observé d'éléments déclencheurs de sa dépression (épuisement, conditions de vie difficiles), mis à part sa fille qui, de manière inattendue, exacerba sa crise d'adolescence avec des symptômes invalidants. Nous pensons qu'un simple travail thérapeutique sur le cycle de vie de la famille n'aurait pas suffi ici. Le père de la jeune fille était tout à fait inaccessible, il n'y avait plus de contact entre eux. Madame A. n'était pas prête à venir en séance avec sa fille du fait de ses sentiments de honte et d'échec en tant que mère. De plus, nous pouvons aussi évoquer sa crainte possible de voir se développer chez sa fille des troubles bipolaires identiques à ceux de sa propre mère. Néanmoins, après le travail sur les éléments traumatiques, la mère et la fille ont retrouvé une stabilité émotionnelle. Elles ont pu

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

gérer leur quotidien avec leurs ressources habituelles et poursuivre une vie de famille avec les préoccupations habituelles liées au devenir d'une adolescente mais sans davantage de problèmes. Ainsi, il peut être surprenant de voir se créer des séquelles post-traumatiques à partir d'événements que Madame A. n'a pas vécus directement. Cependant elle en a été le témoin indirect lorsque son père lui en faisait le récit. Cela a suffi pour qu'elle en soit blessée. Nous sommes donc ici en présence d'un cas de *traumatisme vicariant* (Saakvitne & Pearlman, 1996). Nous y reviendrons lors de la discussion.

Troubles dissociatifs

Madame B. 61 ans est née en 1948 et est divorcée ; retraitée d'origine allemande, elle vit en couple en France. Elle a deux filles de 24 et 27 ans et ses parents sont décédés.

La première chose que Madame B. évoque lorsqu'elle arrive en séance, ce sont ses diverses tentatives thérapeutiques précédentes qui, même si elles l'ont soutenue, n'ont pas supprimé les problèmes dont elle souffre depuis longtemps ; elle ne se sent « pas normale » depuis son enfance et souffre de phobies d'impulsion (passages à l'acte violents) à l'égard de personnes en position de vulnérabilité : des jeunes enfants, ses futurs petits-enfants et des personnes âgées. Elle a tenté de se suicider à la naissance de sa première fille et décrit le vécu de sentiments violents à l'égard de sa mère lorsqu'elle avait 12 ans : elle a éprouvé par exemple une forte envie de pousser celle-ci dans l'escalier, au risque de la tuer. Mais en réalité, elle n'a jamais fait de mal à personne. Elle a subi des violences conjugales au cours de son mariage, mais elle aurait pu être en position d'en exercer aussi : « Ça s'est arrêté à temps » dit-elle. Madame B. décrit également les sentiments de honte importants quelle éprouve devant son excitation physique suscitée par l'écoute de faits divers dans les médias. À ces moments-là, elle ressent une violence quasi débordante. Elle ressent trois couches différentes à l'intérieur d'elle-même et les décrit à l'aide d'une métaphore marine : « La première couche est juste en dessous de la surface, où il y a quelqu'un de très poli, presque obséquieux. » En dessous, il y a « une couche intermédiaire, où il y a des êtres normaux », et enfin, « le fond où il y a des monstres qui ne doivent jamais émerger ». Madame B. a le sentiment de porter en elle de nombreuses charges très douloureuses et elle éprouve une forte anxiété sans parvenir à les associer à des souvenirs précis. Elle décrit deux autres phobies : conduire sur l'autoroute et voyager. Elle apparaît comme une femme très forte de caractère, qui sait ce qu'elle veut, et qui est décidée à avancer. Nous lui proposons une explication

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

sur base du phénomène de dissociation, à laquelle elle adhère totalement et nous lui indiquons des références de lecture (Levine, 1997 ; Huber, 2005).

Il est essentiel de souligner ici l'importance de recadrer les phénomènes dissociatifs comme des réflexes de survie, d'abord physiques, puis familiaux, qui vont dans le sens de la survie de l'espèce : les personnes souffrant de séquelles post-traumatiques majeures peuvent avoir recours de manière réflexe à des processus de dissociation d'ordre physiologique et hérités depuis la phylogenèse, afin de rester en vie tout simplement. Sur le plan familial, la dissociation sert à mettre de côté les séquelles post-traumatiques, le plus souvent en ayant recours à des stratégies d'évitement. Elle permet de fonder une famille et de s'occuper des enfants, et ainsi, la survie de la famille est garantie du fait qu'est possible l'émergence de la génération suivante.

Madame B. définit ses objectifs thérapeutiques en précisant qu'elle n'aura plus besoin de venir en thérapie quand

- elle ne progressera plus,
- la tension qu'elle ressent en elle aura disparu : elle sait qu'elle ressentira sans doute un vide transitoire mais qu'elle sera étonnée de l'étendue de ce qui a empoisonné sa vie ;
- elle aura surmonté ses peurs.

Nous avons recherché ensemble des outils de stabilisation et des ressources qui lui permettraient de mieux gérer ses peurs. Vu son vécu dissociatif évident, en nous référant à la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006), nous abordons avec Madame B. les différentes parties qu'elle sent fonctionner à l'intérieur d'elle-même : à côté de celle qui gère le quotidien, elle ressent une partie émotionnelle « anxieuse » et une « partie monstrueuse, voire meurtrière » selon ses termes.

Étant donné sa stabilité excellente dans la vie quotidienne et l'absence de vécu de crise, nous commençons doucement à désensibiliser l'émotion de la peur. Au cours du travail, la phobie de l'autoroute devient plus gérable, sans toutefois disparaître complètement.

Au septième entretien, Madame B. revient bouleversée d'un week-end passé dans la maison de campagne de son frère. L'exploration nous mène sans raison apparente, à partir du déclencheur de cette maison, vers celle de son enfance, sans plus d'éléments, mais avec une charge émotionnelle importante. Après avoir vérifié l'existence d'un « lieu sûr », outil d'apaisement en cas d'épreuve, nous décidons de tenter une exposition graduelle à ce déclen-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

cheur (la maison de campagne). Carol Forgash (Forgash & Copeley, 2007) et Jim Knipe (Knipe, 2008) nous ont appris une manière de désensibiliser les contenus difficiles chez les personnes présentant des traumatismes complexes, en alternant un outil apaisant (le « lieu sûr ») avec des éléments d'exposition (la maison de campagne).

Au cours de ce travail de désensibilisation, la croyance négative (associée au déclencheur) de Madame B. est : « Je ne peux pas me faire confiance ». Elle parvient à déterminer une croyance positive comme objectif – « je peux me faire confiance » – sans pour autant la ressentir comme crédible ; elle ressent d'ailleurs ce moment-là, de fortes nausées.

Les éléments travaillés amènent la patiente à évoquer des scènes où son père (quand elle était enfant), est assis dans son fauteuil, le regard fixe, dirigé vers le sol, et ensuite des scènes de guerre avec des personnes tuées. Surgissent à nouveau chez elle des nausées importantes. Puis, les images reviennent vers son père, comme s'il avait « des choses en dessous de la peau » (traduction littérale de l'allemand) qui ressortent. Elle voit aussi une porte qui mène à une cave dont elle n'a aucun souvenir. À l'issue de la séance, Madame B. est intriguée par cette porte dont elle ignorait l'existence. Elle projette d'aller revisiter cette maison dont elle connaît les propriétaires actuels, lors d'un prochain voyage en Allemagne.

Lors du huitième entretien, la patiente rapporte qu'elle ressent encore une légère nausée qu'elle décrit comme une réaction corporelle à la dernière séance. Elle ressent la violence qui émane de son père, lequel en réalité n'a jamais été violent en famille. Il était soldat allemand pendant la deuxième guerre mondiale. Madame B. rapporte une injonction qu'il y a eu dans sa famille, de considérer le monde comme « un monde intact ». Cela impliquait que dans le contexte d'après-guerre des années cinquante, il ne fallait parler ni de guerre, ni de ses suites, ni de choses qui pouvaient faire souffrir. Il n'y eu jamais de récit ni sur la guerre, ni sur le passé militaire du père. Percevant que le monde n'était pas si intact que cela, elle a ressenti cette injonction « comme une façade », et elle se souvient maintenant d'avoir éprouver des sensations de nausée et un sentiment diffus de « quelque chose de terrible ». Elle n'a jamais eu la force de poser des questions, exceptée une seule à son père : elle lui demanda si, en tant que soldat, il avait tué des gens. Il lui a simplement répondu « oui », sans aucune émotion, et la discussion en était restée là. Tous ces contenus ont reémergé entre deux entretiens. Elle ajoute aussi qu'elle n'a jamais appris à ses filles à avoir une bonne pratique de l'allemand. Madame B. voudrait parler à sa fille aînée, artiste peintre spécialisée en « art très noir », et dont elle se sent proche, mais elle n'ose pas, de peur que cela

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

« lui fasse plus de mal que de bien ». Il est intéressant de noter que même à la seconde génération, après avoir observé les effets sur elle d'éléments qu'elle comprend ne pas lui appartenir, Madame B. pourrait avoir tendance à perpétuer la tradition familiale, de « ne rien dire ».

À la neuvième séance, un mois plus tard, la patiente revient d'Allemagne et rapporte non seulement avoir trouvé la porte de la cave dont elle ignorait l'existence jusque-là, mais en l'explorant, elle a trouvé des photos de la guerre 14-18 montrant son grand-père. Elle est bouleversée, et demande à travailler sur « sa partie monstrueuse ». Après avoir vérifié la permanence du lieu sûr, nous abordons séquentiellement cette partie émotionnelle et cet outil d'apaisement. Après ce travail, Madame B. exprime l'impression que nous avons œuvré à « enlever un cancer ».

À la séance suivante, la patiente nous apprend qu'elle a commencé à lire des histoires de guerre et des rapports historiques. Elle regarde des documentaires télévisés. Elle se sent devenir active : elle est entrée en contact avec une association d'aide pour des soldats russes. Elle a besoin de se confronter à des histoires de soldats. En parler l'aide beaucoup et elle regrette de ne le faire que maintenant.

Au cours du travail prudent de désensibilisation, d'autres parties émotionnelles sont apparues : celle que Madame B. a appelé « le camionneur » (en lien avec sa phobie de l'autoroute) et une autre qu'elle nomme « l'officier SS ». Outre la désensibilisation, nous avons abordé les changements qui émergent et les ressources de la patiente. Ce travail a pris plusieurs mois. Le bilan après une vingtaine de séances indique que les phobies d'autoroute et de voyage ont considérablement diminué, mais n'ont pas encore tout à fait disparu. Mme B. rapporte avoir pu garder durant plusieurs heures, puis tout au long d'un week-end, un enfant de deux ans sans être envahie par la peur. Elle entrevoit la possibilité de devenir un jour grand-mère et s'en réjouit. Elle a moins peur de faire mal aux autres. Sa partie « agressive » paraît moins menaçante. Elle ressent aussi moins d'excitation quand elle entend parler de faits divers dans les médias.

Madame B. identifie maintenant une partie d'elle-même qu'elle appelle « la partie sexuellement déviante ». Nous continuons à travailler sur les déclencheurs dans le cadre du *protocole inversé* (Hofmann, 2005) qui propose d'inverser l'ordre dans lequel les traumatismes sont généralement abordés. En effet, classiquement, la désensibilisation débute à partir du souvenir traumatique le plus ancien, pour ensuite s'adresser aux autres souvenirs du passé, puis aux déclencheurs actuels, et enfin se centrer sur les appréhensions

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

futures. Dans le *protocole inversé*, cet ordre est interverti dans le but de préserver la personne et de diminuer ainsi les risques de déstabilisation. Ce procédé prend davantage de temps, mais il a fait ses preuves avec les patients souffrant de traumatismes multiples et complexes comme Madame B.

Parmi les changements que nous avons pu noter chez cette patiente, pointons qu'elle est parvenue à bien gérer un déménagement nécessaire, mais qui la rendait un peu anxieuse. De temps en temps, elle a eu des idées noires, mais elle est arrivée à les maîtriser.

Lors des séances ultérieures, nous avons continué à travailler sur les parties émotionnelles au fur et à mesure de leurs apparitions, conjointement avec une stabilisation suffisante. Aujourd'hui, les symptômes sont beaucoup moins intenses, mais n'ont pas tout à fait disparu. La patiente craint encore leur retour. A ce jour, la thérapie est toujours en cours.

Un élément particulier de ce cas de traumatismes transmis, est qu'il n'y a eu aucun récit. La parole autour des événements de guerre a été complètement absente. Cependant, il semble qu'il y ait eu transmission de « quelque chose » de suffisamment traumatisant pour entraîner l'apparition de troubles post-traumatiques complexes avec des symptômes invalidants dont aucun dispositifs thérapeutiques, aussi soutenant soient-ils, n'avaient pu avoir raison jusque-là. Ajoutons que jusqu'à la dixième séance, Madame B. a toujours soigneusement évité les récits de guerre, les reportages et les discussions, en signalant qu'elle se sentait profondément coupable de ce que les Allemands avaient fait, même si rationnellement, elle savait qu'elle n'avait commis aucune faute. Mais cela n'était pas suffisant : sur le plan familial, elle se dévalorisait facilement dans son couple, éprouvait un sentiment intense de honte qui l'avait conduite à éviter d'apprendre l'Allemand à ses filles tout en restant loyale à ses parents. Cette loyauté l'amenait à perpétuer la tradition de « ne pas parler des choses négatives » pour protéger ses enfants. Il est possible que ses thérapies précédentes l'aient aidée à parler de ses symptômes et l'aient soutenue. Le moteur puissant qui l'avait entraînée à aller consulter une fois de plus a été sa peur intense de devenir folle. Aujourd'hui nous savons qu'il s'agit là d'un symptôme post-traumatique très clair.

Le concept des neurones miroirs

Le concept des neurones miroirs pourrait-il nous aider à comprendre ces traumatismes transmis ? Si oui, quelles sont les hypothèses que nous pouvons avancer afin d'expliquer leur mode de transmission ?

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

Les neurones miroirs sont des neurones moteurs qui s'activent non seulement quand nous menons une action orientée vers un but, mais aussi quand nous regardons quelqu'un d'autre faire la même action. Ceci signifie que ces neurones impliqués normalement dans l'exécution d'une action, le sont également dans la perception de cette action, pour aboutir à une compréhension de l'intention de l'autre ; ce processus se passerait en deçà du raisonnement et serait davantage intuitif. Piaget aurait pu utiliser le terme de « sensori-moteur » pour évoquer ce niveau d'interaction.

Giacomo Rizzolati (1996) et ses collègues ont identifié ce phénomène chez des singes macaques : ils ont remarqué que les mêmes neurones s'activent dans le cerveau du singe (au niveau du cortex prémoteur) quand celui-ci fait un mouvement avec une intention (par exemple, prendre un objet pour le manger) ou quand il regarde un autre singe faire ce mouvement sans bouger lui-même, ou lorsque l'expérimentateur effectue le même geste (prendre un objet pour le manger). Ce phénomène de résonance motrice s'active de la même manière, quelles que soient les stratégies de préhension (utilisation par exemple de deux doigts ou de la main entière), mais ne se déclenche pas devant la simple présentation de nourriture ou d'autres objets intéressants (Rizzolatti *et al.* 2009). Même en l'absence de perception visuelle, si un bruit suffisamment discriminant apparaît (tels qu'un craquement de cacahuètes, une déchirure du papier les contenant), les neurones miroirs s'activent chez les singes macaques (Kohler *et al.*, 2002).

Après cette découverte chez des singes, l'existence et l'importance des neurones miroirs ont été confirmées et admises pour les humains aussi. De plus, les chercheurs considèrent que ces réseaux se sont développés de manière encore plus importante chez les êtres humains que chez les primates (De Keukelaere, 2005). En effet, le système des neurones miroirs des hommes répond également à des actions dénuées de but (Fadiga *et al.*, 1995; Strafella & Paus, 2000). Decety (2005) explique ce phénomène par le fait que les neurones miroirs des humains peuvent coder non seulement le but des actes moteurs, mais aussi reconstituer les différents mouvements dans leur contexte temporel.

Théoret et ses collègues (2005) ont montré que lorsque les neurones miroirs sont inhibés par une stimulation magnétique transcrânienne, les individus ne comprennent plus les actions d'autrui. Des recherches sur l'autisme ont mis en évidence que les handicaps au niveau du langage et de la communication sociale, ainsi que la difficulté à comprendre les actions des autres iraient de pair avec un fonctionnement altéré du système des neurones miroirs

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

(Williams, 2001; Oberman *et al.*, 2005; Nishitani *et al.*, 2004; Théoret *et al.*, 2005; Dapretto *et al.*, 2006).

Meltzoff & Moore (1983, 1989) ont montré quant à eux que les neurones miroirs sont actifs dès la naissance, en observant chez des nouveaux-nés, la capacité d'imiter le geste de tirer la langue. Ces bébés avaient un âge moyen de 32 heures, le plus jeune était âgé de 42 minutes.

Très vite, l'enfant expérimente qu'une autre personne est « quelque chose » qui peut « faire la même chose » qu'il fait. En imitant, et en étant imité, les enfants apprennent que de tous les objets dans leur environnement, seuls les humains peuvent vivre les mêmes expériences qu'eux-mêmes (De Keukelaere, 2005).

La théorie de l'imitation « dirigée vers un objectif » (Trevarthen, Kokkinaki & Fiamenghi, 1999 ; Wohlschläger & Bekkering, 2002) suggère que les tout-petits n'imitent pas seulement des actions, mais aussi les intentions des adultes. Les auteurs suggèrent que l'imitation chez les humains consiste fondamentalement en une imitation de l'intention et des buts plutôt qu'en celle d'une action ou d'une représentation. Nous imaginons aisément l'impact de violences familiales ou conjugales, ainsi que celui des images perçues dans les médias, à l'école, ...

Le système des neurones miroirs s'étend également à des aires cérébrales en lien avec des actions viscéro-motrices liées aux émotions (Gallese *et al.*, 2004 ; Singer, 2006). Quand, suite à une colère importante, nous sentons comme une « boule » au plexus, ou quand notre gorge est serrée par la tristesse, ou encore quand la peur nous noue les viscères, nous expérimentons alors des actions viscéro-motrices liées aux émotions.

Gallese (2005) suggère que « l'émotion de l'autre est constituée, vécue et ainsi directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé ». Autrement dit, quand nous sommes empathiques envers autrui, nous ressentons par le biais de notre corps l'émotion de l'autre grâce au système des neurones miroirs. Cela a été démontré pour les sensations de dégoût (Wicker *et al.*, 2003) et de tristesse en lien avec la sympathie (Decety & Chaminade, 2003), mais également pour la douleur (Jackson *et al.*, 2005). De fait, l'ensemble du réseau cérébral impliqué dans le traitement affectif de la douleur s'active chez les observateurs en étroite corrélation avec l'intensité de la douleur observée. Gallese suggère en conclusion que les neurones miroirs « relient les cerveaux entre eux ».

Le système des neurones miroirs jouerait ainsi un rôle dans l'apprentissage, l'imitation et l'empathie.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

Hypothèses

Étant donné

- qu'il existe deux types différents de mémoire : une *mémoire sémantique* comprenant le récit, les représentations, les pensées et cognitions, et une *mémoire iconique* contenant le matériel non verbal comme les images, les émotions et les sensations corporelles (Brewin & Dalgleish, 1996 ; Brewin, 2001, 2005)
- que les neurones miroirs sont actifs dès la naissance (Meltzoff & Moore, 1983, 1989)
- que non seulement l'action, mais aussi les émotions, les sensations corporelles jusqu'à des états du corps peuvent être partagés entre humains (Gallese, 2005),
- et en accord avec la théorie de l'imitation de l'intention (Trevarthen, Kokkinaki & Fiamenghi, 1999 ; Wohlschläger & Bekkering, 2002), qui suggère que ce sont les intentions et les buts qui sont imités, plutôt que les actions et les représentations,

nous faisons l'hypothèse que les contenus de la mémoire iconique sont transmis par les neurones miroirs, et en déduisons la possibilité d'une transmission de traumatismes d'adultes vers leurs enfants ou leurs petits-enfants, dans la mesure où ces derniers témoignent d'une empathie importante.

Discussion

La première vignette clinique rapporte le cas de Madame A. qui s'est rapidement débarrassée des traumatismes simples par un traitement EMDR utilisant le protocole standard. Le suivi a révélé l'importance d'une traumatisation secondaire par le récit de son père au cours de son enfance. Si nous n'avions pas accepté l'image de la patiente sous prétexte qu'elle ne pouvait reposer sur une réalité, puisque cette patiente ne pouvait pas l'avoir vécue, à raison, elle aurait certainement résisté et nous n'aurions pas pu avancer. Nous pouvons faire l'hypothèse que le traumatisme induit par le récit de son père a été déclenché chez Madame A. lors de sa confrontation aux symptômes psychiatriques inquiétants de sa fille. Ceux-ci semblent avoir réveillé un réseau neuronal laissé jusque-là endormi, associé à la croyance « je suis une mère incapable », et qui remplissait une fonction d'organisateur. L'image la plus perturbante avait été celle de la mère et de son bébé qui lui échappe. Nous ne savons pas s'il s'agit là d'une « image imaginaire », ou d'une image partagée pendant le récit du père. La seule chose que nous avons pu constater est la net-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

teté avec laquelle elle apparaissait et la charge émotionnelle à laquelle elle était associée.

Un traumatisme est toujours une « blessure » qui contient du matériel iconique, c'est-à-dire des images et des pensées irrationnelles reliées à des états émotionnels et sensoriels d'une intensité importante. Le fait qu'il y ait eu traumatisme démontre que lors du récit, des traces mnésiques émotionnelles et sensorielles sont restées dans le psychisme de Madame A., produisant ainsi leur réveil au moment où des déclencheurs pertinents sont apparus.

L'émotion produite par le récit du père au moment de l'empathie partagée peut avoir contribué à rendre cette image plus réelle pour l'enfant qu'elle était.

Nous pourrions également poser l'hypothèse que la mère de cette patiente, souffrant de troubles bipolaires, aurait contribué à sa dépression et à ses sentiments d'être une « mauvaise mère ». Or, c'est après être sortie de sa dépression que Madame A. a pu traiter en EMDR l'événement de la tentative de suicide de sa mère, et ceci dans le but probable d'éviter une éventuelle rechute. D'autre part, l'attachement entre Madame A. et sa fille semble sécurisant. Le sentiment d'être une mère incapable était donc bien associé à une croyance irrationnelle.

En ce qui concerne l'empathie, Decety (2005) indique qu'elle comprend deux facteurs : d'une part « un partage affectif non conscient et automatique avec autrui », et d'autre part « la nécessité de supprimer ou réguler temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité. » Autant la première caractéristique, héritée de la phylogenèse, nous est innée si notre système de neurones miroirs n'est pas défaillant, autant la deuxième caractéristique suppose, toujours selon cet auteur, des capacités exécutives et évaluatives du cortex préfrontal. Nous pouvons alors raisonnablement penser que le partage émotionnel fonctionne dès la naissance, et sans doute même de manière prénatale. Pouvoir se mettre à la place de l'autre, tout en n'oubliant pas que l'on n'est pas l'autre, est un apprentissage qui ne peut s'effectuer qu'au fil du temps, et à travers l'ajustement émotionnel mutuel des parents avec leurs enfants.

Nous pouvons faire l'hypothèse que lorsque des séquelles post-traumatiques impliquant des réminiscences sont présentes, des émotions intempestives et débordantes peuvent alors surgir, ainsi que des attitudes d'évitement. L'adulte perd ainsi sa capacité d'ajustement et de ce fait, sa capacité empa-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

thique et régulatrice. Cela peut provoquer chez l'enfant une réaction qui consiste à se sur-ajuster à l'adulte, à « prendre sur lui » et à surprotéger son parent, et donc à se mettre à la place de l'autre en vivant l'expérience comme si l'événement lui était personnellement arrivé.

Le second cas est très différent : Madame B. souffre de troubles dissociatifs. Nous avons pu avancer rapidement dans la thérapie grâce à l'excellente relation thérapeutique (favorisée par le fait que nous savons parler allemand), à l'évaluation régulière de ce qui était aidant et efficace, et à son importante motivation et sa constance à faire les exercices de stabilisation. Nous avons toutes deux été très surprises des contenus à la septième séance et des suivantes. Les recherches menées par Wicker et ses collègues (2003) suggèrent que l'émotion de dégoût provient d'un état neuronal partagé. Nous pensons que la nausée de Madame B. pourrait découler d'une trace mnésique massive de celle qu'elle ressentait enfant, quand elle regardait son père « dans un état étrange », sans comprendre. Selon les recherches de Wicker et de ses collègues, ce père aurait pu éprouver lui aussi du dégoût. Pour cette patiente ce fut une révélation à partir de laquelle elle put explorer la réalité, parler à ses filles et lever un lourd secret.

En dehors de la dissociation, le critère central de cette vignette clinique est que personne, au cours de la vie de Madame B., n'a parlé de guerre avant qu'elle ne vienne en thérapie. Nous ne savons pas si les symptômes sont reliés à ce qui a émergé pendant les séances. Nous pouvons uniquement avancer que l'état de Madame B. s'est nettement amélioré après le travail qu'elle a réalisé pendant et entre les séances.

Est-ce que ces traumatismes ont été transmis par le biais des neurones miroirs ? Nous ne pouvons pas le dire avec certitude. Nous ne pouvons que faire l'hypothèse que lorsqu'un enfant perçoit un contenu qui est trop envahissant pour lui émotionnellement, il peut être amené à se couper d'une partie de lui-même, c'est-à-dire de son fonctionnement cérébral, de manière à rester en contact (empathique) sans être davantage blessé.

Lorsque nous avons demandé à une autre patiente « d'écouter » une sensation d'oppression qu'elle ressentait dans son corps et d'en préciser la localisation, elle déclara qu'elle voyait « la tristesse dans les yeux de sa grand-mère … ». Un travail d'intégration a pu alors s'effectuer au rythme de cette femme à partir du moment où cette vague d'émotion a été ressentie dans la sécurité créée par la présence d'un thérapeute qui restait calme, respirait lentement, attendait l'apaisement du corps de la patiente, puis a demandé sans interpréter : « Qu'est-ce qui vient maintenant ? ». Ainsi, cette patiente a pu

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

élaborer un récit cohérent ayant un sens pour elle et ensuite se raconter à elle et à ses enfants un récit mettant en lumière les stratégies de survie familiale.

Nous observons que de manière fréquente, des images, des sensations corporelles et des émotions ne peuvent être comprises, surtout lorsque rien n'en est dit. C'est par exemple ce qui s'est produit chez une personne venue en thérapie pour désensibiliser un souvenir de ponction de sang fœtal lors de sa première grossesse. Lors de cet événement, cette patiente ne s'était pas sentie « exister en tant qu'être humain », mais plutôt « objetifiée » par un grand professeur et son équipe d'internes. Au cours de la désensibilisation EMDR et au fil des associations, guidée par une sensation physique de douleurs et de crampes abdominales, elle a abouti à une image où sa mère a failli mourir d'une crise d'éclampsie et a perdu un bébé né prématurément. Cet événement avait eu lieu sept ans avant sa naissance et était resté secret jusque peu avant la mort de sa mère d'un cancer du colon ; il n'a donc pas été directement vécu par la patiente, mais semble avoir néanmoins fait l'objet d'une transmission par le biais d'un état corporel retrouvé. Cette sensation corporelle a pu être désensibilisée, pour ensuite être intégrée dans un récit familial qui a fait sens et que la patiente a considéré sereinement. Les symptômes d'insomnie et de troubles digestifs qu'au cours d'un rêve, elle avait associés à l'événement de sa grossesse, ont alors pu disparaître.

Relevons que le fait que des nouveaux-nés sont capables d'imiter un adulte qui tire la langue signifie que les neurones miroirs de ce dernier perçoivent ce que le nourrisson voit.

Une autre personne évoque des dérapages colériques incompressibles et incontrôlés envers sa fille de 3 ans. Lorsque nous lui demandons de mettre la sensation physique associée en rapport avec « l'endroit » de son génogramme où celle-ci trouve une pertinence, elle évoque son arrière grand-mère décédée en couches. La désensibilisation à partir de ces trois éléments, en premier lieu l'arrière grand-mère morte en couches (après avoir donné naissance à sa grand-mère paternelle), puis la sensation physique douloureuse dans le plexus, et enfin l'émotion de colère débordante, entraîne des images de famille en colère envers ce bébé qui est vu « comme s'il avait tué sa mère ». Cette idée totalement irrationnelle, (tout le monde en convient), voit sa charge émotionnelle transmise sans qu'elle ne soit jamais dite. Nous n'avons cependant aucune preuve, mais nos observations empiriques nous conduisent à penser qu'après avoir réalisé ce lien, cette mère a pu évacuer la charge émotionnelle d'une colère débordante ainsi que la culpabilité de ses débordements envers sa fille. La patiente a été alors capable de renouer un contact beaucoup plus sain et contenant avec son enfant.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

Un enfant qui est naturellement en empathie avec ses parents et ses grands-parents peut-il percevoir des images d'adultes qui sont envahis par des flash-back, par des images intrusives ?

Au-delà d'une réponse, empiriquement positive à cette question, nous pensons qu'un second mécanisme est présent dans ce processus : celui de donner du sens à un événement en y associant une croyance positive ou une fin heureuse. En effet, les contes peuvent nous raconter des histoires très violentes qui véhiculent également des images, des émotions et donc « quelque chose » qui laisse émerger des sensations corporelles. Cependant, ils se terminent par un « bon conseil » et un message communiquant que « ce n'était pas si grave, tout le monde est en sécurité, les méchants sont morts ou hors d'état de nuire, les bons gagnent en force, bonheur et bien-être. » Un enfant qui reçoit une transmission traumatique ne connaît pas la fin de l'histoire, surtout si l'adulte n'a rien à en dire ou s'il ne peut en raconter un dénouement qui donne un sens. Ainsi le matériel reste toujours actif, tant dans le psychisme de l'enfant que dans celui de l'adulte. Dissocier la « partie dangereuse » devient alors une ressource importante.

Conclusion

Les événements traumatiques évoqués dans les deux vignettes cliniques sont historiquement datés. Cela nous permet de suggérer que des traumatismes peuvent se transmettre d'adultes à enfants, sans même qu'ils ne soient parlés. Les recherches sur les neurones miroirs et leur rôle dans les interactions interpersonnelles renforcent cette hypothèse. Précisons cependant que notre démarche reste aujourd'hui purement déductive faute de recherche spécifique sur le rôle des neurones miroirs dans ce type de traumatisme. Nous constatons en tout cas que la désensibilisation du matériel iconique (les images, les émotions, et les sensations physiques) a été efficace dans les situations présentées. Ces patients ont pu en effet intégrer leur matériel iconique dans une histoire cohérente et non plus chaotique. La narration ainsi construite peut faire partie de l'histoire familiale tout en laissant au passé ce qui lui appartient. Les personnes deviennent alors capables de s'appuyer sur leurs ressources et leurs compétences actuelles.

Par ailleurs, ce travail nous a fait constater qu'avec la lecture des traumatismes transmis puis déblayés et guéris, le débat entre ce qui pourrait être d'ordre intrapsychique ou relationnel devient obsolète.

Hurley & Chater (2005) relèvent ce point en évoquant l'importance de l'imitation comme processus dynamique et intersubjectif. Selon ces auteurs,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

elle serait vitale pour le développement humain et pour la transmission de la culture durant toute notre vie.

Qu'il y ait eu récit ou non, la présence de séquelles post-traumatiques non traitées entraîne leur transmission à la génération suivante. Le maintien du silence est souvent soutenu par la même motivation : avant tout, la protection ainsi que la survie de la famille. Ensuite, les générations postérieures qui sont moins soumises à des contraintes existentielles, vont alors continuer à « digérer » les événements du passé sans toutefois renoncer aux ressources de survie mises en place. En abordant les séquelles post-traumatiques transmises, les patients s'inscrivent souvent dans une ré-affiliation à leur famille ascendante, et dans un lien plus souple et plus sécurisé à l'égard de leurs propres enfants.

Ce qui existait à l'intérieur du psychisme des parents ou des grands-parents a été partagé et se retrouve dans le psychisme des enfants. Nous sommes donc bien dans une approche qui relie l'intrapsychique et le relationnel de manière intégrative.

Références

BREWIN, C.R., DALGLEISH, T., & JOSEPH, S. (1996). A dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review, 103*, 4; 670 6 686.

BREWIN, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy,* 39; 373 – 393.

BREWIN C. (2005): Memory and identity in PTSD: Core processes underlying treatment efficacy. Exposé à la *Conférence annuelle de l'association européenne d'EMDR*, Bruxelles, Belgique.

DAPRETTO M., DAVIES M.S., PFEIFER J.H., SCOTT A.A., SIGMAN M., BOOKHEIMER S.Y. & IACOBONI M. (2006): Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9: 28 – 30.

DECETY J. & CHAMINADE T. (2003): Neural correlates of feeling sympathy. *Neuropsychologia,* 41: 127 – 138.

DECETY J., PERANI D., JEANNEROD M., BETTINARDI V., TADARY B., WOODS R., MAZZIOTTA J.C. & FAZIO F. (1994): Mapping motor representations with positron emission tomography. *Nature* 371: 600 – 602.

DECETY J. (2005): Une anatomie de l'empathie. *Psychologie et Neuropsychiatrie cognitives* 3 (11): 16 – 24.

DE KEUKELAERE S. (2005): Neurologie en experimentele psychologie: Een nieuwe, revolutionaire kijk op nabootsing, intentie en geweld. *Het Verstrand* 1 :2-6. Des découvertes révolutionnaires en sciences cognitives. Résumé et tra-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

duction française : Les paradoxes et dangers de l'imitation. *Robotique, vie artificielle, réalité virtuelle : La revue mensuelle* 63. http://www.admiroutes.asso.fr/larevue/2005/63/neuronesmiroir.htm

FADIGA L., FOGASSI L., PAVESI G. & RIZZOLATTI G. (1995): Motor facilitation during action observation : a magnetic stimulation study. *Journal of Neurophysiology* 73 : 2608 – 2611.

FORGASH C. & COPELEY M. (2007): *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy.* Springer, New York.

GALLESE V., KEYSERS C., & RIZZOLATTI G. (2004): A unifying View of the Basis of Social Cognition. *Trends in Cognitive Sciences* 8 : 396-403.

GALLESE V. (2005): Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4: 23 – 48.

GALLESE V. (2006): Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research* 1079, 1: 15-24.

HOFMANN A. (2005): EMDR in the treatment of complex PTSD patients. EMDREA Conference, Bruxelles.

HUBER M. (2005): *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung.* Junfermann Verlag, Paderborn.

HURLEY S. & CHATER N. (2005): *Perspectives on imitation: From cognitive neuroscience to social science. Volume 2. Imitation, human development and culture.* Cambridge, MA: MIT Press.

JACKSON P.L., MELTZOFF A.N. & DECETY J. (2005): How do we perceive the pain of others: A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage* 24: 771 – 779.

KNIPE J. (2008): The CIPOS method -- procedures to therapeutically reduce dissociative processes while preserving emotional safety. EMDREA Conference, Londres.

KOHLER E., KEYSERS C., UMILITà A., FOGASSI L., GALLESE V. & RISSOLATI G. (2002): Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons. *Science* 297: 846 – 848.

LEVINE P. (1997): *Waking the tiger : Healing Trauma.* North Atlantic Books, Ca. Traduction française: *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme* (2004): Editions Socrate, Charleroi.

MELTZOFF A. & MOORE K. (1983): Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development* 54: 702 – 709.

MELTZOFF A. & MOORE K. (1989): Imitation in newborn infants: exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology* 25: 945 – 962.

NISHITANI N., AVIKAINEN S. & HARI R. (2004): Abnormal imitation – related cortical activation sequences in Asperger's syndrome. *Annals of Neurology* 55: 558 – 562.

OBERMAN L.M., EDWARD T., HUBBARD M., MCCLEERY J.P., ALTSCHULER E.L., RAMACHNADRAN V.S. & PINEDA J.A. (2005): EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. *Cognitive Brain Research* 24:190 – 198.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

RIZZOLATTI G., FADIGA L., FOGASSI L. & GALLESE V. (1996): Premotor cortex and the Recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3: 131-141.

RIZZOLATTI G., FABBRI-DESTRO M. & CATTANEO L. (2009): Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice. Neurology* 5,(1):24 – 34.

SAAKVITNE K. W. & PEARLMAN L. A. (1996): *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals Who Work with Traumatized Clients*. W. W. Norton & Company Inc., New York.

SHAPIRO F. (1989a): Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20(3) : 211-217.

SHAPIRO F. (1989b, April): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress* 2(2) : 199-223.

SHAPIRO F. (1995): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Basic Principles, Protocols and Procedures.* The Guilford Press & Mark Paterson.

SHAPIRO F. (1997): EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. Basic Books. Trad. Fr. (2005) : Des yeux pour guérir - E*MDR : La thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*. Seuil, Paris.

SINGER T. (2006): The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications of future research. *Neuroscience Biobehavioural Review* 30: 855 – 863.

STRAFELLA A.P. & PAUS T. (2000): Modulation of cortical excitability during action observation: a transcranial magnetic stimulation study. *Neuroreport* 11: 2289 – 2292.

THEORET H., HALLIGAN E., KOBAYASHI M., FREGNI F., TAGER-FLUSBERG H. & PASCUAL-LEONE A. (2005): Impaired facilitation during action observation in individuals with autism spectrum disorder. *Current Biology* Vol 15(3):R84 – R85.

TREVARTHEN, C. KOKKINAKI, T. & FIAMENGHI Jr. G. (1999): What infant's imitations communicate: with mothers, with fathers, with peers. In Nadel J. & Butterworth G. (eds.): *Imitation in Infancy.* pp. 9-35. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S. & STEELE K. (2006): *The haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* Norton, New York.

WICKER B., KEYSERS C., PLAILLY J., ROYET J-P., GALLESE V. & RIZZOLATTI, G. (2003): Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron* 40 (3) : 655-664

WILLIAMS JHG. (2001): Autism, imitation and mirror neurons. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews* 25: 287-295.

WOHLSCHLÄGER A. & BEKKERING H. (2002):Is human imitation based on a mirror neuron system? Some behavioural evidence. *Experimental Brain Research* 134 (3): 335 – 341.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h40. © De Boeck Supérieur

Nous pouvons aujourd'hui décrire plus avant le devenir de ces situations cliniques de Mme A. et de Mme B.
La thérapie de Mme A. était terminée, au moment de la rédaction du poster en 2007 et de cet article en 2009. Le travail thérapeutique de Mme A. est resté inscrit dans une thérapie brève, dans tous les sens du terme. La patiente était intéressée à atteindre ses objectifs, qui avaient le mérite d'être clairs et précis. Une fois sortie de la dépression, la capacité retrouvée de mettre des limites à sa fille, et réinstaurer une bonne relation envers cette dernière, Mme A. a souhaité arrêter sa thérapie. L'objectif d'être moins stressée lorsqu'elle pensait à son père avait été défini à partir d'une réaction émotionnelle pendant l'anamnèse. Mais une fois la cible concernant la transmission par le père retraitée, la patiente n'a pas voulu aller plus loin dans l'exploration des vestiges traumatiques transmis.
Nous avons pensé que dans le cas de Mme A. il s'agissait d'une série de traumatismes simples, rapidement retraités. Aujourd'hui, nous ne revenons pas sur l'efficacité de ce qui a été retraité. Mais nous savons que cela n'a pas été suffisant pour éviter une transmission de la traumatisation trangénérationnelle à la génération suivante.
Cinq ans plus tard, Mme A. nous a recontactés en formulant une demande, cette fois pour sa fille, en évoquant la confiance qu'elle avait en la thérapeute. Nous en étions restés au récit de la mère de l'époque, qui nous avait raconté qu'elle avait retrouvé une bonne relation avec sa fille « comme avant ». Nous n'avions pas exploré le contenu de cette précision « comme avant », ce qui a été une erreur.
Ce que nous ne savions pas, et ce que Mme A. avait omis de nous apprendre, est que sa fille n'a pas quitté la psychiatrie pour enfants et adolescents depuis qu'elle y était entrée à l'âge de 12 ans. Cela avait pris la forme d'une hospitalisation initiale, puis d'un suivi en hôpital de jour, ponctué par de nouvelles hospitalisations lorsque les crises devenaient trop exacerbées. Aux 18 ans de la fille, la psychiatrie pour enfants et adolescents arrivant au terme de sa prise en charge, Mme A. est venue confier sa fille à la thérapeute qu'elle connaissait.
La jeune fille souffrait d'hallucinations sensorielles (le sol et les murs qui bougent), qui ont pu régresser avec des exercices d'ancrage. Les tests de réalité ont permis à la thérapeute de constater que la jeune fille était bien en lien avec la réalité, ce qui l'a amenée à qualifier ces perceptions de nature dissociative.
Le suivi de la fille de Mme A. n'a pas pu se faire, car la thérapeute était sur le point de déménager dans une autre région, et ni Mme A., ni sa fille n'ont voulu être référées. Cette dernière a refait une demande très récemment, cinq ans plus tard à l'âge de 23 ans, en appelant toujours la même thérapeute. Ayant cette fois une demande pour elle même, la jeune fille a pu accepter l'adresse d'une collègue sur place pour entamer un suivi.

Lorsque nous avons vu l'état de la fille de Mme A., nous avons fait l'hypothèse que le travail sur les dimensions transgénérationnelles chez la mère n'avait pas été suffisant. Lors de sa thérapie, la traumatisation transgénérationnelle avait pu être clairement établie et il aurait fallu sans doute désensibiliser plus d'une cible transmise. A l'époque, où nous découvrions cette dimension transgénérationnelle, nous n'avions pas encore d'hypothèses concernant d'éventuels mécanismes de transmissions ni de leur ampleur, et nous en étions restés à un cadre de thérapie brève, nous limitant à la demande et à la motivation de la patiente.

Avec ce que nous avons appris, nous agissons différemment aujourd'hui. Lorsque nous décelons une traumatisation transgénérationnelle, et qu'il y a des enfants, nous devenons proactifs pour inviter les adultes à se débarrasser de ces séquelles, dans le but qu'elles ne se transmettent pas à leurs enfants. Nous informons nos patients de nos connaissances, et nous les invitons à accepter ce travail en en appelant à leur responsabilité de parent, c'est-à-dire

s'ils ne voient pas la pertinence de ce travail pour eux, qu'ils puissent le faire au moins pour leurs enfants.
Etant donné que nous en savons davantage aujourd'hui sur les logiques de transmission et surtout la facilité avec laquelle ces blessures peuvent régresser, nous pensons que c'est de notre responsabilité de ne pas attendre la demande des adultes, mais d'être proactifs dans notre démarche de psychoéducation.
Tous les parents responsables répondent présent, et n'attendent pas notre proposition de retraiter les blessures transmises. Ils sont plutôt dans la crainte, que s'ils ont fait l'objet d'une transmission, ils peuvent à leur tour transmettre. C'est aussi notre tâche de les rassurer et de les informer sur les moyens d'arrêter une telle transmission : en retraitant les traumatisations transmises que nous pouvons mettre à jour.
Pour ce faire, nous avons différents moyens à notre dispositions, tels que nous les avons décrits à la fin du chapitre 3 de ce travail. Lors de l'exploration à travers le génogramme, nous sommes particulièrement attentifs à la recherche de « points chauds » et de « points froids » (Dellucci, 2014 ; sous presse), de façon à mettre en évidence les liens blessés pour en initier le retraitement.

Pour continuer l'épilogue de cet article de 2009, nous pouvons rapporter que Mme B. a continué sa thérapie, totalisant un peu plus de soixante dix séances, au cours desquelles nous avons désensibilisé et retraité tous les phénomènes émergeants. Poussée par la honte qu'elle ressentait en début de suivi, Mme B était particulièrement motivée, au delà d'une amélioration de ses symptômes, à retraiter tout ce qui pouvait être en lien avec la guerre.

La crainte de Mme B., qui avait bien compris la transmission traumatique, était d'avoir transmis des éléments à ses filles. Cette crainte, doublée de restes d'une honte irrationnelle résiduelle, était tellement importante, qu'elle n'a pu envisager, dans un premier temps, parler de vive voix à ses filles. Elle a pensé au projet de déposer une lettre posthume chez un notaire, qui aurait la tâche d'énoncer les mots qu'elle n'avait pu mettre sur ce qu'elle avait compris, car Mme B. avait bien saisi les effets délétères de l'absence de parole. La thérapeute a invité la patiente, à apporter la lettre adressée à ses filles en séance, pour en retraiter le contenu par le protocole des lettres (Dellucci, 2009b, sous presse).

Une fois ce travail effectué, Mme B. commençait à envisager de parler à ses filles de son vivant, toujours avec une certaine appréhension. La thérapeute a proposé un entretien familial, que Mme B. a pu accepter, et au cours duquel elle a pu transmettre le contenu de sa lettre et ouvrir un espace de partage. Ses filles ont réagi avec calme et attention, en se montrant peu concernées par les histoires de guerre de leur mère et de leurs grand parents. Personne n'était activé, et tous ont pu discuter de manière apaisée.
Les filles de Mme B. ont profité de cette occasion pour évoquer que pour elles, les violences entre leurs parents avaient été beaucoup plus difficiles et qu'elles voudraient bien continuer à partager à ce sujet. La suite de la discussion entre les filles et leur mère a pu se faire hors thérapie. Mme B. a pu terminer son suivi, soulagée par le constat d'avoir arrêté la transmission transgénérationnelle.

Les observations issues des cas cliniques ici présentés et du suivi dans le temps nous ont permis de comprendre que :

1. Il existe des contenus provenant d'une époque, que les personnes elles-mêmes n'ont pas pu expérimenter du fait qu'elles n'étaient pas nées, et qui provoquent des signes compatibles avec ceux que l'on observe dans un traumatisme psychique.

2. Ces contenus répondent à la thérapie EMDR, dans le sens d'un retraitement amenant une neutralisation de l'activation physiologique (SUD = 0) et l'installation d'une cognition positive tout à fait crédible (VoC = 7).
3. La transmission de ces traumatisations transgénérationnelles peut être arrêtée.
4. Si ces traumatismes transmis ne sont pas retraités, ils sont susceptibles d'être transmis à la génération suivante.

Rappelons qu'il s'agit ici d'observations empiriques, qui, même si elles se sont répétées dans notre pratique clinique, mériteraient d'être étayées par des recherches, cliniques ou/et fondamentales. Nous avions, à travers cet article, posé la question suivante :

- est-ce que la transmission transgénérationnelle de traumatisations pourrait passer par le système des neurones miroirs à travers la relation d'attachement,
- étant donné la garantie de l'empathie des enfants envers leurs parents et grand-parents,
- dans la mesure où les reviviscences traumatiques chez les parents pourraient provoquer des défauts d'attachement et une incapacité à donner du sens à l'expérience, qui a été partagée et ressentie sur le plan physiologique ?

A notre connaissance, il n'y a pas eu de réponse directe à cette question, même si les effets traumatiques de guerre ont pu être confirmés au sein des secondes générations (Palosaari et al. 2013 ; Field, et al., 2011 ; Yehuda et al., 1998). L'ESPT des parents est associé avec des altérations de la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) montrant une plus grande inhibition de la production de Cortisol (Yehuda, Blair, et al., 2007), des taux de Cortisol généraux plus bas (Yehuda, Teicher, et al., 2007), des effets qui sont superposables aux personnes elles-mêmes touchées (Yehuda, 2002). Ces résultats se confirment auprès de bébés nés après les attaques du World Trade Center à New York, et dont la mère était enceinte au moment des événements (Yehuda, et al., 2005). Cependant, les recherches dans le domaine épigénétique ne se sont pas limitées aux empreintes précoces.

Rachel Yehuda et ses collègues (2014) ont comparé l'influence de l'ESPT, chez les mères et les pères, sur la régulation épigénétique du gène récepteur glucocorticoide auprès d'une cohorte de seconde génération de survivants de la Shoah. Cette équipe a eu le mérite d'examiner un grand groupe de 80 personnes, qu'ils ont comparé à un groupe contrôle de 15 sujets dont les parents n'avaient pas été exposés à la Shoah. L'analyse épigénétique a été doublée d'entretiens cliniques et de mesures auto-administrées.
Les résultats montrent que les enfants ayant deux parents traumatisés ont une diminution de la méthylation du gène récepteur glucocorticoide, ce qui va de pair avec un taux de Cortisol moins élevé, favorisant ainsi la vulnérabilité face à la peur et au stress.
Les taux de méthylation étaient abaissés également si la mère avait un ESPT.
Si la mère n'a pas d'ESPT, la traumatisation du père est associée à une méthylation accrue du gène récepteur glucocorticoide.
Des analyses de cluster ont révélé que les effets de l'ESPT maternel et paternel sont associés de manière différenciée avec la méthylation du gène, mais aussi avec les indicateurs cliniques.

Lorsque uniquement les mères étaient traumatisées, les enfants avaient la perception d'avoir une santé faible, présentaient des symptômes dépressifs ainsi qu'une anxiété structurelle (trait-anxiety), tandis que les enfants de pères traumatisés montraient plus souvent un style d'attachement insécure de type évitant ou anxieux-ambivalent, une exposition traumatique plus élevée dans l'enfance, davantage d'expériences dissociatives et une plus grande sensibilité à la violence.

Lorsque les deux parents étaient traumatisés, les enfants rapportaient avoir le sentiment subjectif de porter des cicatrices psychologiques. Ils se sentaient affectés de manière vicariante par les traumatismes liés à la Shoah et montraient une plus grande sensibilité face à la violence et l'injustice. Ces enfants montraient aussi davantage d'amnésie dissociative. Ces derniers résultats concordent parfaitement avec ce que rapportent nos patients souffrant de dissociation, où nous avons mis à jour une traumatisations transgénérationnelle.

Dans l'étude de Yehuda et coll., (2014), lorsqu'ils parlent « d'enfants », ils considèrent la seconde génération, après celle des parents ayant été exposés à la Shoah. Ces enfants sont nés entre la fin des années 40 et la fin des années 60 et ont été élevés dans des familles où les rôles parentaux étaient structurés dans le sens où les mères assurait l'éducation des enfants, tandis que les pères travaillaient de longues heures à l'extérieur de la maison.

Les auteurs de l'étude concluent que la modération des effets de l'ESPT des pères par ceux des mères suggère des mécanismes différents pour la transmission intergénérationnelle des vulnérabilités liées au trauma, même s'ils indiquent que les mécanismes exacts semblent à ce jour encore inconnus.
Des études sur des rongeurs montrent que le stress des mâles avant la conception des petits peut influencer le comportement et la biologie de leur progéniture à travers des changements épigénétiques retrouvés dans le sperme (Franklin et al., 2010). Yehuda et coll. (2014) concluent dès lors que des transmissions de marques d'ESPT sont possibles, même si les résultats biologiques de ces recherches chez les humains méritent d'être nuancés par une évaluation fine en rapport avec le style d'attachement et la manière dont les deux parents ont pris soin de leurs petits.

Même si elles semblent encore compliquées à lire pour les cliniciens que nous sommes, ces recherches épigénétiques commencent à prudemment venir confirmer nos observations.
Chez nos patients souffrant de trauma complexes et de troubles dissociatifs parfois massifs, il est bien sûr difficile de faire la part des choses entre la traumatisation ontogénétique et les souffrances transmises, entre les traumatismes que nous pensons à la base des symptômes, et les aménagements ultérieurs qui verrouillent un tableau fait d'une co-morbidité importante. Néanmoins, et contrairement à ce que nous pensions sur le plan conceptuel, devant les patients les plus dissociatifs, différencier les deux types de traumatisation a été une ressource qui nous a permis d'avancer de manière significative.

L'article suivant va amener un éclairage de notre pratique clinique actuelle, en ce qui concerne cette question des trauma transgénérationnels chez les personnes souffrant de dissociation structurelle. Trois cas cliniques, montrant les trois niveaux de dissociation structurelle primaire, secondaire et tertiaire seront discutés.

Dellucci, H. (sous presse). Dissociation et traumatismes transgénérationnels. Trouver du sens dans le non-sens en prenant en compte ce qui nous dépasse.
In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Dissociation et Traumatismes transgénérationnels

Trouver du sens dans le non-sens, en prenant en compte ce qui nous dépasse ...

1. Introduction

De nombreux auteurs, depuis des décennies, attirent notre attention sur la dimension traumatique de certains événements qualifiés de catastrophe et de leurs effets au sein des familles (Ancelin Schützenberger, 1993, 1996).

Parmi les traumatismes transmis, mis à part les traumatismes familiaux ou collectifs et les traumatismes vicariants apparaît un type de trauma qui mérite une attention particulière, en ce que ses effets semblent délétères et se transmettent de génération en génération, produisant ainsi des symptômes de plus en plus insensés et incompréhensibles : les traumatismes transgénérationnels.

Aujourd'hui existent des pistes thérapeutiques efficaces pour aider les personnes qui, collectivement, ont vécu un événement traumatique. Comment appréhender alors des blessures émotionnelles issues de contenus que les personnes elles-mêmes n'ont pas vécus ? Comment comprendre ces symptômes, qui pour la plupart, n'ont aucun sens apparent ? Et comment prévenir que des blessures traumatiques ne soient transmises ?

Rapprocher cette notion de traumatismes transgénérationnels du concept de dissociation prend tout son sens, si l'on pense aux déficits de communication, de partage émotionnel et d'empathie qui se produisent à la suite de telles blessures frappées du sceau du secret et faites de réactions apparemment dépourvus de logique.

2. Les traumatismes transgénérationnels : comment les comprendre ?

Les traumatismes transgénérationnels sont des blessures psychiques, qui répondent à tous les critères d'un état de stress post-traumatique, mais qui ont la particularité d'être portées par des personnes qui n'ont elles-mêmes pas vécu l'événement ayant causé le traumatisme. Il s'agit d'une traumatisation transmise. Les personnes ayant vécu l'événement en question sont bien sûr traumatisées, mais elles n'ont pas réussi à s'en affranchir. Il se peut que les personnes touchées directement soient encore en vie, ou bien décédées. Les événements traumatiques peuvent remonter à plusieurs décennies. Cela n'a aucune importance.

Les enfants de tels parents traumatisés apprennent que, pour être loyal, il faut se taire, imiter leurs aînés qui font l'impasse sur ce qui s'est passé. Plus la traumatisation est lourde et présente, plus la génération suivante, à l'instar des personnes directement touchées, apprend à faire de l'évitement en ce qui concerne ces thèmes difficiles. Ainsi, certains patients dont les parents ont vécu la guerre, rapportent cette injonction à considérer le monde comme sauf, cette stratégie visant la reconstruction, disent-ils. Cette seconde génération, ayant appris à perpétuer l'évitement n'a pas appris à parler de ce qui s'est passé, ni à en conjuguer les émotions restées gelées. L'absence de parole entraîne une absence de récit, et dès lors une absence de sens. Aucune émotion ne peut être partagée concernant l'événement ou le thème en question. Souvent, cette difficulté à partager des émotions dans de bonnes conditions

s'étend aussi à d'autres thèmes, voire se généralise, perturbant ainsi la dimension d'attachement dans la famille (Delage, 2007).

Lorsque la troisième génération pose des questions, leurs parents ne souhaitent souvent pas aborder ces vieilles histoires. Les non-dits et les secrets sont toujours motivés par le désir de ne pas nuire, la peur de faire du mal, ainsi que l'impuissance et la honte concernant le contenu, de ne pas avoir pu faire face autrement.

Nous avons pu constater chez des personnes venues consulter en psychotraumatologie, que la dimension implicite du traumatisme est bien présente à travers des symptômes corporels (p.ex. une activation physiologique à la vue de films de guerre), des réactions émotionnelles soudaines et incompréhensibles (p.ex. une colère débordante à l'égard d'un enfant dans la fratrie), des phobies d'impulsion (p.ex. une peur de faire du mal à des personnes vulnérables). Les déclencheurs dans la vie quotidienne des porteurs du trauma sont fréquents et les contenus traumatiques semblent ne pas avoir de sens apparent.

Il semble que l'absence de parole n'ait pas empêché la transmission de la blessure aux descendants. Au contraire. Egalement chez les descendants, nous pouvons dire que plus la traumatisation est présente, même si elle est transmise, moins les personnes ont pu en faire un récit qui a du sens. La parole est fragmentée ou absente, soit par ignorance, ou s'il y a, le contenu est traité de manière phobique et/ou hostile. Ces deux ingrédients maintiennent les processus dissociatifs en place, qui cette fois se sont étendus de la personne touchée à la collectivité.

Même si les porteurs de telles blessures se doutent d'une transmission de la part de leurs aînés, ils viennent rarement en thérapie pour les aborder spécifiquement. Ils disent ne pas y avoir accès, ne souhaitent pas aller remuer le passé, tout en étant très motivés à ce que cela ne se transmette pas à leurs enfants. Ou alors ils peuvent être obnubilés par ces thématiques du passé et en venir à oublier les besoins de leurs enfants dans l'ici et maintenant.

Une co-morbidité en termes de troubles d'attachement, de traumatisations ontogénétiques n'est pas à exclure et brouille souvent le tableau clinique. Il convient alors de différencier ce qui appartient à la vie du patient, et ce qui appartient à autrui. Outre l'inscription explicite de la personne dans une lignée, ce qui déjà est stabilisateur, même s'il y a de la souffrance, nous avons observé dans notre pratique clinique que cette différenciation est paradoxalement porteuse d'espoir, comme si le fait de se douter d'où ça vient permettait de s'en affranchir plus facilement.

Ces blessures transgénérationnelles sont par essence des blessures relationnelles : les personnes portent des séquelles parce qu'elles sont en lien. Les thérapeutes familiaux, quelle que soit leur école de pensée, nous apprennent que nous ne pouvons pas ne pas être en lien. La thérapie familiale a fait largement état de transmission d'héritages sous forme de souffrances et de ressources, de mythes identificatoires (Neuburger, 1955), de traditions, de croyances. La clinique du psychotraumatisme montre que les blessures traumatiques transmises se traitent avec la même facilité que tout autre traumatisme. Les moyens thérapeutiques qui existent aujourd'hui en psychotraumatologie sont d'une efficacité telle, que l'on peut dire que tout traumatisme est guérissable, quel qu'en soit l'ampleur et le moment où il est survenu, même s'il remonte à des décennies, et même s'il est arrivé à un ascendant. Chez les patients souffrant de traumatismes complexes, nous pouvons même dire que la dimension phylogénétique, c'est à dire la part de la traumatisation transmise, est plus facile à aborder que la part ontogénétique, c'est à dire les traumatismes que la personne a elle même subi.

Un travail efficace en psychotraumatologie nécessite une approche par phases. Une première phase consiste à stabiliser le patient, c'est à dire réduire ses symptômes et lui permettre de retrouver un bon fonctionnement au quotidien. La seconde phase concerne le

travail sur les traumatismes et la troisième phase consiste à favoriser l'intégration de l'expérience et à accompagner les changements dans la vie quotidienne. Cette structure, déjà proposé par Pierre Janet il y a plus d'un siècle, est aujourd'hui un consensus largement partagé en psychotraumatologie (Brown, Scheflin & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999), les auteurs actuels insistant que ce travail se fasse avec une orientation sur les habiletés et les compétences du patient.

3. Les symptômes d'une souffrance transgénérationnelle

Les principaux symptômes décrits par Hummel et Hase (2013), qui doivent amener le clinicien à explorer la présence d'une souffrance transgénérationnelle sont le meurtre et le suicide dans la famille.

Nous aimerions affiner cette lecture en y ajoutant les tentatives de meurtre et les tentatives de suicide, ainsi que les passages à l'acte répétés dans le cadre de violences domestiques. Lorsque de jeunes enfants sont ressentis comme dangereux par un parent, nous avons l'assurance que les perceptions du parent déclenchent des réseaux traumatiques qui proviennent de son propre passé ou de celui de ses aïeux. Si l'anamnèse révèle de l'inceste et/ou des pathologies psychiatriques lourdes comme la psychose, il est important, à notre sens, d'inclure une investigation transgénérationnelle dans la conceptualisation du cas clinique. Selon Boszormenyi Nagy (1984), cette symptomatologie ne prend sens qu'à partir du moment où la lecture s'étend sur trois générations, postulant l'existence de loyautés invisibles, c'est à dire non explicites, mais bien présentes sur le plan implicite.

D'autres symptômes orientent notre attention vers la dimension transgénérationnelle, comme les secrets de famille, des défauts d'attachement entre parents et enfants alors que grands parents et petits enfants se sentent proches. Il n'est pas rare que des personnes en thérapie décrivent des négligences, des maltraitances qu'ils ont subi de la part d'un ou de leurs deux parents. Lorsque nous posons la question où ce parent a appris cela, il apparaît fréquemment qu'il vivait déjà cette maltraitance lorsque lui-même était enfant. Logiquement nous pourrions lire là une répétition. Mais ces mêmes patients nous apprennent alors que ce grand parent, qui a maltraité son propre enfant, a été pour son petit fils/fille un grand parent soutenant, empathique. Parfois ces grands-parents prennent même l'allure de héros dans le discours du patient.

Un signe plus discret, mais dont la recherche s'avère souvent fructueuse concerne d'importantes différences de traitement parmi les membres d'une même fratrie. Parfois, les parents se rendent compte eux-mêmes de ces différences, lorsque naît un second ou un troisième enfant, p.ex. une mère responsable et attentive qui se rend compte à la naissance de son fils cadet, qu'elle nourrit « une colère au delà du raisonnable » à l'égard de sa fille aînée. Dans ce cas la recherche nous a amené vers l'arrière grand-mère, mère du grand-père maternel, décédée en couches lors de sa naissance. Les contenus apparus pendant le travail sur ce trauma décrivaient comment toute la famille, souffrant de cette perte insurmontable, regardait ce bébé comme le meurtrier de sa mère. La haine avait été transmise de génération en génération. Une fois cet événement unique retraité, la patiente décrit un comportement modifié à l'égard de sa fille, avec le sentiment maintenant d'une implication émotionnelle plus adaptée envers ses deux enfants.

Les phobies d'impulsion, se montrant la plupart du temps sous la forme d'une peur de faire du mal à autrui, alors qu'il n'y a aucun fait avéré, constituent aussi un indice pour explorer la dimension transgénérationnelle. Dans la même idée, tout flashback ou intrusion perceptuelle, p.ex. « l'angoisse de mourir à la naissance du premier enfant », ressentie comme délirante chez une personne qui par ailleurs discerne bien la réalité, doit mener le clinicien à rechercher des cibles transgénérationnelles.

Pour conclure cette description des symptômes, nous ajoutons que la présence de réseaux dissociatifs suffisamment importants pour apparaître avec une perspective à la première personne, c'est à dire avec des préférences, des besoins et des avis différents du patient tels qu'on le rencontre habituellement, nous pousse à en rechercher la dimension traumatique transmise. Ces réseaux provoquent chez les patients dans un premier temps d'intenses sentiments d'hostilité et de phobie qu'il convient de dépasser avant d'aller plus loin. Notre attention se porte surtout sur les réseaux qui apparaissent de manière agressive, avec des comportements qui imitent l'agresseur. Lorsque cette phénoménologie apparaît, il est important d'en rechercher la dimension transmise d'abord, car elle est fonctionne comme un verrou de la problématique ontogénétique. Nous y reviendrons dans la description des vignettes cliniques.

4. Les traumatismes transgénérationnels : comment les déceler ?

Un moyen particulièrement efficace pour déceler les traumatismes transgénérationnels est le génogramme, inventé par Murray Bowen (1974), et qui représente un outil thérapeutique utilisé en thérapie familiale pour aider une personne à se différencier par rapport à sa famille d'origine (Carter & Orfanidis, 1976; Guerin & Pendagast, 1976).
En psychogénéalogie le travail thérapeutique consistera en la construction d'un arbre généalogique, avec une recherche fouillée au sujet de dates de naissance, de décès, avec l'effort d'inclure le plus possible d'informations pour étayer les interprétations qui en découlent.
En tant que psychotraumatologues, notre but est de débusquer des réseaux neuronaux portant des contenus et des émotions non digérés, afin d'aider la personne à s'en affranchir. Cependant nous ne pouvons précéder le patient dans la formulation d'un contenu, et nous n'allons pas livrer d'interprétations, les réactions corporelles fournissant une réponse qui nous oriente suffisamment sur ce qui fait traumatisme. La recherche du contenu et la compréhension est portée par le patient, le thérapeute l'accompagnera dans le récit émergeant, en aidant son corps à traverser les sensations et les émotions qui apparaissent.
Lorsque nous établissons avec le patient un génogramme, retraçant les membres de sa famille d'origine, les transmissions et les héritages ainsi que les problématiques et bien sûr les ressources, nous nous intéressons avant tout à la qualité des relations entre les personnes. Le thérapeute décèlera les absences d'informations, les incohérences, et explorera la qualité des liens, à la recherche de « points chauds » et de « points froids » selon la logique des symptômes positifs et négatifs en psychiatrie. Ces notions nous ont été inspirées par le concept de fenêtre de tolérance de Siegel (1999). Les « points chauds » sont des relations qui mènent à une suractivation physiologique, c'est à dire un débordement par le haut p.ex. des colères débordantes, des violences, des conflits, une anxiété non contenue, des intrusions, de l'enchevêtrement, des douleurs qui semblent inconsolables. Les « points froids », à l'inverse sont des relations où l'émotion ne peut être ni vécue, ni partagée, où il y a des défauts d'empathie, un manque de soutien, des ruptures, une absence de parole, parfois assortie d'une règle familiale « on ne pose pas de questions ».
Lorsque les personnes font le récit de leur famille, plus il y a eu d'expériences négatives, qui peuvent avoir laissé des traces traumatiques, plus nous veillons à d'abord les contextualiser et en explorer les compétences de survie : « … comment votre grand-mère a-t-elle fait, après le décès de son mari à 35 ans, pour mener la barque familiale avec quatre jeunes enfants ? »
« Comment tel grand père a fait, au retour de la guerre, pour avoir le courage de … ? »
« Comment, en dépit des catastrophes qui ont eu lieu, ont-ils fait pour avoir des enfants, les élever ? »
Le questionnement autour du génogramme est un moment important, qui peut être déstabilisant, si l'accent n'est pas suffisamment mis sur les ressources. Outre les compétences

et les forces transmises, raconter ce qu'on sait de son histoire familiale, et les émotions que cela suscite, est un moment important qui renforce le lien thérapeutique et permet à la personne de trouver la motivation nécessaire pour aborder les événements mis à jour.

Il est aussi possible de poser des questions directes : « qui d'autre, dans votre famille, pourrait souffrir du même problème … ? ». Lorsque les personnes portent des convictions fondamentales : « … qui d'autre dans votre famille, pourrait penser la même chose de lui/d'elle ? » Ainsi, un patient répétant à plusieurs reprises « je suis un poissard », a pu faire le lien, suite à cette question, avec son grand père maternel, revenu de la guerre après s'être échappé de justesse le dernier jour, et trouvant sa fille unique mourant de tuberculose. Les décès brutaux, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants, laissent fréquemment des traces traumatiques que l'on retrouve chez les descendants.
Un autre questionnement qui nous est utile lorsque apparaissent des liens non constructifs de parents auteurs de violences, de négligences et de maltraitances, est de mettre ceux-ci en perspective en posant la question au patient : « où est-ce que votre parent a-t-il appris cela ? » Même si les parents sont responsables de leurs actes en tant qu'adultes, cette mise en perspective fait souvent apparaître un lien source les dépassant. Celui-ci peut alors être ciblé directement.

6. Trauma Transgénérationnels et dissociation

Pour nous aider à penser les troubles dissociatifs, la théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (TDSP - Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010) nous est précieuse. En se basant sur la psychologie de la conduite de Pierre Janet, la TDSP définit la dissociation comme «… un manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, vue comme un système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire ». Cela implique une non communication entre au moins deux réseaux mnésiques, l'un ignorant les contenus traumatiques, malgré la présence de symptômes, l'autre restant figé au temps du trauma, c'est à dire ignorant tout ce qui a pu se passer après le trauma.

La réalité complexe des patients souffrant de troubles dissociatifs portant souvent une symptomatologie lourde et variée nous pousse à proposer la distinction de deux types de traumatisation, à savoir les traumatismes ontogénétiques et une traumatisation phylogénétique. Les traumatismes ontogénétiques consistent en des événements négatifs qui se sont passés au cours de la vie du patient. Les traumatismes phylogénétiques concernent les événements négatifs traumatiques provenant d'avant la vie du patient et qui concernent ses ascendants.

La dissociation est d'abord un mécanisme de survie massif, qui permet aux personnes de rester en vie malgré ce qu'ils ont vécu de sordide et difficile. Les récits de patients (Trujillo, 2011 ; Jamieson & Thurlow, 2014) nous apprennent que les troubles dissociatifs ne proviennent pas d'un seul traumatisme, mais d'une multitude d'événements faits de négligences sévères, de déprivations et d'invalidation émotionnels (Brière, 1996 ; Chu, 1998) avec autant d'actes commis, comme les maltraitances physiques, psychiques, des sévices sexuels, que d'actes d'omission comme la non prise en compte et le non respect des besoins physiques et émotionnels, des défauts de protection, des séparations entraînant des ruptures et des défauts d'attachement depuis le plus jeune âge (Barach 1991, Liotti 1999, Lyons-Ruth et al. 2006). Ces tableaux cliniques montrent que cette traumatisation n'apparaît pas à la génération de nos patients, mais inclut celle de leurs parents, leurs grands-parents et bien d'autres membres de la famille. La dissociation, même si elle produit dans cas les plus marqués un style d'attachement désorganisé (Fonagy 1997, Liotti 1999, Van der Hart et al.

2006) apparaît selon les idées de Spiegel (1986) avant tout comme une stratégie de réponse à la double contrainte.

Nous savons en tant que cliniciens, que tant que cette dissociation ne peut être levée, d'intenses sentiments de désespoir peuvent survenir. En même temps, la levée de la dissociation doit se faire avec prudence et au rythme des capacités d'intégration du patient, de façon à lui permettre de s'affranchir des événements négatifs en écartant le risque d'une éventuelle retraumatisation iatrogène par un traitement inapproprié.

La théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010) nous guide en matière de stabilisation de manière très claire. Il s'agit en premier lieu de surmonter la phobie d'attachement et la peur de perte d'attachement avec le thérapeute, puis de surmonter la phobie des réactions en lien avec le traumatisme, et ensuite celle des réseaux dissociatifs.

Lorsque apparaissent des réseaux dissociatifs, le patient les ressent dans un premier temps comme égo-dystonique : « ce n'est pas moi », « cela ne m'appartient pas », « ça n'existe pas », « ne peut-on pas l'éliminer? ». Afin d'établir des liens internes constructifs et fonctionnels entre la « partie apparemment normale » du patient (PAN), telle qu'elle apparaît la plupart du temps dans la vie quotidienne et ce mouvement émergeant, trois tâches s'imposent. Il s'agit dans un premier temps de dépasser la première réaction phobique et hostile, sans avoir recours à l'évitement habituel. Ces réactions de peur et d'hostilité peuvent être traitées hors trauma. Ensuite la psychopédagogie vise à ce que le patient puisse mieux comprendre le bien fondé de l'existence de ce mouvement dissociatif, afin de l'explorer sans le réifier. Le but est d'amener le patient à créer un lien constructif avec cette partie de lui-même. Une fois cette « partie émotionnelle » (PE) bien orientée dans le présent, peut commencer le partage de contenus. Il est utile de partager du matériel positif dans un premier temps : des tâches que le patient a réussi à faire dans son quotidien, des bons souvenirs, des moments de réussite, des petites choses satisfaisantes au jour le jour.

Dès que le patient est suffisamment stable, motivé à travailler sur le matériel traumatique, nous conseillons aux praticiens, de commencer par la dimension transgénérationnelle. Avec des mouvements dissociatifs, ayant une perspective à la première personne, il est possible de dialoguer mentalement. La personne est invitée à demander à la PE si ce qu'elle porte appartient à sa vie (dimension ontogénétique) ou non (dimension phylogénétique). En général, il y a une réponse interne qui se fait jour : « c'est mixte », ou « ça ne m'appartient pas ». Nous invitons le psychotraumatologue à d'abord cibler le matériel traumatique phylogénétique, en demandant au patient de confiner ses propres traumatismes à l'aide d'une technique de confinement (Kluft, 1998 ; voir chapitre stabilisation). Dans notre pratique, nous observons qu'il est utile de clairement différencier la dimension traumatique ontogénétique, qui lorsqu'elle est touchée suscite des réactions de survie, de la dimension traumatique phylogénétique, certes effrayante, mais qui semble plus abordable. En général, nous négocions avec nos patients de commencer par les événements qui ne leur appartiennent pas, ce avec quoi ils sont en général d'accord.

Parmi les différentes approches du travail sur les traumatismes qui existent, nous avons choisi la thérapie EMDR (Shapiro, 1995, 1999), utilisant, au sein d'un protocole rigoureux les stimulations bilatérales et alternatives du corps, dont Sack et ses collègues (Sack et al. 2008a, Sack et al. 2008b) ont montré l'influence bénéfique sur le système nerveux autonome. Avec les patients souffrant de troubles dissociatifs, nous utilisons les stimulations bilatérales dans un protocole ad minima, en abordant une partie du réseau neuronal traumatique à travers un travail fractionné.

Concrètement, nous invitons le patient à questionner la PE en lui demandant comme à un petit : « qu'est-ce que tu as sur le cœur ». Emerge ensuite un contenu qui peut surprendre

de par son degré de sordidité. Le travail du praticien va être de maintenir le patient dans sa fenêtre de tolérance (Siegel, 1999 ; Ogden & Minton, 2000) de façon à garantir un processus intégratif.

Lorsque les réseaux dissociatifs sont moins marqués, le travail à partir d'une lettre adressée à un parent qu'on estime à la source du dysfonctionnement peut s'avérer très fructueux (Dellucci, 2009 ; sous presse). Avec des patients dissociatifs montrant des mouvements dissociatifs somatoformes (Nijenhuis, 2004), peu enclins à construire un lien psychique avec des sensations vécues comme très dérangeantes, nous avons recours à la « lettre de la PE », c'est à dire nous invitons le patient à se concentrer sur cette sensation identifiée, et à lui prêter son bras en le laissant écrire « ce qui vient ». Ce texte, aux aspects souvent délirants, est désensibilisé à l'aide du protocole des lettres (Dellucci, 2009, sous presse).

Nos observations nous conduisent à penser que lorsque le socle de la traumatisation transgénérationnelle a pu être levé, des changements importants se font jour dans la vie du patient. Des personnes qui n'ont jamais réussi à être en couple, malgré le souhait de former une famille, arrivent à former un couple. Des parents, qui ont été taciturenes et réservés dans la famille, commencent à vouloir partager un récit familial.

En ce qui concerne la dissociation, un des changements à prendre en compte est un meilleur accès au matériel traumatique ontogénétique. Celui-ci aussi peut s'accompagner de déstabilisations qu'il est nécessaire d'accompagner pour bien les maîtriser, notamment en rapport avec des périodes anniversaire, génératrices de crise, au delà du traitement.

Toujours est-il que nous observons une plus grande souplesse dans les avancées thérapeutiques par rapport aux problématiques restées chroniques auparavant. Cette dernière observation nous conduit à l'hypothèse selon laquelle la traumatisation transgénérationnelle verrouille le fonctionnement au quotidien, y compris la dimension ontogénétique.

7. Vignettes cliniques

7.1. Laure : la lettre de la partie dissociative

Laure, 29 ans, célibataire, consulte pour se débarrasser des séquelles d'un viol subi peu de temps auparavant. Ce viol était survenu pendant un travail humanitaire et Laure avait du être rapatriée. Sa demande est claire : se débarrasser rapidement de cet événement pour retourner à son travail dans le pays où elle était en mission. Il a été nécessaire de sécuriser le contexte dans un premier temps.

L'anamnèse montre « rien de particulier » selon Laure : elle est avant dernière d'une grande fratrie, les relations avec ses parents sont bonnes, dit-elle. Son père vient de décéder d'une crise cardiaque, soudainement, mais Laure ne souhaite pas aborder cela. La stabilisation est acquise rapidement.

Etant donné qu'il n'y a pas d'autre demande et que la patiente est très motivée, l'événement récent est abordé en EMDR. Le travail bloque immédiatement : une sensation dans le plexus émerge, gène le travail, et ne bouge pas. Le travail sur l'événement est fractionné, pour se centrer uniquement sur le déclencheur, puis sur l'émotion prépondérante, sur des peurs irrationnelles, mais rien n'y fait : le blocage au niveau du plexus réapparaît. Faisant l'hypothèse de souvenirs du passé alimentant cet événement récent et en l'absence d'éléments concrets, la thérapeute propose un travail sur les empreintes précoces. Laure indique clairement qu'elle n'a pas consulté dans ce but, mais qu'elle a confiance en la thérapeute. Ce travail est initié, mais bloque également.

L'exploration de cette sensation dans le plexus a été laborieuse. Bien que surprise par ce type de questionnement, Laure en reconnaît le bien-fondé mais déplore ne pas avoir accès à ce qu'elle porte. La relation thérapeutique est bonne, Laure se sent en sécurité. La thérapeute invite alors la patiente, « à prêter son bras à cette sensation dans le plexus, et de laisser sa main écrire ce qui lui vient ». L'argument pour cette consigne est que cette sensation, si elle s'active, c'est qu'il a des choses importantes dont il faudrait tenir compte, qu'elle a de bonnes raisons d'agir ainsi, même si Laure et la thérapeute en ignorent le contenu. Laure est d'accord, et se met à écrire. Emerge alors un écrit qui

paraît incohérent, des bribes de phrases, des mots incomplets, à forte tonalité émotionnelle, un discours qui semble à la limite du délirant. Laure est parfaitement orientée et en lien avec la réalité. Ce texte est désensibilisé avec le protocole de la lettre à l'aide de stimulations bilatérales.

A travers ce travail émerge un récit décrivant un homme et une femme courant aux abris lors d'un bombardement, arrivent dans un abri en partie enseveli, où ils découvrent le corps d'un homme qu'ils tentent de réanimer, mais ils constatent qu'il est mort. Le corps tiède de l'homme leur avait permis d'espérer qu'ils pourraient faire quelque chose pour lui. La femme, qui était enceinte, fait une fausse couche dans la foulée.

Le processus de retraitement ne bloque pas, pour la première fois ! Le récit est cohérent et à la fin de la séance, le corps de Laure est totalement calme. Elle est abasourdie par le fait d'avoir porté dans son corps des sensations et un contenu qu'elle n'a elle-même pas vécus. La thérapeute questionne la patiente, s'il y a quelqu'un dans sa famille, avec qui elle pourrait s'entretenir au sujet du récit ayant émergé. Elle indique ne pas pouvoir aborder cela avec sa mère, mais qu'une sœur aînée pourrait être une interlocutrice.

Lorsque la thérapeute demande à Laure si elle peut situer les contenus désensibilisés dans son génogramme, elle évoque ses grands parents maternels, médecins, qui ont vécu pendant la guerre, et qui ont eu trois enfants par la suite, dont la mère de Laure est l'aînée. Elle décrit que ses grands parents n'ont fait que travailler, laissant le soin des enfants à une nounou à domicile. Dans le cours de la thérapie, la relation mère-fille était apparu comme peu constructive, avec des remarques toxiques de la part de la mère concernant la féminité de Laure, ses capacités à avoir des enfants, à être en couple. Jusqu'à ce jour, Laure n'avait pas été en mesure d'entrer en relation avec un homme, malgré son souhait.

Les changements que Laure a pu mettre en œuvre par la suite ont été impressionnants : elle a rencontré un homme avec lequel elle a noué une relation de couple constructive. Ils sont aujourd'hui parents de trois enfants, ils vont bien. Laure a pu continuer à travailler sur des contenus en lien avec ce qu'elle a subi, au fil des avancées judiciaires.

7.2. Céline : un travail directement sur le réseau dissociatif

Céline, 35 ans, célibataire, professeur de Sciences, consulte suite au témoignage qu'une de ses amies lui avait fait sur son travail thérapeutique au cours duquel elle s'était relevée de graves agressions sexuelles dans l'enfance. Le symptôme que Céline met en avant est son impossibilité à être en couple, malgré sa forte motivation pour fonder une famille. Dès qu'un homme lui montre de l'intérêt, le corps de Céline est activé, ce qui déclenche un réflexe irrépressible de fuite. Lors de l'anamnèse, Céline est peu loquace, indiquant que « tout est normal », les relations dans la famille semblent bonnes. Le questionnement prudent de la thérapeute sur d'éventuels souvenirs du passé en lien avec la problématique reste infructueux.

La thérapeute fait l'hypothèse d'un trouble d'attachement. Céline acquiesce prudemment, indiquant qu'elle aimerait vraiment fonder une famille, et qu'elle a confiance en la thérapeute. La thérapeute propose le plan de traitement suivant : aborder d'abord les empreintes précoces, puis s'il y a, des relations qui apparaissent comme compliquées, et finalement neutraliser des déclencheurs encore actifs. La patiente accepte. La stabilisation est acquise rapidement, Céline montre un très bon fonctionnement, son travail et ses amis semblent stabilisateurs.

Lors du processus de retraitement des empreintes précoces émerge un mouvement dissociatif somatoforme qui prend la forme d'un hémicorps droit qui se fige progressivement, un état qui ne cède que partiellement lors des exercices d'ancrage, et qui met trois jours à régresser complètement. Lors des séances suivantes s'ajoutent des mouvements du bras droit, aussi incompréhensibles qu'inaccessibles à toute velléité d'exploration, tant l'évitement de Céline est important. Encouragée par une supervision, la thérapeute continue l'exploration, ce qui mène à des contenus d'une personne indéfinie, coincée dans une cave sombre. Ici aussi, les exercices d'orientation que propose la thérapeute ne montrent qu'une efficacité partielle. Céline arrêtera la thérapie signifiant qu'elle ne peut pas supporter une remise en question de ses parents vieillissants.

Cinq ans plus tard, Céline refait une demande. Son symptôme n'a pas bougé. Lorsque la thérapeute questionne la patiente sur ses motivations, celle-ci évoque une qualité d'écoute sans pareil et une bienveillance qui la font se sentir totalement en sécurité au sein de ce lien. Son but est toujours

de fonder une famille. Céline se sent prête à explorer la PE « le bras ». Forte des apprentissages de la première tranche de thérapie cinq ans auparavant, la thérapeute explore d'éventuelles peurs émergeantes et évalue la tolérance à l'affect. Céline semble confiante pour aller de l'avant, mais montre une tolérance à l'affect réduite pour les émotions de colère, de honte, de peur et la panique de perdre le lien.

Le travail EMDR se centre d'abord sur ces émotions hors trauma[1]. « Le bras » semble débordé de colère tandis que Céline décrit qu'habituellement, elle n'a pas accès à cette émotion. Au bout de deux séances, la PE est apaisée, la patiente se dit soulagée, mais aussi étonnée d'avoir autant de colère « cachée en elle ».

Suite à ce travail de stabilisation, Céline et « son bras » sont d'accord pour aborder prudemment la couche traumatique. La thérapeute questionne la PE à travers la PAN : si ce qu'elle porte appartient à la vie de Céline ou si cela ne lui appartient pas. La réponse de la PE est immédiate : ce qu'elle porte n'appartient pas à la vie de Céline. Le travail EMDR aborde directement la dimension traumatique phylogénétique de cette PE.

Emerge alors une histoire traumatique considérable : un épisode de violences conjugales en présence d'une petite fille. L'enfant, en colère contre un homme, le défie, et il explose. Une femme, qui s'interpose est blessée, tombe, et se retrouve inconsciente dans une mare de sang. L'homme part en fustigeant des paroles méprisantes, laissant l'enfant seul. La femme se réveille au bout d'un temps, se lave, nettoie le sang et adresse une injonction à la petite fille de ne pas parler de ce qui s'est passé. A la fin de la séance, le corps de Céline est clame, la PE se dit soulagée. Il n'y a pas de déstabilisation entre les séances. Céline ne peut pas situer les faits dans son génogramme, et semble n'avoir personne dans la famille avec qui parler de ce qui a émergé de son travail.

Le travail EMDR sur la dimension phylogénétique de cette PE continue pendant deux séances. Emerge une histoire d'agressions physiques et sexuelles extrêmement sordides de l'homme sur l'enfant. Le processus de retraitement de ce matériel a été fluide et continu. Plusieurs tissages cognitifs ont soutenu la patiente à reconnaître la souffrance de la petite fille, et à l'accompagner de manière constructive pour la protéger et la guider. A la fin de chaque séance, le corps de Céline est calme, et elle repart soulagée et « plus légère ».

Les changements que Céline a pu mettre en œuvre dans les semaines qui ont suivi ce travail ont été considérables : elle a pu se laisser approcher d'un homme, sans fuir. La relation qui s'est tissée lui a fait prendre conscience qu'elle n'était pas amoureuse. Elle a ensuite rencontré un autre homme dont elle est tombée amoureuse et avec lequel une histoire a pu se nouer. Céline a pu reprendre le développement d'une sexualité pas à pas. Néanmoins, cette relation s'est avérée non-constructive à travers les semaines qui ont suivi. Les séances de thérapie ont été dédiées à la gestion de cette crise, où Céline a appris à mieux connaître et respecter ses besoins, à mettre des limites. Cela s'est soldé par une rupture de la relation, que Céline a vécue difficilement.

L'après-crise a été marquée par l'émergence d'une peur concernant du matériel ontogénétique dont la patiente dit clairement qu'elle ne peut l'aborder : « cela me ferait arrêter les séances » évoque-t-elle. Même si Céline n'est plus dans le passage à l'acte, et montre des actions bien plus réfléchies, le processus est ralenti avec de la stabilisation et de la psychoéducation. Le travail sur les émotions hors trauma reprend en abordant la peur et la honte.

7.2. Julie : s'affranchir des trauma transgénérationnels dans le cadre d'un TDI[2]

Julie, 44 ans, vivant en famille avec ses deux enfants adolescents, a consulté suite à un événement traumatique survenu dans l'exercice de son travail. Une première tranche de thérapie comportant une dizaine de séances était centrée autour de cet événement, avec le but de faire face, tant personnellement que professionnellement. Une fois cet objectif atteint, les séances sont suspendues d'un commun accord, la thérapeute signifiant sa disponibilité en cas de demande ultérieure.

Suite à cela, Julie a décompensé par une dépression majeure. Elle a du arrêter son travail pendant plusieurs mois et a souhaité reprendre des séances. Débute alors une thérapie avec une

[1] Le travail hors trauma constitue un fractionnement d'un réseau neuronal, en prenant soin de confiner tout souvenir traumatique dans un contenant. La désensibilisation porte alors sur des contenus non traumatiques.
[2] Un trouble dissociatif de l'identité.

patiente fortement déstabilisée, souffrant de troubles dissociatifs importants, avec des pertes de mémoire au quotidien, des changements d'Etat pendant les séances et un corps très éprouvé. Plusieurs PAN (Julie adulte, maman et professionnelle) et un nombre important de PE ont pu être identifiées. Malgré la grande confiance de Julie envers sa thérapeute, la mise en place d'un lien sécure, dans lequel la patiente puisse se projeter, a pris du temps. Dans le cours de la thérapie, le conjoint de Julie est décédé brutalement, une perte venant s'ajouter à la liste des traumatismes déjà considérable.

Le travail de stabilisation avec Julie s'est centré sur l'apaisement de son corps en séance, de façon à maintenir sa conscience dans l'ici et maintenant, la présentification devenant de plus en plus efficace. La psychoéducation a permis une meilleure compréhension des phénomènes émergeants, même si Julie montrait des degrés de compréhension très variables en fonction de son état. L'apprentissage des techniques d'auto-apaisement a pu se faire facilement. Parmi les ressources importantes de Julie comptent la lecture, son rôle de maman et son travail. Par la suite ont pu être désensibilisées des peurs dans le quotidien par rapport à des tâches précises, des émotions hors trauma, avec de bons résultats. La gestion de périodes anniversaire provoquant un état suicidaire a été un axe de travail important. Les réactions de peur et d'hostilité de la PAN face au monde intérieur restent importantes.

Lors de l'exploration d'une PE de 8 ans, suicidaire, la thérapeute questionne Julie si ce que porte cette PE appartient à sa vie ou non. La PE répond : « c'est mixte ». La thérapeute demande à Julie de mettre dans le contenant tous les événements négatifs qui concernent sa propre vie, et lui propose de commencer le travail de désensibilisation par ce qui ne lui appartient pas. Julie est d'accord, et le matériel transmis est abordé.

Emerge alors un récit où un homme revient de la guerre et trouve sa fiancée avec un bébé. Cela le rend fou, il tue le bébé, et la mère se suicide par la suite. Le processus de retraitement s'est fait sur deux séances, souplement et sans blocages. A la fin des séances, le corps de Julie est apaisé, et elle est pleinement orientée dans le présent. Dans l'entre deux séances, il n'y a pas de déstabilisation. Plus tard, Julie situera ces faits au niveau de son grand père maternel et à la 1ère guerre mondiale. Le grand père avait vécu en captivité pendant la guerre. Les faits concernent sa première fiancée. Il a ensuite épousé la grand mère maternelle et ils ont eu plus de 10 enfants, la mère de Julie étant l'avant dernière. A la suite de ce retraitement a émergé du matériel ontogénétique (expériences traumatiques précoces, traumas vécus dans l'enfance) avec davantage de réalisation et moins d'hostilité face au monde interne. Cette levée dissociative, quoique pas confortable, a néanmoins permis des ajustements utiles dans le plan de traitement et un renforcement du lien thérapeutique.

D'autres traumatismes phylogénétique, mais aussi du matériel ontogénétique ont pu être abordés et retraités avec succès. Julie commence à dépasser sa peur de la relation avec la thérapeute et la panique de perdre ce lien en évoquant que maintenant elle a compris que la thérapeute restera en relation, dans la limite de ce que la vie permet. Elle montre davantage de lien avec son monde interne et celui-ci semble de plus en plus constructif. La PAN « Julie adulte » commence à partager des compétences avec la PAN « maman », et de nouvelles stratégies de stabilisation ont pu être trouvées pour apaiser des PE : Julie qui aimait lire des histoires à ses enfants lorsqu'ils étaient petits, les a retrouvés et termine les séances en les lisant aux PE. Les moments de désespoir sont moins envahissants, même s'il reste des mouvements dissociatifs qui nécessitent une continuité du travail thérapeutique qui prendra encore quelque temps.

8. Discussion

Qu'avons-nous appris du travail avec Laure, Céline et Julie ? Ces trois patientes avaient des troubles dissociatifs à des degrés différents, et il semble que pour chacune d'entre elles, le travail sur le matériel transgénérationnel ait été possible dans de bonnes conditions. De plus, avoir retraité la dimension traumatique transmise semble avoir déverrouillé leur problématique et rendu plus accessible le matériel traumatique ontogénétique.

La cas de Laure illustre bien combien l'anamnèse du début ne correspond pas du tout à la réalité des liens blessés. Souvent les personnes sont tellement familières de ce fonctionnement, qu'elles ne l'identifient pas comme dysfonctionnel. Laure a pu désensibiliser des blessures transgénérationnelles qu'elle portait, et dont elle ignorait le contenu. A la suite

de ce travail, elle a pu situer cette histoire au sein de sa famille, éclairant certains comportements sous un autre jour. A la lumière du récit désensibilisé, l'attitude peu chaleureuse de sa mère reçoit un nouvel éclairage. Même si cela n'excuse pas les remarques toxiques de cette dernière, cette compréhension a permis à Laure de se différencier de l'histoire transmise, par le biais d'un corps tranquille qui n'est plus impacté par des contenus traumatiques implicites. Elle a pu s'individualiser, se situer dans sa vie, et se rapprocher de ses valeurs existentielles et des choix qui en découlent.

Le travail avec Céline montre un degré d'évitement plus prononcé. Au départ, la thérapeute n'imaginait pas un trouble dissociatif, qui néanmoins a émergé clairement. La demande thérapeutique est typiquement celle qu'adressent des personnes qui souffrent de troubles dissociatifs : « je souhaite rapidement me débarrasser de ces symptômes envahissants qui me font souffrir depuis longtemps et pour lesquels je n'ai pas de solution, mais ne me demandez pas de réaliser ce que je porte, car c'est trop difficile ». Ces patients ont pleinement raison de souhaiter un tel soulagement, et le degré de pensée magique est à la hauteur de l'impuissance ressentie face aux difficultés. Cependant, cette demande peut mettre le thérapeute dans une double contrainte : pour faire alliance, il est important d'entendre la demande première, pour que le travail se fasse, il est nécessaire d'amener la personne à une réalisation qui respecte son rythme.

L'exploration de réseaux dissociatifs émergeants a été impossible pour la patiente dans un premier temps. Devant le blocage par les mouvements du corps, l'arrêt du retraitement, et l'insistance, même douce, de la thérapeute pour explorer les contenus mentaux en rapport avec ces réseaux, Céline a réagi en mettant fin à la thérapie. Avec le recul, nous pensons qu'il aurait été utile d'amener la patiente à se projeter dans l'après travail, en lui demandant à quoi ressemblera sa vie lorsqu'elle se sera débarrassé de ses symptômes. Cette pratique permet de répondre au double lien : le travail sur l'arrêt des symptômes commence tout en prenant le temps de réaliser. La thérapie brève centrée compétences offre ici un cadre extraordinaire (Isebaert et al. 2015).

Le travail avec Céline nous a appris aussi qu'il est important de ne pas sous-estimer la force de l'évitement du patient pour explorer son monde intérieur. Il est utile de questionner les réactions de la PAN, c'est à dire la patiente venue demander de l'aide, face à ce qui émerge. S'il y a un fonctionnement dissociatif, la PAN réagit le plus fréquemment par des mouvements de phobie et d'hostilité, qui rendent difficile une avancée exploratoire. Pour avancer de manière intégrative, il est important de ne pas en demander trop à la fois. Nous avons appris à d'abord désensibiliser les peurs et l'hostilité émergeantes chez la PAN, hors trauma. Une fois cette dernière apaisée, l'exploration de la PE peut se faire dans de meilleures conditions.

Par ailleurs, il nous semble important de souligner que ce n'est pas parce que la PE indique que tout ce qu'elle porte consiste en du matériel transmis, que cela correspond forcément à la réalité. Dans le cas de Céline il y a eu du matériel transgénérationnel qui a été désensibilisé. Il y a eu d'ailleurs une levée partielle des symptômes. Néanmoins, lorsqu'il y a un trouble dissociatif, il y a aussi une traumatisation ontogénétique qui n'est pas à négliger. Celle-ci aura tendance à émerger une fois la dimension transgénérationnelle retraitée, rendant la thérapie moins brève qu'initialement espérée.

Le travail avec Julie nous montre que même en cas de trouble dissociatif de l'identité, les trauma transgénérationnels semblent abordables et permettent des avancées certaines. Cependant certaines conditions sont nécessaires : il faut que la personne, 1. puisse être pleinement orientée dans l'ici et maintenant et se sente en sécurité dans ce lieu avec le thérapeute, 2. être en mesure d'apaiser son corps hors trauma. Il est nécessaire 3. que la

relation thérapeutique soit bonne, 4. que le lien entre PAN et PE soit établi et 5. que le patient soit d'accord.

La reconnaissance du matériel transgénérationnel comme n'appartenant pas à la vie de la personne semble apaisant. Plusieurs hypothèses nous guident dans ce constat. D'une part nous pensons que le fait de situer clairement ces traces mnésiques qui n'ont pas de sens a un effet apaisant. La personne se sent moins folle, moins en cause de son propre chef. D'autre part, situer les contenus transmis comme appartenant à autrui permet d'activer le système d'action de prendre soin. Cette stratégie de survie de l'espèce est très développée chez les humains. Retraiter cette traumatisation transgénérationnelle en revient dès lors à soutenir quelqu'un d'autre en passant par son propre corps, permettant ainsi à la loyauté familiale de s'exprimer constructivement.

Une réflexion qui s'ajoute à ces considérations concerne la nature des contenus abordés : les traumatisations transgénérationnelles peuvent surprendre par leur degré de sordidité. Néanmoins quels qu'en soit le contenu, qui en soi peut paraître délirant, ces traces traumatiques cèdent facilement. Au delà du renforcement du lien thérapeutique, partager un tel contenu permet au patient de vérifier et croire en la en la capacité du professionnel à entendre ses histoires difficiles.

Une des questions souvent posées concerne le degré de véracité du récit ayant émergé. Le thérapeute ne peut pas répondre à cette question, car il n'est pas à la recherche de la vérité. La seule chose qu'il puisse faire est de croire le patient, tant dans ses intuitions que ses ressentis. Notre réponse à ce questionnement nous amène à préciser que notre travail se résume à aborder des réseaux neuronaux portant de l'information dysfonctionnelle, à partir de symptômes exprimés. Nous écoutons autant les contenus mentaux des patients que leurs réponses corporelles. A partir de ce récit et des réactions corporelles l'accompagnant, nous aidons la personne à métaboliser les séquelles qu'elle porte, avec le but de pouvoir aller de l'avant par rapport aux objectifs qu'elle s'est donnés. Le contenu appartient au patient, et c'est au patient d'en rechercher d'éventuelles preuves et/ou un partage consensuel avec les membres de son entourage.

Le travail avec Julie nous montre également que le retraitement du matériel transgénérationnel, même s'il est stabilisateur, permet un accès plus facile aux traumatismes ontogénétiques. La dissociation diminue et les patients sont davantage en lien avec ce qu'ils portent. Ici aussi, la réalisation doit se faire au rythme du patient, afin de prévenir un état de crise, voire un état suicidaire.

Nos recommandations à l'égard des psychotraumatologues qui accompagnent des patients dissociatifs dans le retraitement du matériel transgénérationnel sont les suivantes :

- quel que soit le récit qui émerge, veuillez résister à la fascination quant au contenu.
- ne jugez pas le contenu émergeant.
- ne prétendez pas avoir trouvé la vérité : nous ne cherchons pas de vrais souvenirs, nous travaillons avec les personnes sur le contenu de leurs réseaux neuronaux, peu importe leur provenance.
- Le rôle du thérapeute est d'assister son patient. Celui du patient est de trouver du sens. Nous ne faisons pas d'interprétations, afin de ne pas gêner le cheminement du patient. S'il était nécessaire d'intervenir dans la recherche de sens, nous le ferions par un questionnement, laissant au patient le soin de répondre ou non à notre interrogation.
- Il est utile, après le retraitement, de réserver du temps en fin de séance, pour demander au patient où est-ce qu'il situe ce récit dans son génogramme, et lui

demander avec qui il pourrait échanger au sujet de ce qui a émergé au cours du travail.

- Une fois les traumatismes transgénérationnels retraités, il convient de « faire tache d'huile » de la guérison, c'est à dire construire un récit qui fait sens et qui est partageable, dans de bonnes conditions.

9. Peut-on prévenir la transmission de traumatismes aux générations futures

La réponse à cette question est : certainement !

Cette question sur le risque de transmission traumatique et leur prévention émerge immédiatement chez tous les adultes responsables et soucieux du bien être de leurs enfants et des générations puînées. Devant la facilité avec laquelle les personnes que nous avons rencontré en thérapie s'affranchissent des séquelles de traumatisations transmises, et en observant l'effet assainissant sur les relations, nous ne pouvons qu'inviter les adultes, à faire ce travail, sinon pour eux, au moins pour leurs descendants. Le but est d'amener vers un récit narratif qui fasse sens, qui peut être partagé et qui permette aux émotions de circuler, et ce dans de bonnes conditions (Delage, 2007, 2013).

Se sentir touché n'a rien de pathologique. Il est utile de commencer le travail de retraitement par ceux qui se sentent touchés par ce qui a pu se passer dans la famille et qui sont motivés, car ils portent le plus souvent l'émotion qui avait été gelée auparavant. A partir de ce travail, il est utile de créer un récit pour la prochaine génération et de partager ce qui fait sens. Lorsqu'il s'agit de problématiques qui pourraient se transmettre, comme p.ex. de l'incest, il est important, au delà du travail sur les traumatismes, de réfléchir entre adultes, comment faire concrètement pour protéger les enfants, afin de stopper toute transmission.

10. Conclusion

En conclusion nous pouvons dire que la souffrance transgénérationnelle est réelle et qu'elle est guérissable, pourvu que la personne portant les séquelles post-traumatiques soit motivée à les aborder et que les conditions de travail soient suffisamment bonnes. Les traumatismes transgénérationnels, mêmes s'ils peuvent porter une charge émotionnelle considérable, et des contenus le plus souvent sordides et effrayants, cèdent facilement, une fois la bonne adresse trouvée, c'est à dire le lien à la personne qui a vécu ces événements.

Même pour des patients souffrant de troubles dissociatifs importants, ce travail sur la dimension phylogénétique d'abord, en dehors de la traumatisation ontogénétique, se fait assez facilement, pourvu que la relation thérapeutique permette un attachement sécure et que la personne soit d'accord. Le matériel traumatique ontogénétique devient plus accessible, et la symptomatologie se déverrouille pour laisser place à des changements majeurs.

Il devient dès lors primordial d'inviter le psychotraumatologue à ne pas limiter l'anamnèse à la seule dimension ontogénétique, mais élargir sa recherche vers la dimension phylogénétique dont le patient peut être porteur.

Finalement, nous pouvons dire que non seulement tout traumatisme est guérissable, mais nous pouvons ajouter la mention : « quel que soit l'endroit d'où il provient », permettant ainsi une transmission saine et étayante envers les générations futures.

11. Bibliographie

Ancelin Schützenberger A. (1993). *Aïe, mes aïeux*. Desclée de Brouwer, Paris.

Ancelin Schützenberger A. (1996). Transmission de l'angoisse indicible et transgénérationnelle. L'angoisse d'un traumatisme qu'on n'a pas vécu. *Bulletin de Psychologie*, XLIX, 423, pp. 288 – 295.

Barach, P.B. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation, 4*(3), 117-123.

Dellucci, H. (sous presse). Dissociation et traumatismes transgénérationnels. Trouver du sens dans le non-sens en prenant en compte ce qui nous dépasse.
In : Smith, J. *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod

Boszormenyi, N., I. & Spark, G., M. (1984). *Invisible Loyalties : Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Brunner/Mazel, puis Routhledge, New York.

Bowen, M. (1974). *Toward the differenciation of self in one's family of origin*. Georgetown family symposium.

Brière, J. (1996). *Therapy for adults molested as children : beyond survival*. Springer, New York.

Brown, D., Scheflin, A.W., & Hammond, C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. Norton, New York.

Carter, E. A., & Orfanidis, M. (1976). Family therapy with only one person and the therapist's own family. In P. J., Guerin (Ed.), *Family therapy* (pp. 197-199). New York Gardner.

Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. Wiley, New York.

Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. Norton, New York.

Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale,* 28 (4), pp 391 – 414.

Delage, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Odile Jacob, Paris.

Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10ième Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. . *Manuel de Psychothérapie EMDR*. Paris: Dunod.

Fonagy, P.M. (1997). Multiple voices vs. metacognition: An attachment theory perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*, 181-194.

Guerin, P. J., & Pendagast, E. G., (1976). Evaluation of family system and genogram. In P. J. Guerin (Ed.), *Family Therapy* (pp. 450-464). New York Gardner.

Hummel, H. & Hase, M. (2013). *Transgenerational Trauma*. Atelier présenté à la Conférence EMDR Europe à Genève.

Isebaert, I., Cabié, M., C. & Dellucci, H. (2015). Alliance thérapeutique et thérapie brèves. Le Modèle de Bruges. Ed. Erès, collection Relations.

Jamieson, A. & Thurlow, C. (2014). Today I'm Alice. Thistle Publishing, London.

Kluft, R.P. (1998). Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 90 – 98.

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J.Solomon & C.George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York :

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R. & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation : Relational adaptations or traumatic experiences ? *Psychiatric Clinical of North America, 29*, 63-86.Guilford Press.

Neuburger, R. (1995). *Le Mythe Familial*. ESF éditeur, Paris.

Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation : Phenomena, measurement and theoretical issues*. Norton : New York.

Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy : One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), pp. 149-173.

Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F. & Hofmann, A. (2008a). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movements desensitization and

reprocessing (EMDR). Result of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, pp. 1264-1271.

Sack, M. Hofmann, A., Wizelman, L. & Lempa, W. (2008b). Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. *Journal of EMDR Practice and Research, 2* (4), pp. 239 – 246.

Shapiro, F (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York : Guilford Press. Pour une traduction française : (2007). Manuel d'EMDR. Principes, Protocoles, Procédures. Dunod et InterEditions.

Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and re- processing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* (6) pp. 35 – 67.

Siegel, D. J. (1999). The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to Shape Who We Are. The Guilford Press, New York.

Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds and post-traumatic stress disorder in multiple personality disorder. In Braun, B. G. (Ed.). *Treatment of multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Trujillo, O. R. (2011). The sum of my parts : a survivor's story of dissociative identity disorder. New Harbinger, Oakland.

Van der Hart, O., Nijenuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted Self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* Norton, New York. Pour une traduction française : (2010). Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Bruxelles : DeBoeck.

Dans la thérapie avec les personnes souffrant de troubles dissociatifs, le retraitement de la dimension phylogénétique a été très aidant, même si le travail thérapeutique ne se réduit pas à cette seule dimension.

Dans la suite de la thérapie avec Céline, le deuil de la relation de couple a été difficile à faire pour elle, même si cette relation n'avait pas été constructive. La réalisation du côté non-constructif de ce lien fort a pris du temps et a permis à Céline de cheminer par rapport à la manière non-constructive dont elle se traite elle-même. Petit à petit émerge la conscience de ses propres besoins négligés, des contraintes qu'elle s'impose et de sa fuite dans le travail. Sur le plan EMDR, après la désensibilisation des peurs, le travail sur les émotions hors-trauma a continué. Par la suite, Céline a pu être suffisamment motivée pour commencer un travail avec une sexologue. En thérapie, nous approchons de la part traumatique ontogénétique des PE, qui ont émergé.

La thérapie avec Julie a aussi avancé, dans le sens où la patiente a davantage accès aux traumatisations ontogénétiques qu'elle porte. Réaliser celles-ci n'a pas été de tout repos, car, outre des éléments traumatiques aussi chaotiques que désordonnés, des mouvements imitant le ou les agresseurs ont émergé en même temps, avec le cortège de menaces enregistrées à l'époque.
L'impression constante de ne pas y arriver, ainsi que l'approche d'une période anniversaire, ont mené à une crise suicidaire particulièrement sévère, qui a pu être contenue. Avec sa thérapeute, Julie doit maintenant envisager la continuité de sa vie, qu'elle n'avait pas du tout prévue. Nous pensons qu'il sera important d'aborder les vécus traumatiques, avec l'accord du système entier et à un dosage qui permettra à Julie d'intégrer le travail réalisé.
Les exercices de stabilisation continuent, d'une part à travers la stimulation des systèmes d'action de la vie quotidienne, d'autre part par la projection de petits objectifs réalisables dans l'avenir.

Avec notre collègue Hana Vojtova, psychologue et formatrice EMDR en Slovaquie, nous avons réfléchi à un type de PE particulières, à savoir les Parties Emotionnelles de la personnalité qui imitent le ou les agresseur(s) (en anglais : perpetrator imitating parts : PIP). Nous faisons les hypothèses suivantes :

- Les PE qui imitent l'agresseur (PIP) contiennent pour une large part du matériel transgénérationnel, même si la part ontogénétique n'est pas à négliger.
- Ce matériel transgénérationnel s'est transmis au travers de la loyauté à l'agresseur, surtout lorsque celui-ci est intra-familial, à travers des liens d'attachement désorganisés.
- Ces PE sont particulièrement déclenchables par des liens bienveillants, tandis que les liens non-constructifs les apaisent

C'est lors d'un bilan, après 11 ans de travail thérapeutique, où nous avons fait l'exercice du plan quinquennal[1] avec Emilie, une étudiante de 35 ans, chez qui nous avions diagnostiqué un TDI, que le visage de la patiente s'est déformé, faisant émerger une PE montrant une agressivité considérable, fustigeant Emilie et sa thérapeute, leur refusant le droit de faire cet

[1] Le « plan quinquennal » est un exercice que nous avons mis au point et à travers lequel nous réfléchissons avec la personne sur ce qui va être important dans un avenir proche, jusqu'à une période pouvant aller jusqu'à cinq ans. Lorsque nous commençons à envisager la fin de la thérapie, cet exercice permet à la personne de se projeter, sans la thérapie, tout en construisant un objet à valeur transitionnelle au sens de Winnicot. Trois item concernant des choses importantes à atteindre sont notés aux repères suivants : cinq ans, trois ans, un an, six mois, suivi d'un petit item d'ici la fin du mois. Ensuite, au dos de ce document, nous invitons la personne à confectionner un collage, qui pourra être affiché dans un endroit que la personne peut voir tous les jours.

exercice. Cette PE a continué, de manière véhémente, à insulter la patiente, cracher et postillonner comme on peut l'imaginer dans une séance d'exorcisme. Emilie n'était plus présente.
La thérapeute, ayant déjà brièvement rencontré ce mouvement chez Emilie, n'en a pas été étonnée. Elle savait qu'une projection dans l'avenir pouvait susciter ce type de PE. Prenant une grande respiration pour garder son calme mais aussi son autorité, elle a demandé à la patiente quelle est la bonne raison qui lui fait dire ce qu'elle dit ? et où est-ce qu'elle a appris cela.
Emilie s'est apaisée, la PAN est revenue et elle a pu entendre le récit d'une PE encore inconnue jusque là. Il en a émergé une histoire transgénérationnelle, où l'arrière grand père paternel avait fracassé la tête d'un de ses fils, qui a été traumatisé crânien grave et dans le coma jusqu'à la fin de sa vie. Emilie, qui n'était pas au courant de cette histoire, l'a néanmoins située dans son génogramme au niveau de son grand-oncle du côté paternel. Elle a pu parler à une de ses tantes, éloignée de la famille, qui a confirmé cette histoire, non sans étonnement, car personne dans la famille n'en avait parlé. Le père d'Emilie entretient avec son ex-épouse, la mère d'Emilie, et ses trois filles des relations non-constructives. Lorsqu'il était enfant, il était fortement malmené et méprisé par son père, le frère du garçon traumatisé crânien, qui aurait vanté les actions de son père. Le père d'Emilie n'a jamais pu bénéficier d'une aide thérapeutique et ne semble pas prêt à cela.
Ce qui avait commencé avec un mépris et des insultes considérables d'un mouvement dissociatif émergeant, s'est mué en un récit de blessures toutes plus sordides les unes que les autres, par le biais d'autres PE amenant du matériel phylogénétique. Elles ont toutes été désensibilisées et ce qu'elles portaient a été retraité en EMDR par le tandem thérapeutique bien rôdé.
La reprise du plan quinquennal, prochainement, sera un bon test pour vérifier s'il reste des contenus pas encore pris en compte. En 11 ans, Emilie a pu faire des avancées considérables, et nous a beaucoup appris sur la dissociation. La thérapie s'achemine vers une fin dans les mois à venir.

Il resterait encore beaucoup à dire sur la clinique des troubles dissociatifs. Pour néanmoins conclure ce chapitre, nous ne pourrons jamais dire suffisamment à quel point cette maladie du lien qu'est la dissociation se traite d'abord et avant tout à travers un lien d'attachement sécure. Pouvoir proposer un tel lien demande au thérapeute un engagement fort et une capacité certaine à rester calme, réfléchi, dans une constance relationnelle résistant aux attaques du lien, aux choses imprévisibles pouvant survenir et aux émergences non soupçonnées qu'il faut prendre en compte. Le traumatisme attaque le lien, la dissociation traumatique continue à le malmener. C'est notre rôle de prendre soin de nos patients, mais aussi de prendre soin de nous, afin de permettre à ces personnes si blessées et démunies relationnellement, de se reposer sur quelqu'un qui, pendant le temps dont ils auront besoin et avec ce que la vie permet, peut se prêter à être le tuteur de résilience qui leur a manqué.
Lorsque ces héros de survie se relèvent de blocages considérables, retraitent pour reléguer dans le passé les contenus les plus sordides et retrouvent une joie de vivre ainsi que la possibilité de déployer leurs talents, nous pouvons affirmer sans hésitation, que nous faisons le plus beau métier du monde.
Au delà de cette affirmation pleine d'affection, la place est aux actions réfléchies et à l'intégration. Le chapitre 5, certes moins volumineux, proposera une structure de traitement intégrative, que nous avons mis au point et que nous utilisons en EMDR.

Les cinq points clés à retenir de ce chapitre 4 :

- La dissociation existe. Elle n'est ni suggérée, ni inventée. Les recherches l'ont démontré.
- La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité offre un cadre pour penser le traumatisme.
- La stabilisation est importante et incontournable. Cependant la stabilisation individuelle ne suffit pas. Il faut prendre en compte également la dimension du lien.
- Plus la traumatisation est complexe et chronique, plus le travail sur les traumatismes devrait commencer par le retraitement des empreintes précoces.
- La dimension phylogénétique est non-négligeable, surtout avec les personnes souffrant de troubles dissociatifs. Le retraitement de cette traumatisation est nécessaire pour éviter une continuité de la transmission.

CHAPITRE 5. VERS UNE DEMARCHE EMDR INTEGRATIVE : PROPOSITION D'UN MODELE BI-AXIAL D'INTERVENTION EN EMDR

Objectif : Synthèse des contenus des chapitres 2, 3, et 4 et proposition d'une structure de traitement en EMDR et des stratégies spécifiques pour aller plus loin dans le soin de la dimension relationnelle.

Les différents points abordés sont les suivants :

- Différentes recherches en Neurosciences faisant le lien entre le trauma et la dissociation.
- Brève description de la notion d'intégration.
- Modèle bi-axial – la « Boîte de vitesses » (article).
    - Axe émotionnel : une hiérarchisation du ciblage à cinq niveaux.
    - Axe du lien : trois dimensions du lien abordés.
- Le ciblage double.
- Le rituel pour rendre.
- La traumatisation vicariante (article).
- Réseaux primaires et réseaux secondaires.
- Le plan de ciblage étendu.

Si on suit la TDSP à la lettre, les traumatismes simples constituent déjà une dissociation structurelle. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette notion est différente des troubles dissociatifs qui constituent des tableaux cliniques clairement définis par les manuels diagnostics (DSM-V et ICD-10) et objectivables par les outils de screening et diagnostiques. La dissociation structurelle nous permet de penser et d'étendre la notion de traumatisation sur le plan neurobiologique, au delà du tableau clinique et de l'étiquette diagnostique. Les recherches semblent aller en ce sens.

Dans un article de revue et en se fondant sur l'hypothèse de Bremner (1999), Lanius et coll. (2010) proposent un modèle incluant deux sous-types d'ESPT, différents et présentant une dérégulation émotionnelle sous-tendue par des caractéristiques cliniques et neurobiologiques précises. Les auteurs proposent que l'un des sous-types d'ESPT tendrait vers des symptômes de reviviscence traumatique et une hyperactivation physiologique, tandis que l'autre sous-type d'ESPT appelé dissociatif, consisterait à se détacher du contenu traumatique pendant ou juste après l'avoir vécu, avec une compartementalisation amenant une discontinuité de l'expérience consciente et de la mémoire (Van der Kolk et al. 1996). Ces réponses dissociatives au moment du trauma, connues sous le terme de « dissociation péri-traumatique », seraient des prédicteurs d'ESPT chronique (Bremner et al., 1992 ; Marmar et al., 1994), ce pattern ayant tendance à se répéter aussi pour des stresseurs moins importants (Butler et al., 1996) une fois qu'il est installé.
Le sous-type d'ESPT classique se caractérise par une sous-modulation de l'affect, c'est-à-dire un manque de gestion émotionnelle, tandis que le sous-type d'ESPT dissociatif se caractérise par une sur-modulation de l'affect, c'est-à-dire des émotions tellement contenues qu'elles sont difficilement accessibles. Ces différences ont pu être retracées sur le plan neurobiologique par des études utilisant la neuroimagerie où les chercheurs (Lanius, et al, 2006 ; Frewen & Lanius, 2006 ; Hopper et al., 2007) ont pu mettre en évidence ces deux types de réponses auprès d'une population d'ESPT chronique, associées avec des pattern d'activation neuronaux différents lorsque ces personnes sont exposées à des contenus leur rappelant le trauma. Les

auteurs notent que ces réponses peuvent se produire au sein d'une même personne, soit simultanément, soit lors de moments différents.

Même si Lanius et coll., (2010) ne citent pas la TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010), pourtant connue, nous pourrions rapprocher ces deux types de fonctionnement de ce que nous connaissons du fonctionnement de la PAN, se caractérisant par une difficulté d'accès à l'émotion, à la mémoire du/des trauma et aux ressentis corporels et de la PE montrant plutôt un profil de reviviscences et d'hyperactivation avec une difficulté à gérer l'émotion. La différence étant que dans le cadre de la TDSP, les deux fonctionnements sont appelés dissociatifs et se retrouvent au sein de la même personne, en fonction de ce qui est activé.
C'est précisément ce que les études de Reinders et coll. (2003, 2006) ont montré chez des patientes souffrant d'un TDI en utilisant le même paradigme du script traumatique décrit ci-après, et en utilisant une méthodologie de visualisation par PET-scan (Tomographie par Emission de Positrons), mais sans être aussi précis que Lanius et al. (2006) et Hopper et al. (2007) dans la localisation des régions cérébrales activées et inhibées. Ils ont montré, chez des patients avec un TDI, deux pattern d'activation cérébrale différents, pour le même script, en fonction de l'état activé (PAN-PE).
Au cours du paradigme de recherche utilisé, consistant à créer un script de l'expérience traumatique qui est lu aux sujets de recherche, avec la consigne de se rappeler l'expérience aussi vivement que possible, pour ensuite mesurer l'utilisation de l'oxygène des différents régions cérébrales par résonnance magnétique fonctionnelle (fMRI), Lanius et coll., (2006) ont constaté que 70% des personnes montraient des signes de reviviscence et d'hyperactivation physiologique, donc le sous-type d'ESPT classique, et 30% montraient une réponse dissociative, avec des états subjectifs de déréalisation et de dépersonnalisation, sans les réponses d'activation physiologique constatées dans le premier groupe.
Les patients présentant le sous-type d'ESPT avec reviviscences et hyperactivation montrent une sous-activation anormale du cortex préfrontal ventromédian (Lanius, et al., 2006) et du cortex cingulaire antérieur (Etkin & Wager, 2007), des régions impliquées dans la régulation émotionnelle. Allant de pair avec cette sous-activation du cortex préfrontal, une augmentation de l'activité du système limbique, notamment de l'amygdale, a pu être observée (Etkin & Wager, 2007). Hopper et coll., (2007) ont montré que la sévérité des reviviscences est corrélée à une activation de l'insula antérieure droite, une région cérébrale impliquée dans le ressenti corporel de l'émotion. Ces reviviscences expérimentées dans le corps sont inversement corrélées à l'activation du cortex cingulaire antérieur et la régulation émotionnelle, que nous comprenons comme une difficulté à réguler l'émotion.

A l'inverse, les patients présentant le sous-type d'ESPT dissociatif montrent une activation élevée des régions impliquées dans la régulation émotionnelle et physiologique, à savoir la partie dorsale du cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal médian. Ces patients semblent se désengager de l'émotion ressentie lors de la lecture du script du trauma, ce qui va de pair avec une inhibition des régions limbiques par les zones préfrontales médianes. Cette réponse dissociative est inversement corrélée à l'activation de l'insula antérieure droite, et positivement corrélée à l'activation du cortex préfrontal médian et le cortex cingulaire antérieur (Hopper et al., 2007). Ces résultats, selon les auteurs (Lanius et al., 2010) suggèrent une sur-modulation pathologique de l'affect comme réponse aux émotions liées au trauma, ce que nous comprenons comme une impossibilité d'accès aux émotions, qui est involontaire, une réaction d'absence d'émotion face à ce qui normalement provoquerait une réponse émotionnelle.

Les auteurs mettent ces résultats en lien avec des études sur la douleur montrant le même schéma d'activation auprès de vétérans de guerre (Geuze et al., 2007) et de populations borderline (Schmahl et al., 2006 ; Kraus et al., 2009), faisant l'hypothèse pour ce dernier groupe, que la sensibilité moindre à la douleur pourrait aller de pair avec des états dissociatifs (Ludaescher et al., 2010). Tout se passe, selon les auteurs (Lanius et al., 2010), comme si l'atteinte d'un seuil d'anxiété amènerait le cortex préfrontal à inhiber les régions limbiques et de ce fait l'activation sympathique, entraînant une réduction de l'expérience émotionnelle. Ce raisonnement permettrait de comprendre le sous-type d'ESPT hyperactivé, avec un échec de l'inhibition de la réactivité du système limbique, allant de pair avec une difficulté à contenir l'émotion. Le sous-type d'ESPT dissociatif n'aurait pas accès à l'émotion et de ce fait pas non plus aux apprentissages d'ordre émotionnels, comme Ebner-Priemer et coll., (2009) l'ont montré auprès d'un groupe de patients borderline.

Chez des personnes avec une dissociation peu prononcée, comme une dissociation structurelle primaire (Van der Hart et al., 2006/2010), lorsque l'on parle du contenu traumatique, l'accès à la PE serait facilité, ce qui pourrait correspondre au sous-type d'ESPT classique avec reviviscence/hyperactivation. Par contre, chez les patients avec des dissociations secondaires et tertiaires (Van der Hart et al., 2006/2010), plus chroniques et sévères, l'accès au trauma, donc aux PE serait plus difficile, ces patients se montrant, comme Sophie (cf chapitre 2), avec ce que Lanius et coll., (2010) appelleraient un sous-type d'ESPT dissociatif, donc une PAN hypoactivée.
Reinders et coll., (2014) ont répliqué ces résultats en reprenant leurs données concernant un groupe de patientes présentant un TDI, donc une dissociation structurelle tertiaire (*N = 11)*, et les ont réanalysées à l'aulne des descriptions neurophysiologiques décrites par Lanius et coll., (2010).
Le courant socio-cognitif, maintenant le débat (Lynn et al., 2012 ; Paris, 2012 ; Boysen and VanBergen, 2013), en prétendant toujours que la dissociation n'existe pas et serait suggérée par des thérapeutes à leurs patients très influençables et ce malgré les preuves amenées par Reinders et coll., (2012) invalidant leur position (voir chapitre 4), a amené Reinders et coll., (2014) à étendre leur comparaison à un groupe-contrôle (*N* = 16) de sujets ne souffrant pas de dissociation et auxquels ils ont appris à simuler une PAN et une PE conformément aux descriptions de la TDSP.
Les auteurs ont fait l'hypothèse que les PAN du groupe des patientes avec un TDI montreraient lors de la lecture du script traumatique une hyper-activation des zones frontales et du cortex cingulaire antérieur et postérieur, allant de pair avec une hypo-activation de l'amygdale et de l'insula, donc sur le plan psychophysiologique une hypo-activation. Quand aux PE des patientes avec un TDI, les auteurs font l'hypothèse que lors de la lecture du script du trauma, elles montreront une hypo-activation des zones préfrontales et cingulaires, associée à une hyper-activation de l'amygdale et de l'insula, allant de pair avec une sur-activation psychophysiologique.
Il y a donc comparaison 2 x 2 x 2, c'est à dire deux groupes de sujets (TDI et contrôle), dans deux états (Neutre ou PAN et Trauma ou PE) avec un script relatant une expérience (neutre ou négative/traumatique). Nous décrirons dans la suite uniquement les résultats concernant le groupe des patientes TDI pour les questions qui nous intéressent.

Les résultats montrent que :

- Lorsque les patientes avec un TDI dans l'état PAN écoutent le script traumatique, comparé au script neutre, elles montrent une activation des lobes frontaux médians des deux côtés, ainsi qu'une activation du cortex cingulaire antérieur. Il n'y a pas d'activation à l'écoute du texte neutre.

- Lorsque les patientes avec un TDI dans l'état PE écoutent le script traumatique, elles montrent une activation de l'insula et l'amygdale gauches. Ces réactions vont de pair avec une chute de la variabilité du rythme cardiaque et avec une augmentation des mesures physiologiques (tension artérielle et pouls). Ces réactions sont absentes lorsque les PE écoutaient le script neutre.

Ces résultats répliquent ceux décrits dans l'étude de Lanius et al., (2010) et Hopper et al., (2007), venant confirmer que la PAN correspond bien aux sous-type d'ESPT dissociatif avec une suppression de l'émotion, et que la PE correspond au sous-type d'ESPT classique avec reviviscences et hyper-activation physiologique.
Autant chez les patients, avec un TDI en activation de leur PAN, que chez des patients ayant un ESPT sous-type dissociatif, parler de contenus traumatiques ne laisse pas neutre, mais amène une suppression de l'émotion et des réactions sympathiques par l'activation des zones préfrontales.
De la même manière, lorsque chez les patients TDI une PE est activée, celle-ci réagit de la même manière que les personnes avec un ESPT sous-type reviviscences, à l'écoute du script traumatique.

L'étude de Reinders et coll., (2014) montre des résultats additionnels concernant :

- Pour la PAN : l'activation des zones de l'hippocampe et des zones associatives postérieures, des régions cérébrales impliquées dans l'amnésie, et caractéristiques de la suppression de souvenirs auto-biographiques non désirés chez les patients souffrant de troubles dissociatifs de l'identité.
- Pour la PE : l'activation du striatum dorsal, important pour la régulation de l'accès à la mémoire, ainsi que du nucléus caudé.

Les résultats de cette étude de Reinders et coll., (2014) non seulement répliquent ceux décrits par Lanius et coll., (2010), mais vont dans le sens de la conceptualisation que propose la TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010) à savoir qu'un trauma, du simple au plus complexe, est une dissociation structurelle. Cela pose d'autres questions de classification du trauma et de la dissociation dans le futur.

Lanius et coll., (2010) concluent leur étude, en invitant les chercheurs et les cliniciens à prendre en compte ces différentes réactions au trauma, de façon à inclure le sous-type dissociatif, en lui réservant un traitement particulier. A ce titre, ils citent les recommandations de Marylène Cloitre et coll., (2002), qui préconisent d'apprendre au patient à réguler ses émotions et à apaiser son corps, à identifier et à modifier les schémas d'attachement insécures appris dans l'enfance, et à travailler sur ses compétences sociales.

Les sections suivantes vont nous permettre de proposer un modèle de traitement en EMDR, qui rejoint les recommandations internationales du traitement par phases. La stabilisation a déjà été largement discutée au chapitre 4. Nous proposons ici la continuité.

5.1. Axe émotionnel : une hiérarchisation d'intervention pour un processus maîtrisé

Nous proposons une intégration des différentes stratégies EMDR et inspirées de l'EMDR, présentées dans le chapitre 3, avec les connaissances sur la dissociation, telles que le propose la TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010) et ce que nous apprennent et suggèrent les recherches neurobiologiques récentes.

Il nous semble important de définir ce terme « intégration » dans le cadre de notre travail avec des patients qui en manquent. Le dictionnaire Larrousse définit le mot intégration, provenant du latin « integratio » comme « l'action d'intégrer », « un fait pour quelqu'un, un groupe, de s'intégrer à ou dans quelque chose ». Dans le domaine de la neurologie, il est précisé qu'il s'agit de « l'activité de plusieurs organes ou fonctions, réalisée par les centres nerveux ». Parmi les synonymes proposés il y a les termes : « assimilation », « incorporation ».

Pour paraphraser Pierre Janet, nous pourrions dire que le but de la thérapie pourrait être la restauration des capacités d'intégration.
La santé mentale est caractérisée par la capacité d'intégrer les événements de la vie au sein d'une personnalité cohérente qui permet un fonctionnement adaptatif (Janet, 1989 ; Jackson, 1931, 1932 ; Meares, 1999 ; Nijenhuis et al., 2002, Van der Hart et al., 2006/2010).
Steele et coll., (2009) écrivent que Pierre Janet croyait que la dissociation structurelle de la personnalité résultait d'une incapacité à s'engager avec succès dans des actions mentales et physiques intégratives (due à la maladie physique, l'épuisement ou l'exposition à des événements hautement stressants) (Janet, 1889 ; 1907). L'auteur proposait que des capacités d'intégration affaiblies, temporairement ou de manière chronique, mènent à la dissociation structurelle liée au trauma, où certains souvenirs et expériences ne sont pas intégrés dans la personnalité complète[1].
Les auteurs de la TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010) en lien avec d'autres (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993) nous apprennent que l'intégration comprend deux actions mentales essentielles :

- La synthèse : il s'agit d'associer des expériences et des fonctions pour en faire des expériences et des fonctions plus complexes. Ce processus génère une personnalité qui peut évoluer à travers le temps.
- La réalisation : il s'agit du processus qui permet à une personne de prendre conscience, complètement, des implications des faits et des expériences pour sa vie. Cette tâche consiste en une analyse et une digestion des faits et des expériences personnelles.
  La réalisation inclut la favorisation de deux types d'actions mentales, à savoir la personnification et la présentification.
    - La personnification consiste à s'approprier son expérience personnelle et ses actions (Janet, 1935 ; Van der Hart et al., 2006/2010).
    - La présentification implique de rester présent et en pleine conscience tout en restant attentif au contexte de son passé et son avenir (Janet, 1928 ; Van der Hart et al., 2006/2010)

Au cours du traitement et de l'intégration d'un souvenir traumatique, le souvenir devient synthétisé, c'est-à-dire partagé entre parties dissociatives de la personnalité, ce qui va prendre un temps variable, suivant le degré de sa fragmentation.
La réalisation est d'un niveau d'intégration supérieur (Janet, 1935 ; Van der Hart et al. 2006/2010). Dans les termes de la psychologie de la conduite de Janet, la réalisation est vue

[1] Nous avons traduit ces lignes depuis l'anglais, (cf Steele et al., 2009, p. 156)

comme le développement d'un degré élevé de conscience personnelle de la réalité, incluant des actions réfléchies en vue d'actions adaptatives, c'est à dire réalistes et cohérentes.

Nous pensons que les capacités d'intégration du thérapeute doivent précéder celles du patient, si nous souhaitons l'accompagner dans cette démarche si essentielle. Il est dès lors primordial de disposer d'un cadre de pensée et d'une structure d'intervention hiérarchisée, qui nous permette de savoir ce que nous faisons, avec quel but, et pourquoi nous ne faisons pas différemment.

L'article qui va suivre décrit un modèle d'intervention qui comporte deux axes, l'un émotionnel, l'autre se centrant sur le lien, permettant au praticien de naviguer en fonction de la phénoménologie émergeante chez le patient, et de s'y adapter, sans se perdre.
L'axe émotionnel propose cinq niveaux de ciblage, qui s'adaptent aux capacités d'intégration du patient, lorsque l'émotion est présente et accessible, comme dans le cas du sous-type d'ESPT classique comme l'ont décrit Lanius et coll. (2010). En termes de dissociation structurelle, nous avons affaire à des patients dont la PAN peut permettre l'accès aux PE. En termes d'attachement, nous pouvons dire que cette dimension est suffisamment apaisée et les liens dans l'environnement suffisamment sécures pour permettre l'abord de l'expérience émotionnelle.
L'axe du lien va être brièvement décrit au sein de cet article, mais nous lui consacrerons la section suivante. Intervenir au niveau du lien et de la dimension de l'attachement est utile, avant tout, lorsque l'émotion fait défaut, donc dans le cas du sous-type d'ESPT dissociatif.
Dans ces cas, la PAN doit se protéger et les liens entre PAN et PE ne permettent pas un travail intégratif. Nous y reviendrons sous 5. 2.

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques.
In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci
helene.dellucci@wanadoo.fr
psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

La Boîte de Vitesses : une structure de traitement EMDR intégrative

S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques

1. Introduction

Travailler en EMDR avec des personnes souffrant de traumatismes complexes n'est pas simple. Nous avons rarement une anamnèse complète, dû à des zones d'amnésie et des ressentis de honte qui font taire au patient des informations importantes dont nous aurions besoin pour planifier le traitement. La stabilisation n'est pas évidente, souvent les praticiens rapportent que les outils de stabilisation ne fonctionnent pas. Certains patients semblent vivre un état permanent de crise rendant l'accès au travail sur les cibles traumatiques difficile, même ci celles-ci sous-tendent le fonctionnement de la personne.

Entre évitement, risque de déstabilisation majeure ou abandon de la thérapie, le travail avec les personnes souffrant de trauma complexes et chroniques devient une entreprise hasardeuse, aléatoire, dans laquelle les patients ne vont pas mieux et les thérapeutes se découragent. C'est ainsi que les patients souffrant de troubles dissociatifs étendus passent en moyenne 14 ans à trouver un thérapeute qui leur convienne (Huber, 2004).

Devons-nous pour autant renoncer à travailler en EMDR avec ces patients apparemment difficiles ? Souvent ces personnes ont une demande et nourrissent, malgré leurs souffrances, l'espoir d'être soulagées de leurs blessures. Est-il possible de travailler en EMDR de manière rigoureuse et sécurisée, en l'adaptant à chaque personne, là où elle en est, quel que soit son degré de stabilité, l'état plus ou moins chaotique de sa vie, et cela sans se perdre ?

Nous proposons à travers ces pages une structure de traitement en EMDR intégrant les meilleures stratégies mises en œuvre pour répondre aux exigences du travail avec des personnes ayant des traumatismes complexes. En proposant une hiérarchie d'intervention en fonction des phénomènes émergeants, cette structure de traitement permet au thérapeute de s'adapter aux besoins du patient, tout en sachant ce qu'il fait et pourquoi. Pour une meilleure compréhension de la manière dont s'articulent les différents ciblages, nous proposons la métaphore de la boîte de vitesses, qui permet une adaptation constante de la vitesse d'avancement en fonction des conditions et de la topographie rencontrée pendant le périple thérapeutique.

2. Situation initiale

Depuis que nous avons débuté notre travail de psychotraumatologues, le protocole EMDR nous paraît d'une pertinence et d'une qualité remarquables. Aucune autre approche ne propose un protocole aussi bien construit et complet, s'inspirant de différents courants, que ce soit la libre association sans intervenir, chère au courant psychanalytique, ou bien la précision des mesures du courant comportemental, la centration sur la dimension des croyances centrale au courant cognitiviste, ou encore la confiance en les capacités d'auto-guérison du patient comme le propose le courant humaniste.

L'approche EMDR en trois temps prévoit de cibler et retraiter les souvenirs du passé en premier lieu, car ceux-ci sont sensés constituer le socle du dysfonctionnement. Dans un second temps, une fois tous les souvenirs du passé retraités, le travail se centre sur les déclencheurs du présent, en vue de les neutraliser, pour finalement aborder le scénario du futur. Cette procédure est efficace,

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

surtout avec des personnes bien fonctionnelles, qui montrent des traumatismes clairement définis. Etablir un plan de ciblage constitue une grande aide dans la planification du traitement, pourvu que les souvenirs puissent être nommés. Cela est rarement le cas chez des personnes où l'inscription traumatique se fait dès le plus jeune âge, et que la personne a organisé son fonctionnement autour de celles-ci. Il en résulte une ambivalence à quitter un fonctionnement devenu familier, même s'il est symptomatique, un parcours jalonné de peurs qui peuvent empêcher un travail sur les souvenirs du passé, des blessures relationnelles qui ont mené à un style d'attachement insécure et qui lui même rend propice de nouvelles blessures relationnelles. Par ailleurs, les mémoires traumatiques préverbales, par nature sous amnésie, font que le souvenir source abordé, même s'il se situe dans l'enfance, est rarement le souvenir source réel. A cela s'ajoute une dimension transgénérationnelle avec son cortège de souffrances héritées, qui peuvent ajouter à la confusion du tandem thérapeutique : le thérapeute ne sais plus ce qui est ciblé, ce qui est abordé. Souvent le SUD ne baisse pas, et la découverte d'une souffrance bien plus importante que celle ressentie au gré d'un évitement efficace fait s'étioler la motivation du patient.

La littérature décrit que les personnes souffrant d'un ESPT complexe présentent fréquemment une dérégulation sévère de l'affect, des comportements auto-blessants, des processus dissociatifs et peu de réponses positives au traitement (Follette & al, 1991; Herman & Schatzow, 1984). Ces patients montrent une forte proportion de ruptures thérapeutiques et des niveaux d'anxiété élevés (Dye & Roth, 1991; Goodman & Nowak-Scibelli, 1985). A ce tableau Korn et Leeds (2002) ajoutent une tendance suicidaire chronique et des niveaux élevés de détresse avant le traitement EMDR.

Si l'on regarde du côté des auteurs qui œuvrent dans le champ de la dissociation, ces patients sont décrits avec une comorbidité importante, incluant des états dépressifs majeurs, des troubles de l'humeur, des états suicidaires, des comportements d'auto-mutilation et une auto-agressivité importante, des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaire, des symptômes somatoformes et des somatisations, des abus de substances (Boon & Draijer, 1993; Coons et coll., 1988; Dell, 2001; Ellason, Ross, & Fuchs, 1996; Rodewald et coll., 2011), un tableau déjà complexe, auquel certains auteurs ajoutent des troubles de la personnalité (Coons et al., 1988; Dell, 1998; Ellason et al., 1996). A cette description s'ajoutent des troubles d'attachement, un sentiment inadéquat de Soi, des schèmes cognitifs altérés et une difficulté à réguler ses affects et à contrôler son impulsion (Demos, 1988; Liotti, 1992; Schore, 1994, 1997; Teicher & al, 1997; Young, 1994). Le défi que la souffrance de ces patients pose au thérapeute est donc de taille. Installer une relation thérapeutique dans laquelle la personne se sent suffisamment en sécurité et où elle peut se mettre au travail dans de bonnes conditions, semble déjà en soi constituer un objectif thérapeutique de taille, qui est rarement explicité comme tel. D'autre part, devant la masse des réseaux traumatiques et non intégrés, le nombre de déclencheurs et de problématiques encore actuelles, le thérapeute se pose invariablement la question où commencer. Dès qu'une problématique a été choisie, le patient nous fait état d'une souffrance à un autre endroit, semble motivé pour aborder celle-ci, invitant ainsi le thérapeute dans un imbroglio de cibles où il risque de se perdre.

3. Etat des lieux des stratégies de traitement face à des traumatisations complexes et chroniques

Le monde EMDR amène un certain nombre de réponses pertinentes au sujet de l'abord des patients souffrant de trauma complexes.

Un certain nombre d'auteurs ont proposé des techniques d'oscillation (Levine, 1997 ; Twombly, 2000 ; Fine & Berkowitz, 2001 ; Knipe, 2009), qui sont parfaites pour construire une attention double, si importante pour un travail de retraitement réussi. Ce procédé consiste à installer une ressource dans un premier temps, et à la maintenir active au cours du processus, où par petites touches, le réseau traumatique est activé. Des aller-retours successifs entre l'activation de la ressource et la brève activation contrôlée du réseau dysfonctionnel permettent un retraitement par petits bouts. Pour plus de détails, voir la fiche sur les techniques d'oscillation, plus loin dans cet ouvrage.

Le protocole inversé (Hofmann, 2005, 2009) propose d'inverser l'approche classique en trois temps, en commençant par la dimension du futur, qui ici se conjugue le plus souvent sous forme de

peurs les plus diverses, p.ex. la peur d'être submergé, de changer, de devenir ou d'être vu comme fou, d'une démarche à venir, d'une rencontre familiale, … . Dans un deuxième temps, le protocole inversé nous invite à aborder les déclencheurs dans le présent, dans le but de rendre la vie actuelle plus confortable. Une fois que de bonnes conditions ont ainsi pu être installées, et que la personne se stabilise dans le présent, les souvenirs du passé pourront être abordés plus facilement, à commencer avec ceux d'un passé récent, pour aboutir en dernier lieu au retraitement des souvenirs d'enfance (pour plus de détails, voir la fiche sur le protocole inversé).

Nous avons appliqué cette logique avec un certain succès. Cibler la dimension irrationnelle des peurs du futur a été efficace et intéressant à plus d'un titre. Il s'agit de petites cibles où en général le processus ne bloque pas. Ces peurs, lorsqu'elles peuvent être entendues et retraitées lorsqu'elles émergent, permettent au patient de se sentir entendu et pris en compte, et cela contribue à renforcer la qualité de la relation thérapeutique. Nous avons par ce biais pu mettre en œuvre le protocole standard, de la phase 3 à la phase 7, permettant au patient de l'apprivoiser sans être exposé à une souffrance trop importante. En ce sens, cette pratique nous a permis d'installer de bonnes conditions de travail.

Cependant, passer des peurs du futur, qui constituait un travail facilement abordable, aux déclencheurs du présent nous a paru un saut important en ce sens que les déclencheurs ramenaient invariablement au traumatisme du passé. Ici le travail de retraitement se rebloquait aussi facilement qu'avec les trauma du passé : avec un SUD qui ne baisse pas, des canaux interminables, et peu de changement concernant la sensibilité face à ce déclencheur. Nous en avons déduit que les déclencheurs étaient en lien étroit avec les trauma du passé. Cela s'est confirmé lorsque nous travaillons avec des personnes souffrant de trauma complexes, qui n'ont pas de souvenir et où la seule voie pour aborder les trauma du passé sont les déclencheurs. Néanmoins, cela nécessite un patient qui soit stable, volontaire, qui ait une bonne tolérance à l'affect, ce qui est rarement le cas en début de travail avec les personnes souffrant de trauma complexes et de troubles dissociatifs.

Pour construire une tolérance à l'affect suffisante, nous avons eu recours à un travail qui cible directement les émotions. Katie O'Shea (2009a) a eu la bonne idée de mettre au point la « remise à zéro des émotions » (en anglais « resetting emotions »), qu'elle utilise comme méthode de préparation avant de toucher la sphère traumatique. Aborder et dépolluer les circuits émotionnels innés hors traumatisme permet aux patients de retrouver la part ressource de leurs émotions.

Une autre approche de Katie O'Shea qui a retenu notre attention est le protocole des empreintes précoces (O'Shea, 2009b ; voir fiche sur le protocole précoce). Ici les périodes préverbales sont ciblées directement en appliquant une procédure EMDR simplifiée, sans cognition. L'auteur indique, que s'il y a des empreintes précoces traumatiques, celles-ci vont émerger. Ce protocole nous a séduit tant par sa simplicité que par son efficacité à aller retraiter les souvenirs source restés implicites. Nous avons constaté que retraiter les mémoires préverbales dans un cadre prédictible rendait ce processus plus doux que le travail sur les déclencheurs ou les souvenirs du passé. O'Shea indique que par ce retraitement, les fondements du Moi sont reconstruits et consolidés de manière plus fonctionnelle. En accord avec cette idée, nous avons observé que les personnes, à l'issue de ce travail, deviennent plus assertives, sont davantage en lien avec leurs besoins, arrivent à mettre plus facilement des limites constructives, voient leur estime de soi s'améliorer et sécurisent leurs attachements. Nous avons rapidement inclus le travail sur les empreintes précoces dans le plan de traitement à proposer à toute personne souffrant de traumatismes complexes.

Ces deux procédés de Katie O'Shea, à savoir le travail sur les circuits émotionnels et les mémoires préverbales nous ont paru particulièrement utiles pour combler le passage des peurs du futur, facilement retraitables, aux déclencheurs du présent et aux traumatismes du passé.

Face à ce foisonnement extrêmement intéressant, notre souhait a été de pouvoir utiliser toutes ces approches, car chacune a sa pertinence propre. Mais comment ? Et qu'est-ce qui justifie notre raisonnement ?

4. Une structure de traitement intégrative : La Boîte de Vitesses

Dans un effort d'intégration, nous avons hiérarchisé ces différents protocoles dans une structure de traitement progressive. Notre souhait était d'avoir à portée de main une structure précise

et dynamique, qui permette au thérapeute de faire face à l'imprévu : des levées d'amnésie, des peurs qui surgissent, des soubresauts de la vie, une déstabilisation, pour n'en citer que quelques uns.

Une métaphore qui nous a paru particulièrement utile a été de penser la thérapie avec les patients complexes comme un périple en voiture, où le rôle du thérapeute consisterait à maintenir le véhicule et ses occupants dans de bonnes conditions de voyage, celui du patient de dire où il veut aller. Dans ce périple, qui avec des patients aux trauma complexes prend du temps, nous pouvons avoir une idée de la saison et de la route, mais finalement, nous ne pouvons pas tout prévoir. Nous ne pouvons pas garder en mémoire tous les virages en épingle, ni une soudaine détérioration de la météo. En voiture, tout ce que nous savons, c'est que nous devons adapter notre vitesse aux exigences du terrain, et qu'il est important de continuer pour arriver à bon port. L'outil qui nous sert à adapter la vitesse tout en garantissant l'avancée du véhicule est précisément la boite de vitesses. Ainsi nous devrons rétrograder dès que c'est nécessaire, mais il sera possible aussi d'accélérer dès que ce sera possible.

4.1. Structure de la Boîte de Vitesses

En intégrant ce qui précède, nous avons établi la hiérarchie de traitement suivante :

Vitesse zéro : **La stabilisation**.

C'est ici que nous installons des outils de stabilisation, comme un contenant, un lieu sûr, mais où nous faisons également l'inventaire de ce que le patient fait déjà et qui s'avère efficace. Nous explorons les ressources de survie et veillons à apaiser le corps. Avec des patients souffrant de trauma complexes, il sera utile de commencer par des exercices d'ancrage et d'orientation, de façon à ce qu'un travail avec des exercices impliquant l'imagination soit possible. Pour des personnes qui ont des difficultés à ressentir le temps présent, il va être utile également d'ajouter des exercices de relaxation, de pleine conscience, le but étant que le patient apprenne à rester présent et à s'apaiser de façon autonome. Lorsqu'émergent des réseaux dissociatifs, il sera nécessaire d'accompagner le patient pour créer des liens internes constructifs, avant de continuer.

Vitesse 1 : **La désensibilisation des peurs irrationnelles du futur, des scénarios catastrophes.**

Ces peurs circonstanciées, lorsqu'elles émergent, tendent à bloquer le processus, si elles ne sont pas entendues. Au mieux, la personne prend sur elle pour ne pas trop en tenir compte, au pire cela mène à un évitement dont les vraies raisons ne sont pas nommées. Ces peurs viennent polluer la fenêtre de tolérance et s'ajoutent à l'activation du souvenir ciblé. Nous pensons qu'un grand nombre de blocages trouvent ici leur source. Pour éviter que le processus thérapeutique ne se délite et le retraitement ne s'arrête, il est important d'entendre et de traiter ces peurs dès qu'elles émergent. Il s'agit de petites cibles qui régressent rapidement. Ainsi le patient se sent entendu et respecté dans son vécu, aussi imprévisible soit-il. Ces peurs irrationnelles se laissent facilement aborder par un protocole EMDR standard.

Vitesse 2 : **La remise à zéro des émotions et des sensations physiques.**

Katie O'Shea (2009a) propose que ce travail sur les circuits émotionnels se fasse hors traumatisme et sans cognition. Tout trauma, lorsqu'il émerge, est confiné dans un contenant, puis le processus de désensibilisation de l'émotion continue. Dans ce type de travail, l'émotion est ciblée pour elle-même : « *Lorsque vous pensez à la colère, qu'est-ce qui vous vient* ? » Nous ajoutons à la recherche du contenu mental celle de la réaction corporelle, et nous portons une grande attention au processus du corps. Cette démarche a pour but de restaurer une tolérance à l'affect suffisamment bonne et d'installer un lien envers le corps qui sera vécu comme une ressource plutôt qu'une menace. C'est un travail qui se fait sur chaque émotion séparément. Les émotions positives, d'ailleurs, peuvent aussi faire l'objet d'un tel retraitement, si leur tolérance est faible. Ainsi, une patiente souffrant de boulimie indiquait que chaque fois qu'elle éprouvait une grande joie, elle ne pouvait s'empêcher de manger compulsivement par la suite.

Dans notre travail, nous abordons de la même manière les sensations corporelles problématiques, p.ex. un sentiment de vide, une sensation d'oppression, une tension dans la nuque,… . Une fois que le patient a réussi à apaiser son corps à l'aide des exercices d'ancrage pendant la stabilisation, nous avons une ligne de base à laquelle nous pouvons revenir. Aborder les sensations en les ciblant directement sans viser de traumatisme s'est avéré très précieux avec des patients souffrant de troubles dissociatifs. Ils n'ont accès ni aux souvenirs du passé, ni aux émotions, mais leurs corps montre souvent des sensations à foisons, qui limitent le travail dans l'ici et maintenant. La stratégie de commencer par désensibiliser les sensations ou les émotions pour elles-mêmes a un effet sécurisant sur la relation thérapeutique, favorisant un attachement sécure. Par ailleurs, le patient apprend que les émotions ne sont pas dangereuses, et qu'il s'agit de ressources importantes.

Vitesse 3 : **Le retraitement des empreintes précoces.**

Une fois la tolérance à l'affect suffisamment restaurée, le patient dispose d'une fenêtre de tolérance lui permettant d'aborder la dimension traumatique de son passé. Etant donné que les patients souffrant de trauma complexes ont, pour la grande majorité, vécu des situations qui ont dépassé leurs capacités d'intégration à un âge précoce, nous pensons que le retraitement de ces empreintes est nécessaire dans le plan de traitement. Ces mémoires datant d'un âge préverbal constituent le socle des plans de ciblage et fonctionnent comme des souvenirs source implicites de ceux déjà établis. Dans la mesure où nous abordons ici le début de l'expérience ontogénétique, nous faisons l'hypothèse que tout apprentissage, aussi précoce soit-il, et ayant mené à un fonctionnement devenu pathologique aujourd'hui (dissociation, style d'attachement insécure, trouble de personnalité, pour n'en citer que quelques uns) peut faire l'objet d'un retraitement et être consolidé de manière plus adaptée. (Pour plus de détails, voir la fiche sur les empreintes précoces plus loin dans cet ouvrage).

Vitesse 4 : **La désensibilisation et le retraitement des déclencheurs du présent.**

Après avoir consolidé le socle des expériences fondatrices de la personne, la désensibilisation des déclencheurs du présent se fait sans encombre. Le protocole EMDR standard peut être mis en œuvre sans problème. Ici nous savons que nous entrons en lien avec un réseau traumatique.

Si le tandem thérapeutique décide de prime abord de cibler un déclencheur, p.ex. la rencontre d'un chien dans le cadre d'une phobie des chiens, la parole d'un collègue dans le cadre d'une problématique relationnelle, ou le bruit du réveil, même en l'absence d'une problématique précise et consciente, …, il est utile de savoir que le travail sur cette cible est déjà assez confrontant. Si celui-ci se bloque, si une peur émerge, alors il sera utile de mettre ce déclencheur entre parenthèses, et de revenir vers un ciblage moins confrontant, comme p.ex. la peur qui a surgi. Une fois cette cible traitée, et le patient stable, le travail sur le déclencheur peut reprendre, ou bien le thérapeute choisira une autre direction jugée plus pertinente.

Vitesse 5 : **La désensibilisation et le retraitement des souvenirs du passé.**

Ici nous nous retrouvons avec des cibles initialement visées par l'approche EMDR classique. Le thérapeute décidera s'il peut proposer d'aborder le souvenir source directement ou s'il vaut mieux commencer par des cibles plus récentes.

Ces différents niveaux de ciblage supposent que le patient soit en mesure de ressentir une activation, des émotions, qu'il se sente motivé pour aborder l'aspect de sa problématique proposé par le thérapeute. Cela nécessite un processus où la personne n'ait pas besoin d'avoir recours à des processus dissociatifs, et où l'environnement relationnel soit stable et soutenant. Si tel n'est pas le cas, d'autres ciblages restent possibles. Nous les décrirons dans la rubrique 5 ci-dessous.

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

4.2. La Boîte de Vitesses : comment concrètement

En matière de stabilisation, nous commençons par apaiser le corps, avant d'avoir recours aux exercices impliquant l'imagination. Une fois le corps calme, le patient peut évaluer la sécurité qu'il ressent dans l'ici et maintenant. Pour ce faire, nous avons mis en place une échelle de sécurité : « de 1, qui signifie je ne me sens pas du tout en sécurité ici dans ce lieu, avec ce thérapeute, à 10, qui signifie je me sens complètement en sécurité ici dans ce lieu avec ce thérapeute, à combien estimez-vous votre sécurité maintenant ? » Tant que le patient ne se sent pas suffisamment en sécurité, il est illusoire de le confronter à des souvenirs du passé. C'est au thérapeute qu'incombe la tâche de faire en sorte que son patient se sente suffisamment en sécurité dans l'ici et maintenant et avec lui.
Cette mesure de sécurité peut être effectuée de manière globale, en début de thérapie, ou de manière ciblée : p.ex. « pour aborder ce souvenir ». En général, une valeur en dessous de 5 indique un besoin de davantage de stabilisation.

La vitesse 1 est le lieu où nous pouvons rétrograder, dès qu'une peur émerge et risque de bloquer le processus, que ce soit en début de travail ou bien à la reprise d'une cible après une séance EMDR. Nous avons l'habitude de poser explicitement la question en fin de phase 2 de préparation à l'EMDR : « y a-t-il une peur qui pourrait nous empêcher de travailler sur ce que nous avons choisi ? » Cette invitation à rendre explicite ce qui resterait implicite invite le patient à faire équipe avec le thérapeute, et permet à ce dernier de guider le processus thérapeutique.

Les éléments nécessaires à aborder en vitesse 2 se dessinent lors de l'anamnèse. La littérature nous apprend que les sentiments de honte et de peur maintiennent le fonctionnement dissociatif (Kluft, 2007 ; Dorahy et al., 2015 ; Van der Hart et al., 2006/2010 ; Irwin, 1998). Nous comprenons cela comme une tolérance à l'affect très amoindrie pour ces émotions. S'ajoutent deux autres émotions importantes qui à notre sens sont mal tolérées chez les patients dissociatifs, à savoir la panique de perdre le lien (Van der Hart et al., 2006/2010, Boon et al., 2011/2014) et la colère (Andrews et al. 2000 ; Boon et al. 2011/2014). Chez les patients présentant des troubles dissociatifs, il est donc primordial de remettre à zéro au moins ces quatre émotions pour avancer dans le traitement. Avec ces patients nous préconisons, comme le propose l'auteur de ce protocole, Katie O'Shea (2009a), de travailler hors trauma dans un premier temps. Concrètement cela signifie que tout contenu traumatique est confiné dans un contenant, avant de commencer, et chaque fois que ceux-qui émergent.
Ainsi, travailler sur les peurs émergeantes, et remettre à zéro les émotions, hors réseau traumatique, s'apparente à un travail de stabilisation dont le but est de créer de bonnes conditions de travail pour aborder une cible traumatique.

A ce stade-ci il nous paraît important de mentionner les stratégies concrètes de mise en œuvre de ces différents ciblages. En utilisant la métaphore de la boîte de vitesses, nous pourrions mentionner les « sous-vitesses » :

Le protocole EMDR standard.
Le protocole EMDR standard reste notre outil préférentiel pour naviguer sur cet axe émotionnel, qu'il s'agisse de cibler des peurs irrationnelles et des scénarios catastrophes (vitesse 1), des déclencheurs (vitesse 4) ou des souvenirs du passé (vitesse 5).

Un protocole EMDR sans cognitions.
Pour les patients plus fragiles, dont nous craignons l'activation d'un trop grand nombre de réseaux traumatiques du cluster abordé, nous choisissons de travailler sans cognitions pendant la phase 3 : restent donc l'image, l'émotion, le SUD et la localisation de la perturbation dans le corps. Une fois la phase de désensibilisation terminée, cette démarche n'empêche pas l'installation d'une cognition positive (phase 5), définie à ce moment-là, ainsi qu'un scanner du corps (phase 6).
Même si ce procédé sans cognition s'est révélé très utile dans un premier temps, nous revenons cependant à un protocole EMDR standard avec cognitions dès que la stabilité du patient le permet (voir fiche sur l'utilisation des cognitions plus loin dans cet ouvrage).

Les protocoles proposés par Katie O'Shea (2009a, 2009b), à savoir la remise à zéro des émotions (vitesse 2) et le retraitement des empreintes précoces (vitesse 3), sont à l'origine décrits sans cognitions. L'émotion ou la période préverbale sont ciblés, en retenant un contenu mental qui suit la question « qu'est-ce qui vient », auquel nous ajoutons la réaction corporelle « et que ressentez-vous dans votre corps ».

En ce qui concerne la remise à zéro d'une émotion, l'auteur (O'Shea, 2009a) propose, en fin de désensibilisation, d'installer cette dernière comme une ressource. Si nous prenons l'exemple de la colère : « à quoi sert la colère ? ». Pour cette émotion la définition en tant que ressource pourrait être « à mettre des limites » ou « me recentrer sur mes besoins ». O'Shea indique qu'une émotion est remise à zéro, lorsque son évocation ne donne plus que du matériel neutre ou positif et que le corps est apaisé.

Comme mentionné plus haut, un travail sans cognitions au départ n'empêche pas, une fois le corps apaisé et le retour à la cible n'amenant que du matériel positif ou neutre, d'installer une cognition positive : « lorsque vous pensez à la colère, qu'aimeriez-vous dire de vous même maintenant ? » La réponse souvent donnée à cette étape est « je peux me protéger » ou « je suis digne de respect ». La cognition est installée jusqu'à ce que la VoC soit 7 et qu'il n'y ait plus de changements. Ensuite, ce travail peut être complété par un scanner du corps.

Les méthodes d'oscillation.

Pour les patients très fragiles, qui ont des difficultés à maintenir une attention double, les méthodes d'oscillation sont d'un grand secours. Le ciblage à chaque vitesse peut être abordé dans un premier temps avec une méthode d'oscillation. Ici le ciblage se fait bien entendu sans cognition, uniquement par un contenu mental (penser à la cible) et/ou une réaction corporelle, pour un bref temps négocié à l'avance. Knipe (2009, 2014) propose dans un premier temps une exposition de 2 à 10 secondes, avant de revenir à la ressource qui sert de référence. L'auteur indique qu'en général peu de séances d'oscillation sont nécessaires, pour que le patient apprenne une attention double.

Dans notre expérience, si une oscillation est nécessaire, nous limitons le travail sur le réseau ciblé à trois rounds, c'est à dire nous installons solidement une ressource, puis nous négocions avec le patient un temps pendant lequel il pense à la cible. Dès que ce temps d'exposition bref est révolu, nous ramenons le patient à la ressource et nous évaluons avec lui l'expérience vécue. Dans un premier temps, nous limitons ce procédé à trois rounds, c'est à dire trois expositions, car pour les patients ayant des difficultés d'attention double, l'effort consenti est déjà énorme. Si à la réévaluation à la séance suivante le patient reste stable, le temps d'exposition dans la procédure d'oscillation, ainsi que les aller-retours peuvent être augmentés.

Ces trois stratégies correspondent à la question : « comment cibler ». Quant à celle de savoir « quoi cibler », nous revenons à la navigation dans la structure de la Boîte de Vitesses. Le ciblage des empreintes précoces (Vitesse 3), des déclencheurs (Vitesse 4) et des souvenirs du passé (Vitesse 5) fait l'objet d'une négociation et d'un accord préalables.

Conformément à l'approche standard en trois temps en EMDR, si nous pouvons le faire, notre préférence ira à aborder l'événement traumatique à la source du mal-être et à accompagner la désensibilisation et le retraitement dans de bonnes conditions, avec l'espoir que la personne puisse en intégrer ses réalisations nouvelles et les apprentissages qui en découlent. Si la personne dispose de capacités d'intégration suffisantes, d'une bonne tolérance à l'affect, d'une stabilisation lui permettant de toucher la pire expérience tout en maintenant l'attention double, c'est à dire le lien sécure avec le thérapeute et le présent, avec une motivation à aborder ces mémoires dysfonctionnelles, alors toutes les conditions sont réunies pour aborder les réseaux traumatiques d'emblée en vitesse 5. Si ce traitement va trop vite, le processus cesse d'être fluide, le patient tourne en rond dans sa souffrance et n'a plus accès à des prises de conscience intégratives, le retraitement s'étiole, le cheminement adaptatif cesse ou se bloque. Si une telle chose se produit, le thérapeute est invité à rétrograder vers un

traitement moins confrontant, en fractionnant la cible pour n'aborder que ce qui émerge : une peur soudaine, une émotion qui reste prépondérante, un aspect relationnel à retraiter isolément.

Globalement, nous avons constaté que si le travail de désensibilisation se déroule à la bonne vitesse, il n'y a ni déstabilisation iatrogène, ni évitement. Au contraire, la motivation et l'implication du patient augmentent et il se montre non seulement beaucoup plus compliant au travail thérapeutique, mais il prend une part active dans la proposition de cibles pertinentes, ou de tâches thérapeutiques en fin de séance.

Le choix de la bonne vitesse peut se faire a priori, ou alors en réaction à ce qui émerge dans le processus. Ainsi, face à une abréaction qui prend du temps à s'apaiser, il est possible de passer à une stratégie d'oscillation, en ramenant l'attention du patient vers un bon souvenir, le lieu sûr, l'orienter dans le cabinet du thérapeute, puis, après avoir évalué l'expérience, repartir sur la cible en continuant l'oscillation (pour plus de détails, voir la fiche sur les techniques d'oscillation). De même, lorsqu'un patient, lors de la réévaluation à une séance ultérieure indique avoir peur de revenir à la cible, nous conseillons de mettre la cible en attente, et focaliser le travail sur la peur ayant émergé. Ensuite, il sera bien plus confortable de revenir à la cible initiale, et de continuer le travail de désensibilisation.

Pour plus de visibilité sur la stratégie à adopter à chaque séance, en tenant compte de ce qui se passe dans la vie de nos patients et ce qui émerge d'imprévu, nous proposons « la feuille de route », démarche pragmatique.

4.3. La Feuille de route : une stratégie pour naviguer dans la Boîte de Vitesses

Naviguer dans la Boîte de Vitesses suppose que le thérapeute sache quoi faire quand et pourquoi. Nous avons développé un système de questionnement en arborescence en cinq étapes pour faciliter la prise de décision à chaque séance.

4.3.1. Est-ce que la personne est stable[1] ?

NON ⇒ veuillez continuer à stabiliser, ou bien restabiliser
S'il y a eu un nouvel événement négatif qui prend toute la place : veuillez débriefer en restant centré sur les besoins immédiats de la personne et remettre l'attention sur les repères de la vie quotidienne.
OUI ⇓ (veuillez aller à la prochaine question).

4.3.2. Où se trouve la personne sur l'échelle de sécurité[2] ?
Est-ce que la valeur est en dessous de 5, ou bien a-t-elle chuté depuis la dernière fois ?

OUI ⇒ veuillez explorer ce que vous pouvez faire en tant que thérapeute, pour que la personne puisse se sentir davantage en sécurité/plus confortable. (Veuillez soigner la dimension du confort physiologique)
NON, la valeur sur l'échelle est satisfaisante : ⇓ (veuillez aller à la prochaine question)

4.3.3. Y a-t-il une peur particulière qui pourrait entraver/bloquer ce que nous avons prévu ?

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette peur la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez désensibiliser et retraiter cette peur[3], quelle qu'elle soit.

---

[1] Les critères de stabilité que propose Arne Hofmann sont de trois ordres :
- la personne est capable de mener à bien les tâches de la vie quotidienne (travail, famille, hygiène, alimentation, …)
- la personne est en mesure de s'auto-apaiser efficacement
- la personne peut évoquer le/les traumatismes tout en « restant en surface », c'est à dire sans être activé au point de ne plus pouvoir faire rien d'autre

[2] *Sur une échelle entre 1 (je ne me sens pas du tout en sécurité ici et maintenant, avec le thérapeute, dans ce lieu) et 10 (je me sens tout à fait en sécurité ici), où vous situez-vous en ce moment ?* (version générale)
Il existe aussi une version centrée sur une tâche. Dans ce cas, il convient d'ajouter à la formulation générale : *pour aborder ce que nous avions prévu aujourd'hui ?*

[3] Si plus d'une peur émerge simultanément, veuillez d'abord retraiter les peurs qui pourraient polluer une bonne relation thérapeutique, puis les peurs touchant la vie immédiate, et ensuite les peurs irrationnelles du futur. Si la personne fait un choix, veuillez la suivre dans celui-ci.

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

NON ⇓ (veuillez aller à la prochaine question)

4.3.4. Y a-t-il une émotion/sensation corporelle prépondérante en ce moment ?

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette émotion/sensation la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez faire une remise à zéro[4] de cette émotion/sensation.
NON ⇓ (veuillez aller au prochain point)

4.3.5. Projet d'aujourd'hui

- aborder un souvenir du passé ou un déclencheur du présent
- retraiter les empreintes précoces
- aborder une blessure relationnelle
- faire une remise à zéro d'une émotion/sentiment particulier ?
- aborder une peur du futur évitée préalablement
- …

5. De la Boîte de Vitesses vers un modèle d'intervention bi-axial

Dans une première version de la Boîte de Vitesses (Dellucci, 2010), il y avait, au delà des cinq niveaux de ciblage décrits sous 4.1. un « Joker », c'est à dire un ciblage particulier de la dimension relationnelle de l'expérience en utilisant un procédé doux : le protocole des lettres (Dellucci, 2009 ; voir plus loin la fiche sur le protocole des lettres). Cibler ainsi la blessure du lien permet non seulement d'assainir un attachement particulier, mais avant tout, et surtout lorsque les événements ayant blessé le lien se succèdent, de travailler sans risque de déstabilisation. C'est la raison pour laquelle cibler le lien à travers une lettre écrite par le patient devenait pertinent dès qu'une relation problématique aurait pu mettre à mal le travail sur un événement. Par exemple, nous avons constaté que lorsque le travail sur les empreintes précoces se bloquait, le passage par un travail sur une lettre à un parent (p.ex. la mère, un frère aîné, un enfant aîné décédé, un père résumé à un rôle de géniteur, …) permettait de continuer la désensibilisation et le processus thérapeutique. Une fois la lettre terminée il a été possible de reprendre sans plus d'encombre le travail sur les empreintes précoces là où il avait stagné auparavant.

D'autre part, nous savons aujourd'hui que lors d'un ciblage sur une expérience passée, la dimension d'attachement étant primordiale, la blessure relationnelle ne peut pas ne pas s'inviter dans le travail de retraitement. Lorsqu'il y a un nombre de blessures du lien important, l'activation de celles-ci peut contribuer à déstabiliser un patient et le faire sortir de sa fenêtre de tolérance. Dans ce cas, notre choix ira vers le travail sur les blessures du lien d'abord. Le cas clinique suivant nous permet de brièvement illustrer notre propos.

Nina, une patiente adulte demande à s'affranchir d'attouchements lorsqu'elle était enfant. L'anamnèse permet de mettre à jour un trauma complexe chez Nina, avec des symptômes de tricotillomanie, une totale impossibilité d'avoir des relations sexuelles abouties, et une tendance à s'épuiser à soutenir sa famille d'origine tout en étant incapable de demander de l'aide, ni de se confier. Nina avait grandi dans un système familial dysfonctionnel où elle était parentifiée, avait manqué de protection, en se retrouvant à une place où c'était elle qui portait sa famille d'origine en s'épuisant, avec peu de retours constructifs. Devant cette prédominance de blessures relationnelles multiples, la thérapeute a choisi de privilégier le travail sur les relations d'abord et Nina s'est vue proposer d'écrire

[4] La remise à zéro constitue un protocole spécifique, où les émotions, sentiments sont désensibilisées jusqu'à redevenir des ressources, ce qu'ils étaient à l'origine. Il s'agit d'un protocole sans cognitions.
La remise à zéro des sensations physiques est pertinente dans la mesure où le thérapeute connaît les exercices d'ancrage, que la personne ait pu expérimenter le fait d'être en lien avec son corps et soit complètement orientée dans le lieu présent, au présent.
Attention, pour toute sensation physique persistante au cours de la séance, il est important d'orienter la personne vers un médecin somaticien, afin d'exclure toute affection physique et ne pas risquer, par une interprétation psycho-somatique erronée, de passer à côté d'un problème organique.

une lettre à son cousin qui l'avait agressée. Ce travail sur la dimension relationnelle a permis à Nina d'assainir les relations avec ses parents, ses sœurs et la famille élargie, avant de désensibiliser le souvenir d'attouchements qui s'est révélé être un double viol à un âge précoce, souvenir qui était en grande partie sous amnésie. Cette stratégie s'est révélée payante, car Nina a non seulement assaini toutes les relations de son environnement immédiat, mais s'est affranchie des agressions sexuelles, et de plusieurs autres cibles ayant émergé dans l'actualité en seulement quinze séances, sans être déstabilisée. (pour plus de détails, voir Dellucci et Tarquinio, sous presse).

Un autre argument qui nous amène à privilégier l'axe d'attachement avant l'axe des émotions (vitesses 1, 2, 3, 4, 5) provient du travail thérapeutique avec des patients souffrant de troubles dissociatifs importants. En effet, aborder les peurs, les émotions, les empreintes précoces, les déclencheurs et les événements du passé est tout à fait réalisable avec des personnes qui ont accès à leurs peurs, qui sont volontaires pour travailler sur leurs émotions, les déclencheurs, et les souvenirs du passé dont ils se souviennent. Bref, les moins compliqués des patients traumatisés complexes : sécures dans la relation, qui expriment leurs ressentis, se mettent au travail et avec lesquels il est possible de construire une bonne tolérance à l'affect. Mais qu'en est-il des patients au passé tellement lourd qu'ils ont dû construire d'importantes barrières d'amnésie, qui ont eu des expériences de solitude au delà de l'entendable, qui souvent ont des parcours de vie chaotiques depuis leur petite enfance ? Comment faire lorsqu'une personne, bien que volontaire et engagée dans le travail thérapeutique, n'a pas accès à ses émotions, ni aux souvenirs du passé ? Quelle priorité donner au travail de retraitement lorsque apparaissent des troubles de la personnalité, où constamment la dimension relationnelle mise à mal vient empêcher un travail directement sur les traumatismes ?

Le cheminement de pensée nous amenant à distinguer la part de la blessure relationnelle de celle de la blessure individuelle du patient nous a permis d'avancer avec ces personnes qui n'avaient plus de lien avec leur corps, ne ressentant ni émotion, ni sensation agréable. Ces patients montrent le plus souvent de larges zones d'amnésie et n'ont dès lors pas accès aux souvenirs du passé. Pour eux rien que la réalisation de leur trouble et des contenus mnésiques qui les fondent peut déjà en soi être déstabilisant voire traumatique. Comment alors, dans ces conditions, construire un lien thérapeutique sécure, lorsque le fait-même d'entrer en relation fonctionne comme un déclencheur, lorsque toute bienveillance est vue comme un précurseur d'abus ou comme une insulte ?

Avec ces personnes souffrant de traumatisations chroniques, surtout sur le plan relationnel, établir une relation thérapeutique faite d'un lien suffisamment sécure est un processus décrit comme compliqué (Demos, 1988; Liotti, 1992; Schore, 1994, 1997; Teicher & al, 1997; Young, 1994 ; Blizard, 2003, Howell, 2005, Steele et al. 2001, Van der Hart et al. 2006/2010), soit parce que la relation a du mal à s'établir dans de bonnes conditions, soit parce que la personne s'y accroche à un point tel qu'elle n'est plus encouragée à assainir et à construire d'autres liens constructifs autour d'elle.

C'est au contact de ces patients instables, relationnellement parlant, que le « Joker » de la Boîte de Vitesses s'est développé en un axe d'attachement qui distingue trois dimensions, à savoir la relation à l'autre, la relation à soi, et la relation thérapeutique.

Une stabilité relationnelle suffisante suppose d'être capable de reconnaître ses besoins, maintenir des relations constructives, pouvoir reconnaître et se protéger des relations abusives, être en mesure de mettre des limites, de demander de l'aide et l'accepter, s'appuyer sur autrui, et être capable de vivre et de partager des émotions. Pour ces patients l'axe d'attachement est suffisamment sécure pour permettre un travail sur les peurs, les émotions, les déclencheurs et les mémoires traumatiques du passé sans encombre.

Pour les personnes n'arrivant pas à se stabiliser sur le plan relationnel, le modèle TAI nous invite à supposer de l'information dysfonctionnellement stockée, et nous amène dès lors à aborder cet axe d'attachement de manière privilégiée, avant de cibler le travail sur des événements particuliers.

La première dimension relationnelle que nous considérons est la relation à l'autre, donc les relations qui lient notre patient aux personnes de son entourage immédiat, à sa famille d'origine, voire à d'autres personnes significatives. Nous explorons la qualité des relations, et invitons la personne souffrant de trauma complexes à d'abord assainir les relations avec l'environnement immédiat : la cellule familiale dans laquelle elle vit, les personnes rencontrées dans le travail, toutes les personnes faisant partie du quotidien. Il arrive souvent qu'un patient ait réussi à construire des liens suffisamment constructifs dans son environnement immédiat, ce qui à notre sens est déjà un facteur stabilisant, même si les relations avec la famille d'origine restent difficiles. Nous retrouvons régulièrement ce schéma avec des personnes qui se sont éloignées de leur famille d'origine, soit en termes géographiques, soit en réduisant les possibilités de contact. Après avoir aidé à assainir les attachements avec les personnes de l'environnement immédiat, nous nous intéressons aux liens avec la famille d'origine. Cette dimension du lien contient aussi le travail sur les cibles transgénérationnelles.

L'expérience nous montre que le travail de retraitement avec le protocole des lettres permet de ressentir des émotions, de désensibiliser l'affect émergeant par petits bouts, en suivant l'organisation du texte de la lettre établie par le patient. Nous pensons qu'ainsi nous suivons les capacités d'intégration du patient, qui aura écrit les mots, dans l'ordre et la séquence qui correspond le mieux à la relation qui le lie au destinataire.

La plupart du temps, après avoir assaini les liens les plus importants, le travail sur les autres cibles du passé et les déclencheurs ne pose plus de problème. Si l'abord de la relation à l'autre apparaît trop difficile, alors ce constat nous invite à nous intéresser à la dimension de la relation du patient avec lui-même, dans ce cas, avec les états dissociatifs internes. Cette seconde dimension relationnelle prend toute son importance avec les patients dissociatifs car elle devient primordiale, si le lien à autrui n'est pas accessible, soit parce qu'il suscite trop de peur, ou que son caractère abusif ne peut être remis en question. Cette dimension du lien à soi et à des parties de soi concerne surtout les personnes qui ont développé une hostilité importante à l'égard d'elles-mêmes. Ici nous explorons les mouvements provenant de réseaux dissociatifs, et nous aidons le patient à établir des liens constructifs internes. Pour conceptualiser ce travail, la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart et al. 2006/2010) nous a été d'un grand secours (voir fiche sur les troubles dissociatifs). Parfois il arrive que nous désensibilisions des contenus portés par une partie émotionnelle, après avoir retraité la peur émergeante chez la partie apparemment normale de la personne. C'est ainsi qu'il est possible de travailler sur l'émotion que porte ce réseau (vitesse 2) ou bien un contenu transgénérationnel, des mémoires transmises qui n'appartient pas à la vie de la personne. Travailler sur ce second axe suppose entrer en lien avec les états du Moi ou les parties dissociatives directement pour aborder ces réseaux d'information par ce biais.

Pour les personnes qui restent coincées dans des attachements nocifs et des liens non constructifs, nous avons recours à l'installation de figures symboliques, et nous accompagnons la personne dans l'apprentissage de liens constructifs à travers un dialogue répété suffisamment souvent pour construire une nouvelle habitude (Isebaert, 2005). Ce travail avec des figures imaginaires est bien connu en psychotraumatologie (Reddemann, 2001, 2011 ; Parnell, 2013). Au delà de ce dialogue qui équivaut à une installation de ressources d'attachement, nous pensons qu'il est important de relier le choix de ces figures aux valeurs et aux choix existentiels du patient, et de créer un objet, comme un collage, qui restera permanent quel que soit l'état du patient (Dellucci et Bertrand, 2012).

Il arrive néanmoins, que même l'exploration des mouvements internes ne stagne, que les relations à autrui soient inabordables, que l'émotion ne soit pas au rendez vous lorsqu'un contenu est ciblé, et ce malgré la présence de symptômes et de plaintes récurrentes. Le processus thérapeutique peut alors prendre le chemin d'une impasse, dans laquelle thérapeute et patient restent coincés dans un lien qui est fort, mais qui ni n'avance ni ne recule, où des sentiments d'impuissance font légion. C'est ici que la troisième dimension de l'axe d'attachement devient importante : celle du lien thérapeutique. Ce lien est particulier en ce sens qu'il s'agit d'un lien intime, limité dans le temps, demandant un

engagement de part et d'autre, et qui place les protagonistes impliqués dans des rôles clairement définis.

Nous savons que le travail thérapeutique en psychotraumatologie des trauma complexes nécessite un lien d'engagement important, tout en demandant aux protagonistes de rester dans une relation de travail. Ce défi nous amène à la supposition que la relation thérapeutique avec ces personnes est faite d'un lien fort, qui peut faire se connecter des réseaux et fonctionnements implicites chez le patient et le thérapeute.

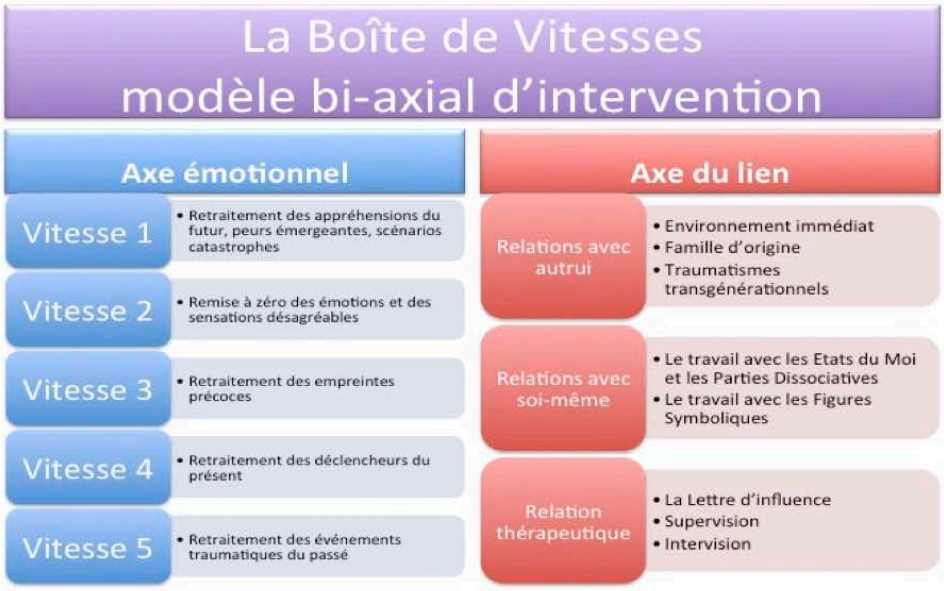
Si le patient stagne dans son travail, que le thérapeute, malgré ses compétences et sa bonne volonté se retrouve dans une impasse, alors cette dimension de la relation thérapeutique peut être abordée directement. A notre sens, cela permet d'éviter le risque d'un trauma vicariant (voir fiche à ce sujet). Outre les possibilités qu'offre la supervision ou le partage au sein d'un groupe d'intervision, notre modèle prévoit la possibilité d'une lettre d'influence.

Ce procédé invite le thérapeute à écrire une lettre à son patient, en prenant soin d'y exprimer tout ce qu'il ressent, même ce qu'il n'oserait jamais dire en face à face.

N.B. : Cette lettre ne sera évidemment jamais remise au patient !! Elle servira de support pour un travail avec le protocole de la lettre que le thérapeute pourra faire, soit avec un collègue, ou bien dans son propre lieu thérapeutique.

Si le patient ne peut se mettre au travail malgré une demande, et si toutes les autres voies ne permettent pas d'accéder à une cible qu'il est possible de retraiter, alors la « lettre d'influence » que travaillera le thérapeute peut être un levier qui ne nécessite que la motivation du thérapeute (voir aussi fiche sur le protocole des lettres et celle sur les trauma vicariants). Le but de cette démarche est de permettre au thérapeute de pouvoir rester dans une relation de travail et dans un lien constructif, c'est à dire un lien dans lequel il n'est pas maltraité par la thérapie, et dans lequel le fait de bien se traiter servira de modèle au patient.

Pour résumer notre propos, nous proposons le modèle suivant :



Dès que sur l'axe du lien, le patient se stabilise et que sa capacité d'attachement est suffisamment fonctionnelle et peu souffrante, alors l'axe émotionnel avec les cinq vitesses propose un

ciblage au plus près de l'expérience du patient et de ses objectifs. Plus les capacités d'attachement du patient sont mises à mal, plus sa souffrance se situe à ce niveau, plus l'axe du lien offre des possibilités de travail, qui auront comme but premier de restaurer cette dimension si fondamentale. A partir du moment où suffisamment de liens d'attachement sont restaurés, le patient se stabilisant sur ce plan, l'abord de l'axe émotionnel pourra se faire dans de bonnes conditions, en ciblant un événement du passé ou un déclencheur du présent. Ce travail pourra se faire soit directement dans un processus stable et continu, soit nécessitera un fractionnement dans le retraitement en ciblant uniquement une émotion devenant prépondérante, ou une peur particulière ayant émergé. Il se peut aussi qu'une relation problématique émerge, ramenant dès lors le travail de retraitement sur l'axe d'attachement, avant de revenir à la cible initiale. Ainsi le processus de retraitement continue, quelle que soit la vitesse à laquelle il avance. Avancer ainsi permet au tandem patient-thérapeute de consolider leur relation, et les acquis gagnés à chaque séance, et permet un cheminement dont le but est de se rapprocher des objectifs du patient. La motivation et l'espoir ainsi maintenus incitent le patient à se mettre au travail entre les séances, favorisant dès lors son autonomie.

6. Conclusion

Les personnes en thérapie évoluent à des vitesses différentes, en fonction d'un nombre important de paramètres, que nous ne pouvons pas contrôler en tant que thérapeute. Notre rôle est de fournir un cadre sécurisant et de bonnes conditions de travail. Le but de cette structure de traitement est d'aider le thérapeute à s'adapter aux personnes en thérapie et à leurs circonstances de vie, tout en sachant ce qu'il fait et pourquoi.

Notre hypothèse fondamentale soutient que les personnes en thérapie avancent aussi rapidement qu'elles le peuvent, eu égard leur situation particulière. Si elles ralentissent, c'est qu'elles ont de suffisamment bonnes raisons pour cela, que ces dernières soient conscientes ou non. Ce que nous essayons d'éviter est qu'elles ralentissent à cause du thérapeute.

Notre devise est de progresser aussi vite que possible, si les ressources du patient et ses conditions de vie le permettent, et d'aller aussi lentement que nécessaire pour que le cheminement thérapeutique se déroule en toute sécurité. Le modèle bi-axial permet ainsi d'adapter le degré d'exposition à ce que la personne est en mesure d'aborder, et de cheminer dans une démarche de succès à petits pas vers la construction de résilience et d'apprentissages utiles. Le bouclage d'objectifs restreints dans de bonnes conditions produit chez le patient une sensation de « triomphe », chère à Janet (1919), ce qui crée de la motivation à avancer et une participation active à sa thérapie. Le résultat est une coopération entre le patient et le thérapeute dans un processus dynamique qui ni ne stagne, ni ne dérape.

5. Bibliographie

Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S. & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime : the role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109,* pp. 69 – 73.

Blizard, R. (2003). Disorganized attachment: Development of dissociated self states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*(3), pp. 27 - 50.

Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personnalité disorder in The Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry, 150*, pp. 489-494.

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). Coping with trauma-related dissociation. Skills Training for patients and therapists. New York : W.W. Norton & Company. Pour la traduction française (2014). Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes. Bruxelles : De Boeck.

Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, pp. 519-527.

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Dell, P. F. (2001). Why the diagnotic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation, 2,* pp. 7 – 37.

Dell, P. F. (1998) Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, pp. 352-356.

Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters.* Papier présenté à la 10ième Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

Dellucci, H. (2010). *No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma.* Poster présenté au 11ième Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1er Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.

Dellucci, H., & Bertrand, C. (2012). Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles. *Revue Thérapie Familiale*, 33 (4), pp. 337 – 355.

Dellucci, H. & Tarquinio, C. (sous presse). L'EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – au service de la thérapie systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 55*. De Boeck.

Demos, E. V. (1998). Affect and the development of the self : A new frontier. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology, Vol. 3*, pp. 27 – 52. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.

Dorahy, M. J., Middledton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M. & Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of Affective Disorders, 172,* pp. 195 – 203.

Dye, E. & Roth, S. (1991). Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. *Psychotherapy, 28,* pp.103 – 120.

Ellason, J. W., Ross, C. A. & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry, 59*, pp. 255-266.

Goodman, B. & Nowak-Scibelli, D. (1985). Group treatment for women incestuously abused as children. *International Journal of Group Psychotherapy, 35*, pp. 531 – 544.

Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye Movement Desensitization Reprocessing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), pp. 275-290.

Follette, V.M., Alexander, P.C. & Follette, W.C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, pp. 150 – 155.

Herman, J.L. & Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy, 35*, pp. 605 – 616.

Hofmann, A., (2005) *EMDR in the treatment of complex PTSD patients.* Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Bruxelles, Belgique.

Hofmann, A. (2009). The inverted EMDR Standardprotocol for unstable Complex Posttraumatic Stress Disorder. In Luber, M. (Ed.) *EMDR Scripted Protocols. Special Populations.* pp. 313-328. New York: Springer Publishing Co.

Howell, E.F. (2005). *The dissociative mind.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Huber, M. (2004). *Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch*. Fischer Verlag.

Irwin, H. J. Affective predictors of dissociation-II : shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology, 54,* pp. 237 – 245.

Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsortientierte kognitive Therapie.* Thieme Verlag.

Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques.* Paris : L'Harmattan.

Kluft, R. P., (2007). Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of dissociative identity disorder. In : E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Eds). *Traumatic*

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Dissociation : Neurobiology and Treatment. Arlington, VA : American Psychiatric Press, Inc., pp. 301 – 316.

Knipe, J. (2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* Springer : New York.

Knipe, J. (2014). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. New York : Springer.

Korn, D., L. & Leeds, A., M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58,* (12), pp. 1465 – 1487.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger. Healing Trauma.* North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 5*, pp. 196 – 204.

O'Shea, M. K. (2009a). EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. New York : W.W. Norton & Company.

O'Shea, M. K. (2009b). The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. New York : W. W. Norton & Company.

Parnell, L. (2013). *Attachment-Focused EMDR. Healing relational trauma.* New York/London : W.W. Norton & Co.

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart : Klett-Cotta. 15. Auflage.

Reddemann, L. (2011). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart : Klett-Cotta. 7. Auflage.

Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L. & Gast, U. (2011). Awis-I Comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199,* (2), pp. 122 – 131.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self : The neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology, 9*, pp. 595 – 631.

Steele, K., Van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex PTSD and dissociative disorder patients. *Journal of Trauma and Dissociation, 2*, (4), pp. 79-116.

Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N. & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder, vol 821*, pp. 161 – 175. New York : New York Academy of Sciences.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, pp. 61-81.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.* New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Bruxelles : DeBoeck.

Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personnality disorders : A schema-focused approach.* Sarasota, FL : Professional Resource.

Ce qui a commencé comme une métaphore, servant au thérapeute à expliquer au patient les bifurcations nécessaires, pour cheminer le long d'un périple pas toujours prévisible, dans le but d'arriver à bon port, est devenu un modèle d'intervention qui nous guide aujourd'hui à travers toutes les thérapies avec les patients souffrant de trauma complexes et ce quels que soient les processus dissociatifs à l'œuvre.
Le caractère dynamique de cette structure permettant l'ajustement du ciblage, font que le tandem patient-thérapeute avancent en toute sécurité, quels que soient les contenus qui émergent. Cela développe une confiance fondamentale chez le thérapeute, qui peut considérer la phénoménologie apparente comme ayant de bonnes raisons d'émerger, même si celles-ci ne sont pas connues ou apparentes dès le départ. Cette confiance implicite est transmissible au patient et l'invite à davantage de curiosité et d'indulgence par rapport à son monde intérieur. Le thérapeute, posé, confiant, avec cette perspective d'avancer en s'ajustant, sans se perdre, est davantage en mesure de maintenir avec lui le patient dans l'ici et maintenant, en stimulant son système d'exploration, autrement dit une posture de curiosité. Le système d'action d'exploration est celui que Panksepp (1998) estime être le plus important pour avancer. Pour pouvoir explorer, il faut que la peur, c'est-à-dire l'envie de fuir, soit maîtrisée, de même que tout mouvement d'hostilité. Autrement dit, la possibilité d'exploration implique l'absence de mécanismes de survie.
Si l'on entend le système d'exploration comme un précurseur de la prise de conscience, et celle-ci une condition à la réalisation au sens de la TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010), adapter le ciblage pour maintenir le patient dans sa fenêtre de tolérance prend ainsi tout son sens. Au sens du TAI, les connexions et le remaniement des réseaux neuronaux peuvent se faire là où c'est possible, le thérapeute accompagnant le patient au rythme où ses réalisations peuvent se faire.

Si nous reprenons l'exemple de Nina, (Dellucci & Tarquinio, 2015), la levée d'amnésie concernant le double viol d'elle (6 ans) et de sa petite sœur (4 ans) a pu se faire après l'assainissement des liens familiaux et d'une partielle désensibilisation du lien au cousin agresseur, à travers le travail sur une lettre au cousin (axe du lien – relation à autrui). Ce travail s'est fait sur six mois. Le repositionnement de Nina au sein de sa famille, après quelques séances sur la lettre (pas terminée) avait suscité un sentiment de culpabilité qui ne s'est pas apaisé, jusqu'à ce que celle-ci soit remise à zéro (axe émotionnel – vitesse 2). C'est lors d'un ciblage sur une peur émergeante de « péter les plombs au travail » que Nina a voulu cibler (axe émotionnel – vitesse 1), que le viol sous amnésie a émergé. Jusque là Nina avait pensé avoir subi des attouchements, plus tard dans l'enfance, sans implication de sa petite sœur. Etant donné la stabilité de Nina, de son avancée et de sa motivation, nous avons choisi de cibler la culpabilité et la peur émergeante en laissant se faire les associations, comme elles se présentent, donc pas hors trauma. C'est à notre avis ce qui a permis à Nina de toucher le trauma du viol. Ce travail aurait pu être bloqué par des peurs dissociatives. Dans ce cas, nous aurions stoppé le retraitement et nous nous serions concentré sur la peur émergeante, avant de proposer à Nina de continuer l'exploration. Cette dernière a d'ailleurs été surprise par ce qui a émergé, et pensait être beaucoup plus déstabilisée, mais tel n'a pas été le cas.
En termes de réalisations, Nina avait pu comprendre lors du travail sur la lettre, que c'était elle la victime. Ensuite, elle a pris conscience de sa responsabilité dans la prise en compte de ses besoins, parce que sa famille ne le ferait pas pour elle. Elle a pu observer et réaliser, que la présence et le soutien de son mari, lui permettent de plus facilement se positionner dans sa famille. Jusque là, Nina n'avait pas encore pu réaliser la logique perverse dont elle et sa sœur avaient fait l'objet. C'est ce qui se montrait dans la relation avec le collègue de travail proférant des insultes particulièrement perverses, en utilisant ce qu'il savait de la fragilité physique de Nina (endométriose). Nina semblait découvrir et prendre conscience, petit à petit,

que ces remarques pouvaient être blessantes, précisant : « avant, ça ne me faisait rien ». Grâce à la réalisation que Nina a pu faire, que le collègue agressif n'arrêterait pas, elle a pu stabiliser cette relation, en mettant des limites efficaces, utilisant sa hiérarchie et la médecine du travail. Par la suite, la patiente a eu accès au trauma, réalisant le souvenir et l'utilisation perverse du lien qu'en avait fait l'agresseur. Nina a ainsi cheminé de prises de conscience, en réalisations successives, consolidant les changements qu'elle avait pu mettre en œuvre.

Comme cela a été le cas pour Nina, nombre d'autres patients cheminent en plusieurs étapes de thérapie, surtout s'ils restent bien fonctionnels pendant le décours de la thérapie. Lorsque les patients reprennent contact, pour effectuer une prochaine étape dans le travail, ils ont en général réfléchi à un ou plusieurs objectifs, sont motivés et le travail avance rapidement.

Nous avions rencontré Catherine, 69 ans, psychologue, vivant en couple, sans enfants, lors d'un atelier de thérapie intensive où elle était venue travailler, tant dans la posture du thérapeute que celle de la patiente. Elle formait un binôme avec une collègue avec laquelle au niveau de la relation thérapeutique cela avait été difficile dès le départ. Catherine était dévouée, et quoi qu'elle mette en œuvre, ça ne convenait pas à la collègue.
Lorsque était venu le tour de Catherine d'être la patiente, elle a pu raconter qu'elle avait subi de nombreuses maltraitances de la part de sa mère qui l'élevait seule. Aînée d'une fratrie de trois, les deux enfants suivants, qui n'avaient pas été reconnus par le père, avaient été placés d'emblée en famille d'accueil, l'un à la suite d'une consultation PMI, le dernier dès la naissance, car ils subissaient de graves négligences. Catherine avait été la seule à ne pas être placée. Elle a été partiellement élevée par la grand-mère paternelle.
Ayant déjà beaucoup travaillé sur elle, Catherine avait l'objectif de se débarrasser en EMDR, des séquelles de maltraitances qui lui restaient de sa mère. Sa thérapeute, malgré l'accompagnement par deux superviseurs, a multiplié les maladresses pour finalement décider qu'elle était fatiguée et qu'elle quittait l'atelier pour aller se reposer, ce qui l'a conduit à tout simplement abandonner sa patiente. Cette maltraitance iatrogène a amené l'un des superviseurs à faire avec Catherine un travail de stabilisation, puis à aborder une lettre à sa mère, un travail qui a pu se conclure. Elle a pu rentrer apaisée, disant avoir beaucoup appris. Suite à cette expérience, Catherine a pu réaliser qu'elle se mettait souvent en situation d'être maltraitée … .
Souhaitant approfondir cette question, Catherine a pris rendez-vous pour travailler pendant deux jours dans un dispositif EMDR intensif[2]. Lors de cette seconde étape, Catherine a pu préciser le contexte de son enfance : Sa mère était dans une relation de dépendance à l'égard du père, qui ne vivait pas avec elle. Il lui rendait régulièrement visite, mais passait la majorité de son temps à voyager. Catherine rapporte avoir de nombreux souvenirs d'avoir été laissée seule et d'avoir été souvent malade (coqueluche, varicelle, scarlatine, asthme), qu'elle avait failli mourir étant enfant. La patiente évoque la présence attentive d'un médecin.
Sur le conseil du médecin, la grand-mère hébergeait régulièrement Catherine et sa mère, mais entre la mère et sa belle-mère régnait un climat d'hostilité.
Les grands-parents et les parents de Catherine sont décédés aujourd'hui. Le contact avec sa sœur et son frère est difficile, car ils en en veulent beaucoup à Catherine d'avoir été la seule à avoir été reconnue par leur père et de ne pas avoir été placée. Ils pensent que la patiente était la préférée. Catherine pense qu'elle a été un faire valoir pour sa mère, dans le but que son père

[2] Il s'agit d'un dispositif mis au point par Guy Sautai, qui consiste à travailler pendant une semaine en thérapie EMDR. Nous avons modifié la durée de ce dispositif pour le limiter à 1-3 jours, à raison de 6-8 heures par jour, renouvelable tous les 2-6 mois en fonction de la durée du travail. Ce temps est nécessaire pour intégrer le travail effectué et mettre en œuvre les changements souhaités. Le patient est invité à observer ses réactions, celles de son environnement, et s'il souhaite refaire un bout de thérapie intensive, est invité à réfléchir à un objectif.

garde le contact avec cette dernière, mais que cela lui a valu ses pires souvenirs d'enfance. Elle décrit avoir un bon contact avec un de ses neveux, qui est son filleul, et qui a choisi la même profession qu'elle.
Catherine rapporte avoir eu des conduites à risque dans le passé, des mises en danger pendant sa vie d'adulte, une relation de couple où ont eu lieu des violences conjugales. Elle n'a pas eu d'enfants. Actuellement l'auto-agressivité et les mises en danger ont cessé, et Catherine vit dans une relation de couple constructive.

Les plaintes et objectifs que la patiente amène sont les suivants :

- Des peurs inexpliquées ainsi qu'une peur de son propre pouvoir, avec un sentiment d'être illégitime, et une sensation d'être en danger
  - L'objectif : Catherine voudrait être plus sereine, elle se sentir en sécurité
- Des sensations régulières de moments graves, où Catherine se sent paniquer en disant avoir le sentiment de ne pas avoir d'autre issue que de mourir
  - L'objectif : « Je n'aurai plus besoin de basculer dans un monde irréel »
- Il y a des restes par rapport aux maltraitances et aux négligences dans l'enfance.
  - L'objectif : Catherine souhaite déblayer ces restes
- L'observation déjà exprimée de se mettre régulièrement en situation d'être maltraitée
  - L'objectif : « Je pourrai prendre une posture d'autorité et me protéger. »
- Malgré une relation de couple satisfaisante, il reste un bémol : une sexualité perturbée.
  - L'objectif : Catherine souhaiterait vivre une sexualité plus épanouie.

Face à cette liste, la thérapeute imagine un travail titanesque, avec de multiples souvenirs à aborder dans le passé, dont des moments de mort imminente, des déclencheurs au niveau de la sexualité, une remise à zéro de la honte/culpabilité, de la peur, de la panique de perte du lien et de la colère, avec un travail sur les empreintes précoces, et sur les relations qui restent aujourd'hui encore compliquées : le père, la grand-mère paternelle, la fratrie, … pour ce que nous en savons actuellement. Un travail qui dépasse largement le cadre des deux jours prévus.

Catherine est une co-thérapeute au sens du Modèle de Bruges, elle a des demandes et des objectifs clairs, se met au travail, sait qu'elle a déjà beaucoup travaillé sur elle, a confiance en l'EMDR et la structure que nous utilisons en constatant que dans sa pratique, elle peut l'utiliser avec de nombreuses personnes. Elle aide à la planification. La stabilisation est acquise. Catherine a développé une capacité d'auto-observation hors du commun, malgré des réactions qu'elle décrit comme dissociatives, elle a la capacité de rester présente et bienveillante envers à elle-même.
Lorsque nous lui proposons le plan de traitement ci-dessus, Catherine indique que le travail sur la lettre à sa mère l'avait beaucoup aidée, et qu'elle a pensé à une lettre … à sa grand-mère maternelle. Pensant que Catherine avait de bonnes raisons de demander cela, nous l'avons suivie. Sa mère avait été négligée et maltraitée par sa propre mère, avec un père qui avait été absent. Il s'agit pour Catherine de la lettre la plus facile à aborder. Elle l'a déjà écrite.
Durant la première matinée, le processus de retraitement s'avère extrêmement intense. Nous pratiquons une méthode d'oscillation avec des exercices d'ancrage, les symptômes de sous-activation régressent. Après une séance de travail, Catherine évoque : « travailler comme ça à propos de ma grand-mère commence à me donner accès à quelque chose que je n'ai pas pu voir ». Nous remarquons que Catherine semble avoir accès à la colère, ce qui n'était pas le cas avant. Par ailleurs, la patiente indique qu'elle se sent grandir. La séance est incomplète.
A la reprise l'après-midi, Catherine raconte qu'elle a retrouvé sa sœur en 1995, et son frère en 2005. Avant il n'y avait pas de contact. La patiente évoque : « il y a des moments où les connexions se font », une phrase que nous ne comprenons pas tout de suite. Catherine

explique, que même si les relations avec sa fratrie restent difficiles, elle ressent de la gratitude d'être en lien avec la génération de ses neveux et petits neveux.
La lettre à la grand-mère est reprise. Il émerge un Etat du Moi « petit bébé », dont Catherine peut prendre soin.
A la fin du retraitement à partir de cette lettre, il émerge de la culpabilité à l'égard de la sœur et du frère. Catherine souhaite aborder la relation à sa fratrie à partir d'une lettre. Cette lettre est rédigée en 10 min selon la consigne habituelle. Catherine a intitulée sa lettre : « à mon petit frère, ma petite sœur et vous tous les bébés morts ». Nous sommes surpris de cet ajout, car nous ignorions qu'il y avait eu des bébés morts. S'agit-il d'une continuité sur le travail transgénérationnel initié plus haut à travers la lettre à la grand-mère ?
Peu importe. Le protocole des lettres est mis en œuvre, cette fois avec un processus qui se déroule en douceur. Au bout de la journée, le travail se termine sur une séance inachevée : « ça me soulage, et m'ouvre une voie vers un changement possible, » dit Catherine.
A travers son discours, la patiente évoque son souhait de rester en lien avec sa sœur et son frère. Ils lui témoignent du ressentiment, mais Catherine indique qu'elle peut se protéger et rester à distance et qu'il est important de maintenir le lien. Devant la volonté farouche de sa sœur de ne pas transmettre l'histoire familiale à la génération suivante, et devant les demandes du neveu entre temps devenu adulte, Catherine réfléchit à l'écriture d'un récit familial transmissible dans de bonnes conditions.

Au début de la seconde journée, Catherine se montre stable, rapporte qu'elle a pu se reposer et qu'elle est prête à reprendre le retraitement. Lors du questionnement que lui propose la thérapeute (feuille de route) émerge une émotion prépondérante : la honte/culpabilité. Le tandem continue avec une remise à zéro de cette émotion.
Ensuite, lors de la réévaluation de la lettre à la grand-mère maternelle, Catherine indique qu'elle se sent tout à fait neutre par rapport à ce contenu. Son corps est calme.
La lettre à la fratrie est reprise. Il émerge une figure symbolique sous la forme d'un renard qui lui souffle des consignes de protection. A la fin du retraitement de la lettre à sa fratrie, Catherine dessine un nouveau génogramme, où elle inclut tous les bébés dont sa mère a avorté, et elle donne un nom à chacun des enfants en fonction des contenus qui lui sont venus. La famille ascendante gagne en clarté.
Ensuite, Catherine choisit d'aborder le thème de la sexualité. Un plan de ciblage classique EMDR est construit, faisant émerger des événements transgénérationnels, des souvenirs d'humiliation de la part de sa mère à l'adolescence, une relation compliquée dans le passé avec un conjoint où Catherine ne s'était pas sentie en sécurité, ainsi que des déclencheurs dans le présent. Lorsque la thérapeute pose la question du scénario du futur, Catherine commence par exprimer toute sa gratitude pour la relation de couple qu'elle vit actuellement, et où les choses se passent avec simplicité et respect. Elle souhaiterait que dans l'intimité cela se passe avec la même simplicité et qu'elle puisse se laisser aller, avoir du désir, que tout se passe bien jusqu'au bout, avec le ressenti d'un déroulement naturel.
Catherine signalant préférer l'abord de cette problématique par le biais relationnel, la thérapeute lui laisse le choix, soit d'adresser une lettre à son ex-conjoint, ou d'écrire une lettre à une version d'elle plus jeune, aux prises avec cette relation non-constructive. Catherine choisit la seconde option.
Après le retraitement de cette lettre, les souvenirs du passé sont neutres, ainsi que les déclencheurs. Vérifiant le scénario du futur, Catherine indique que « c'est possible, même complètement possible » avec un large sourire joyeux.
Avant de partir, Catherine indique qu'elle doit quand même écrire une lettre à sa grand-mère paternelle. Après le retraitement, elle indique que cette lettre est très réconfortante pour elle, car elle a pu renouer avec de nombreux bons moments de l'enfance. Catherine repart en

disant : « c’est un vrai cadeau pour moi d’avoir pu recontacter cela », en ajoutant : « par moments, elle était tellement horrible, que je ne pouvais rien ressentir ».

Nous avons l’habitude de demander un retour à nos patients, environ un mois après le travail intensif. Souvent nous n’avons pas de nouvelles, et nous recadrons cela en pensant qu’elles sont bonnes et que le patient est déjà passé à autre chose. Dans le cas de Catherine, nous avons eu des nouvelles :
« La chose principale depuis notre travail, c'est la distance que j'ai pu mettre avec ma sœur et les événements. J'étais passée la voir avant ma venue, et je lui avais parlé pour la première fois du travail sur ma mère que j’avais fait l’an passé en EMDR. Elle était restée septique mais elle m'a appelé rapidement pour me demander ce qui s'était passé pendant le travail des deux jours. C'est la où j'ai pris conscience que je n'étais plus touchée par les paroles de ma sœur, ses réserves, sa dureté, ses éventuelles accusations. Pour elle c'est elle qui a souffert, j'ai été celle qui a été privilégiée. Nous avons évoqué ensemble le fait qu'elle puisse demander à avoir accès à son dossier de l’ASE. Avant j'aurais insisté, là j'ai pu lui dire qu'elle réfléchisse à son besoin pour elle même. Je me sens beaucoup plus sereine depuis notre travail. Tout n'est pas terminé. Je sens qu'il serait nécessaire que je travaille toute la partie paternelle. Notre travail de la fin avec la lettre à ma grand-mère paternelle m'a beaucoup surprise. J'aimerais continuer car ce que je suis m'a été transmis pour beaucoup par elle. Nous avons fait des travaux dans la maison. Je pense que notre travail se retrouve là aussi. Je vis souvent mal les délais, le fait de ne pas avoir pu tout terminer dans les délais que nous nous étions fixés. Là c'est le contraire. Je suis tranquille. Nous avons le jardin avec des ouvriers qui retournent tout, et ça va. Je ne suis pas angoissée comme j'aurais pu l'être. Je compte faire "l'histoire de la famille" comme c'était prévu. »

Cette thérapie a connu deux autres étapes : L’une un an plus tard sur deux jours en individuel et une seconde un an et demie après, où Catherine est venue travailler avec son mari pendant une journée.
Lors de la seconde étape individuelle, Catherine a pu aborder la relation à son père, et continuer à travailler sur des trauma transgénérationnels du côté de la branche paternelle. Sur le plan de la sexualité les choses ont pu être réglées. Entre temps a émergé une sensation « de devenir bête » où Catherine décrit perdre ses moyens face aux explications de son mari par rapport à l’informatique et la comptabilité. Ces thèmes ont pu être abordés au moyen de la thérapie EMDR : une lettre au père, puis deux fois par un protocole standard, l’un sur un événement transgénérationnel de guerre, l’autre sur le déclencheur des explications du mari.
Lors du travail en couple, Catherine et son mari ont pu aborder des peurs d’avenir, ainsi que la fin de vie de leur chat, une figure d’attachement importante pour eux.

Ce travail avec Catherine a pris au total 34 heures de thérapie en individuel (y compris 4 heures pendant l’atelier) et 6 heures en couple. Nous pensons que l’intervention stabilisatrice au moment où Catherine en avait besoin a fondé une confiance qui a rendu le lien thérapeutique sécure, permettant d’avancer rapidement par la suite.
Nous avons commencé par un travail de lettre à la grand-mère maternelle (axe du lien – relation à l’autre), puis a émergé une émotion, qui n’a pas été entendue tout se suite, au profit d’une seconde lettre à la fratrie (axe du lien – relation à l’autre). L’émotion prépondérante l’est restée, ce qui nous a conduit à effectuer une remise à zéro (axe émotionnel – Vitesse 2), pour continuer sur un travail de lettre. Ensuite, nous avons voulu aborder un plan de ciblage avec des protocoles EMDR standard, et la patiente a souhaité passer par une lettre adressée à une version de soi plus jeune (axe du lien – relation à Soi), puis une lettre à la grand-mère de la branche paternelle (axe du lien – relation à l’autre).

La planification de cette thérapie aurait pu se faire tout autrement. En suivant la patiente dans ses souhaits et en entendant ses arguments pour travailler de manière préférentielle sur des lettres, elle a pu atteindre ses objectifs en un temps record. Nous pensons que la démarche de préciser des objectifs clairs et observables a porté ses fruits.
Etant donné la répétition intergénérationnelle de la maltraitance de la grand-mère maternelle sur la mère, celle de la mère à l'égard de Catherine et de ses autres enfants, nous pensons que le travail sur l'axe du lien pouvait permettre d'aborder ces différents niveaux à la fois, notamment lorsque a émergé un Etat du Moi « petit bébé ». Quel qu'ait pu être cet enfant, il a été réconforté.
La mise en perspective d'un nouveau génogramme et l'inclusion des contenus ayant émergé au sujet des bébés morts a été pour Catherine un pas important, par lequel elle a réalisé les liens qu'elle pouvait faire entre toute cette maltraitance et son cheminement de vie, faisant le choix de ne pas avoir d'enfants. Néanmoins, à travers la construction d'un récit familial à transmettre, en répondant à la demande du neveu, Catherine montre qu'à son niveau, elle peut offrir une vision plus intégrative, avec du sens, pouvant étayer la génération suivante.
Dans le premier axe individuel, Catherine a choisi d'abord de travailler pour sa famille, à savoir sa mère et sa fratrie, puis elle a pensé aussi à elle en choisissant d'aborder la sexualité. Il est possible, que ce pas ait été facilité par le travail sur la honte. En choisissant une lettre à une version de soi plus jeune, Catherine fait un pas important dans la réconciliation avec elle-même.
Lors de la seconde étape individuelle, Catherine, au delà de la lettre à son père (axe du lien – relation à l'autre), a accepté de travailler avec le protocole standard EMDR sur un événement transgénérationnel (axe du lien – relation à l'autre) et un déclencheur dans le présent (axe émotionnel – vitesse 4).
Lors du travail de couple, nous avons abordé les cibles sur les peurs du futur (axe émotionnel – vitesse 1) et un événement récent (axe émotionnel – vitesse 4) avec le protocole standard.

Ce travail illustre bien à quel point faire confiance au patient et à ce qu'il souhaite a été opérant, malgré un passé dont on aurait pu imaginer un nombre certain de points de blocages. Si cela s'était passé, nous aurions rétrogradé, travaillé sur les peurs, si nécessaire nous serions revenus à de la stabilisation, puis nous aurions évalué et décidé ensemble de la suite.
Est-ce l'abord par l'axe d'attachement qui a permis un processus aussi fluide ? C'est possible, mais pour pouvoir répondre à cette question au delà d'une estimation hypothétique, il serait nécessaire de faire une recherche en comparant deux groupes, l'un bénéficiant de cibles abordées sur l'axe des émotions avec le protocole standard, l'autre se focalisant sur des cibles relationnelles qui seraient abordées par le protocole des lettres.

A travers les cas cliniques que nous avons présenté, il apparaît clairement, que nous naviguons le long des deux axes, car la motivation et l'émotion sont présentes, les patients sont en mesure de ressentir de l'affect, même si, d'après nos observations, l'abord par les lettres permet la plupart du temps une qualité de retraitement où la dimension affective ne fait pas défaut.
La prochaine section abordera le cas des patients où les choses ne sont pas aussi faciles. Les patients dissociatifs ont tendance à diriger l'hostilité envers eux-mêmes, plutôt que de montrer de l'affect à l'extérieur. Souvent ils ont tendance à se rétracter de la relation, soit à travers des éprouvés de honte et de peur, avec souvent un sentiment d'inadaptation aux autres. Il n'est pas rare que ces sentiments soient aussi le fruit d'une précocité, régulièrement méconnue et peu acceptée. Si tel est le cas, de fait, ces patients fonctionnent différemment de la majorité, et n'arrivent pas à se reconnaître dans le monde environnant (Siaud-Faccin, 2008).

5.2. Axe du lien : une intégration de trois nivaux d'articulation

Avec les patients dissociatifs, il nous est souvent arrivé de travailler « par couches », c'est-à-dire que nous pouvions aborder un certain nombre de cibles, pour ensuite buter sur un blocage difficile à résoudre, comme cela l'a été dans le cas de Laure (voir article : Dissociation et Traumatismes transgénérationnels, chapitre 4), ou alors nous avons travaillé avec le protocole précoce, avec l'impression d'avoir retraité un nombre important d'éléments, pour rencontrer une PE bébé qui recelait l'expérience d'être tombé de la table à langer, avec une attitude peu bienveillante de la part de l'adulte, ou encore une lettre à un père violent, que nous croyions complètement retraitée, mais où émerge un affect d'une loyauté indéfectible lors d'un rituel pour rendre.
A travers ces cas cliniques, nous tenterons d'illustrer les trois axes du lien, pour aborder le dernier, celui de la relation thérapeutique par le biais d'un article.

L'axe du lien se conjugue en trois dimensions : le lien à l'autre, le lien à soi-même, et le lien thérapeutique.

5.2.1. Le lien à l'autre.

Il est naturel, lorsque nous nous intéressons à la dimension du lien, de penser le lien par rapport à autrui. En tant que mammifère, nous ne pouvons conjuguer le monde sans la présence de l'autre, d'abord dans la dyade, puis rapidement dans le clan familial, impliquant nos parents, une fratrie, des animaux, puis la famille élargie. Ce cercle s'élargit avec les amis, les camarades, les co-membres de nos activités plus ou moins favorites, nos cercles d'amis restreints, les petits-amis, nos connaissances, nos conjoints, nos collègues, la hiérarchie, les personnes dont nous nous occupons, ceux qui partagent les idées auxquelles nous tenons, …. les cercles sont quasiment infinis. Et cependant, nous rencontrons dans notre patientèle des individus se disant isolés, en lien avec personne. Ici aussi, les liens blessés ne manquent pas.
Lorsque nous travaillons avec des patients souffrant de trauma complexes, nous évaluons rapidement l'environnement proche, c'est à dire les liens qui peuplent le quotidien. Sont-ils constructifs, y a-t-il des liens qui souffrent ? La personne est-elle en mesure de prendre soin d'elle au sein de ces liens ? Faut-il mettre des limites ? Est-ce possible ? Y a-t-il des personnes sur lesquelles le patient peut s'appuyer ? Y a-t-il de bons souvenirs ?
S'il y a souffrance, nous assainissons d'abord les liens du quotidien. Notre but étant de stabiliser l'expérience de la vie courante. S'il s'agit d'un collègue, ce lien sera plus facile à cibler que la relation à un parent maltraitant. Ecrire une lettre à un enfant permet plus facilement de toucher de l'affect, qu'aborder la relation à un grand-parent ayant terrorisé tout le monde.
Lorsque les personnes ont réussi à se protéger de leur famille d'origine, dans les cas où cela s'est avéré nécessaire, elles ont souvent pris de la distance et limité les contacts. Cela ne veut pas dire que ces liens ne sont pas souffrants, mais ils ne sont pas au premier plan. La stabilisation relationnelle doit se construire d'abord avec les personnes de l'environnement immédiat.
Ainsi Marie, 46 ans, peut compter sur un conjoint avec lequel elle fait équipe de manière satisfaisante, autant dans le lien conjugal qu'en tant que parents. Elle a deux fils, avec lesquels elle entretient de bonnes relations. Elle les préserve de sa propre famille d'origine. Lors d'un travail de création d'un lien constructif avec une PE, Marie a pu partager un bon moment actuel de jeux de société en famille, certains dimanche après-midi, un souvenir que cette PE ignorait.
Une fois que l'environnement immédiat est suffisamment stable, c'est-à-dire peuplé de liens soutenants, d'attachements sécures, nous pouvons explorer les liens avec la famille d'origine.

La thérapie systémique nous a enseigné la pratique du génogramme, inventé par Murray Bowen (1974), qui représente un outil thérapeutique utilisé en thérapie familiale pour aider une personne à se différencier de sa famille d'origine (Carter & Orfanidis, 1976; Guerin & Pendagast, 1976), explorer la qualité des liens, les héritages et les ressources.
Parmi les liens importants il y a celui à la fratrie, à la mère et au père, aux grands-parents, à la fratrie du père et de la mère, aux conjoints, aux cousins et cousines et à toutes les personnes qui ont pu être significatives. Nous y ajoutons toute personne, animal ou activité qui est ou a été une ressource importante (Cabié, 2007), et qui peut constituer une ressource sur laquelle la personne va pouvoir s'appuyer. Ces liens, en plus d'un environnement quotidien stable, vont permettre d'aborder des liens plus souffrants et souterrains.
Parfois la simple évocation de la famille d'origine et la tentative de faire un génogramme, même prudemment, peuvent être déstabilisantes pour une personne. Pour Marie, évoquer sa fratrie a nécessité le recours aux exercices de stabilisation. Evoquer ses parents a longtemps été chose impossible. Pourtant, une de ses principales motivations en thérapie avait été d'éviter une transmission à ses enfants. Après ce moment de déstabilisation surprenant, Marie s'est montrée très récalcitrante pour évoquer sa famille et ce malgré le fait que le retraitement des empreintes précoces se soit bien passé. Aujourd'hui nous savons que c'est la PAN qui avait régulé l'accès aux empreintes précoces, en favorisant celles qui n'étaient pas trop douloureuses.
Au delà de celles-ci, nous avions pu aborder des peurs et les retraiter efficacement, remettre à zéro certaines émotions, travailler sur des déclencheurs, le tout entraînant de réels changements dans la vie de Marie, lui permettant de tolérer davantage les émotions intempestives chez l'autre, les accès de colère, les échanges conflictuels, améliorant considérablement la qualité de vie à son travail, où cela arrivait régulièrement.
Au cours de la thérapie, des PE avaient émergé également, provoquant des réactions hostiles et phobiques de la PAN. Ces dernières ont pu être retraitées et un lien constructif a pu se nouer entre la PAN et deux PE, l'une de deux ans, l'autre de six ans. Nous avions l'intuition qu'il devait y avoir davantage de PE, mais nous attendions leur émergence pour retraiter l'émotion qui les accompagne. Ce que Marie nous avait appris, est qu'elle régulait très efficacement l'accès au matériel, et qu'il ne faut pas croire avoir tout désensibilisé après un seul passage.

A la 62ème séance, émerge une peur irrationnelle : qu'il arrive quelque chose à son fils aîné, Cyril. En demandant à Marie de préciser davantage, elle évoque : « la peur qu'il traverse un moment de tel désespoir, qu'il ne voit plus le sens de la vie ». Cette peur est retraitée avec un protocole standard. En phase 3, l'image la plus perturbante est : quelqu'un qui saute d'un pont ; Cognition négative : « je suis nulle », puis « je ne peux pas accepter que je ne puisse pas tout pour lui » ; Cognition positive : « Je peux accepter la vie comme elle vient » ; VoC = 1 ; l'émotion : de l'angoisse ; SUD = 5-6 avec la mention « j'en retiens », 10 si pas retenue ; la localisation dans le corps : la poitrine, le ventre.

En phase 4, Marie conclut avec un SUD = 0 et des pensées auto-réfléchies : « ce sont mes propres projections de mort ». En fin de séance, cette cible est complètement retraitée, avec une VoC = 7 et un bon scanner du corps. La synthèse que Marie fait en fin de séance : « j'ai beaucoup de chance et de plaisir à être maman, mes garçons sont extrêmement compétents. Ce sont mes propres angoisses, une grande part appartient à ma mère ».
A la séance suivante, cette peur du futur, qui avait été complètement retraitée, a été réactivée par un événement réel, où Cyril a été malmené par son cousin Alain. La peur de Marie, à savoir que le passé familial se transmette à ses enfants trouve ici une preuve tangible. La thérapeute fait l'hypothèse que cela participe à la déstabilisation actuelle, mais elle sait aussi à quel point parler de sa famille est déclenchant pour Marie. Néanmoins la patiente consent à

faire le lien avec un événement du passé entre elle est sa sœur aînée, survenu entre elle et sa sœur aînée : avait été trahie de manière comparable à Cyril par son cousin Alain, le fils de sa sœur. Marie y voit une répétition évidente. La thérapeute propose à Marie d'aborder cet événement récent, en lien avec le souvenir de sa sœur.
Faisant l'hypothèse, qu'aborder le déclencheur seul n'aurait soit pas été accessible, ou au contraire, aurait ouvert la boîte de Pandore, la thérapeute a saisi le lien que faisait Marie à travers la répétition qu'elle nommait, signalant par ce biais que celui-ci était abordable.
Indiquant qu'elle fait confiance à sa thérapeute, Marie donne son accord. Tout autre événement difficile hormis le matériel ciblé, est confiné dans le contenant. La thérapeute construit ensuite une phase 3 en utilisant un double ciblage, oscillant entre l'événement récent (nommé : Déclencheur puis D) et la résonnance du passé (nommée : Passé, puis P) :

Tableau 5.1. : montrant le cheminement au long des deux cibles au cours de la phase 3

Déclencheur : p.ex : événement récent : Cyril malmené par son cousin Alain	Passé : p.ex : trahison vécue par Marie de la part de sa sœur
Image Déclencheur : Alain en train de crâner	
	Image Passé : bribes d'images, la sœur qui trahit
	CN P : j'ai moins de valeur que les autres
CN D : idem	
CP D : Je suis moi	
	CP P : Je suis bien comme je suis
	VoC : 0-1
VoC : 1-2	
Emotion : colère, rage	
	Emotion : coupée
	SUD : 7-8
SUD : 9	
Loc corps : dos, mâchoires, tout le corps	

Cette double cible a été retraitée en une seule séance, avec un SUD = 0, VoC = 7, pour les deux cibles et un bon scanner du corps. Lors du retraitement de cette cible, Marie a pu ressentir des sensations physiques, comme d'habitude, mais elle a eu accès également à des images, des pensées. Il n'y a pas eu dissociation. Le processus de retraitement a été fluide.
Nous avons baptisé cette pratique « Protocole Double » (Dellucci, 2014b).
Pour Marie cela a été la première fois qu'elle a pu bénéficier d'un retraitement où les trois dimensions, à savoir images, pensées et sensations corporelles étaient présentes. Généralement le retraitement chez Marie se faisait à partir de sensations corporelles. Le travail impliquant la cible concernant sa sœur a été possible, grâce à sa motivation d'assainir ses transmissions à son fils, un lien stable et sécure. Ensuite Marie a pu aborder le travail sur d'autres liens dans la famille.
A la suite de ce travail, a émergé le souvenir de la violence folle du père, lorsque ce dernier « piquait ses colères ». Nous avons continué avec une lettre au père, toujours de manière fractionnée, c'est-à-dire en confinant tous les autres contenus. Ce travail a pris quatre séances. Marie a pu clore sa thérapie une séance plus tard, après les vacances d'été, en étant stable dans sa vie quotidienne et avec une capacité accrue de profiter des bons moments. Une partie de ses objectifs étaient atteints.

Après un an, le père de Marie étant décédé, la patiente a refait une demande pour aborder d'autres liens, notamment celui à sa mère. Elle évoque son père en disant : « Aussi violent qu'il ait été, à la fin de sa vie j'ai vraiment pu voir le petit garçon blessé. » Par contre, sa mère l'exaspère ! Ce travail, qui continue actuellement, nous fait prendre conscience, de par les contenus travaillés, combien il était vital pour Marie, que son cheminement soit respecté, car les réalisations qui suivent sont douloureuses.

Si nous faisons la synthèse pour la thérapie de Marie, nous pouvons dire qu'elle a un environnement immédiat qui est stable et soutenant, mais que le lien avec autrui au delà de son cocon choisi est traumatique, tant pour ce qui concerne les déclencheurs au travail, que sa famille d'origine. Nous pouvons rapporter de la part de Marie, que malgré le fait que le retraitement n'ait été que partiel, en ce que nous ne pouvions toucher de contenu dissociatif trop difficile et qu'il n'a donné lieu qu'à des contenus apparaissant sous forme de sensations physiques, il a néanmoins été efficace, car les déclencheurs au quotidien ont pu être neutralisés.
Est-ce que l'émergence de la crainte irrationnelle a été fortuite, ou bien a-t-elle été déclenchée ? Nous ne le savons pas. La seule hypothèse que nous pouvons avancer est que quelque chose a fait émerger cette peur. Nous pourrions imaginer le projet de Cyril, d'aller voir son cousin, un fait entendu dans son entourage, au travail, ou encore des faits divers rapportés dans les média concernant un suicide depuis un pont, dans le présent ou dans le passé … les sources déclenchantes sont multiples et en grande partie immaîtrisables.
Ce que nous pouvons dire aussi, c'est qu'à partir de sa motivation à aider son fils aîné, un lien sécure et motivant pour Marie, qu'elle a pu se donner les moyens d'aborder d'autres liens familiaux, en commençant par le moins pire.
Nous savions, lorsque Marie a arrêté sa thérapie, qu'elle n'avait pas encore abordé la dimension du lien à sa fratrie, nombreuse, ni celui à sa mère. Nous pensions que lorsqu'elle serait prête et motivée, Marie referait une demande, pour aborder la suite, ce qu'elle a fait.

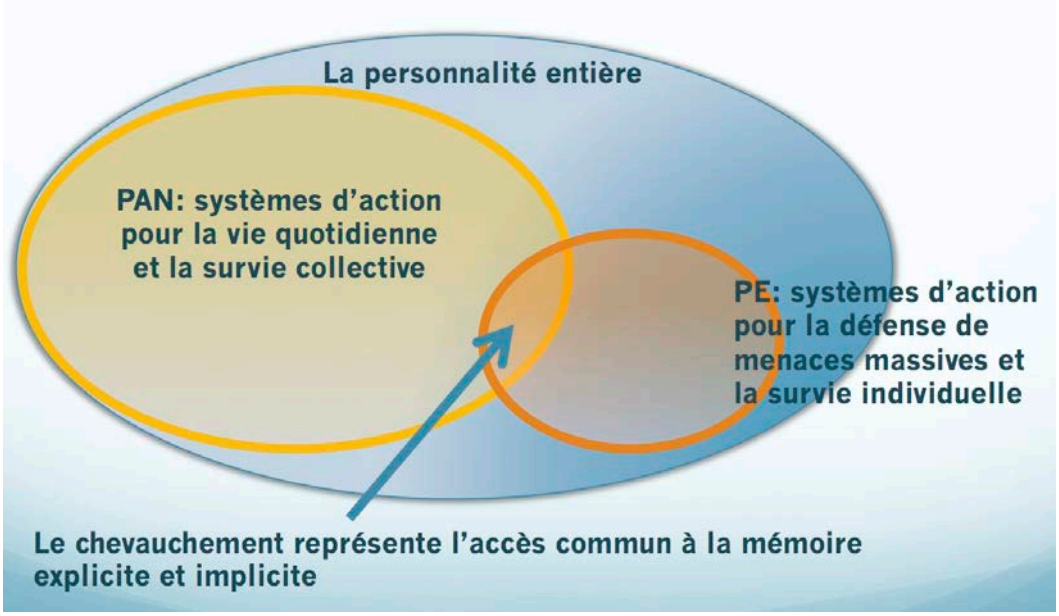
Ici la thérapie brève centrée compétences nous a donné raison, en nous invitant à systématiquement et explicitement travailler avec les ressources et les compétences et de manière non systématique sur les problèmes, c'est-à-dire attendre le moment où ils émergent, dans le respect des capacités d'intégration et avec l'accord de Marie.
Outre le protocole double, que Marie nous a permis de découvrir et que nous continuons à mettre au point au delà de sa phase expérimentale, elle nous aussi enseigné qu'en l'absence d'une déstabilisation, nos patients, même ayant un fonctionnement très dissociatif, nous donnent accès à ce qui est possible. La seule erreur que nous puissions faire est de croire que tout soit retraité après un seul passage, p.ex. : toute la colère, toute la peur après leur remise à zéro, ou des empreintes précoces, même si un réel retraitement a pu se faire sur une partie du matériel ciblé.
Le lien à l'autre comporte, outre les liens avec la famille d'origine, aussi la dimension transgénérationnelle. Ici, des souvenirs émergeant soit lors d'un pont d'affect, ou dans le génogramme, ou encore suite aux questions d'exploration directes. Ils peuvent être ciblés avec un protocole EMDR standard. Lorsqu'il n'y a pas d'événements précis, mais qu'un « lien source » a donné lieu à un « point froid » ou un « point chaud » (Dellucci, 2014b, sous presse – voir rubrique sur les trauma transgénérationnels à la fin du chapitre 3 et 4), nous invitons le patient à écrire une lettre à cette personne, même si elle ne l'a jamais connue. Nous la retraitons à l'aide du protocole des lettres (Dellucci, 2009a ; sous presse).
C'est ainsi que Catherine a pu retraiter, à travers une lettre adressée à la grand-mère maternelle, la souffrance dont sa mère avait fait l'objet, lorsqu'elle était enfant, des événements qui ont eu lieu avant sa naissance. Lorsque les trauma transgénérationnels font

partie de réseaux dissociatifs, nous les ciblons à travers le travail sur des PE directement (voir chapitre 4).

5.2.2. Le lien à Soi.

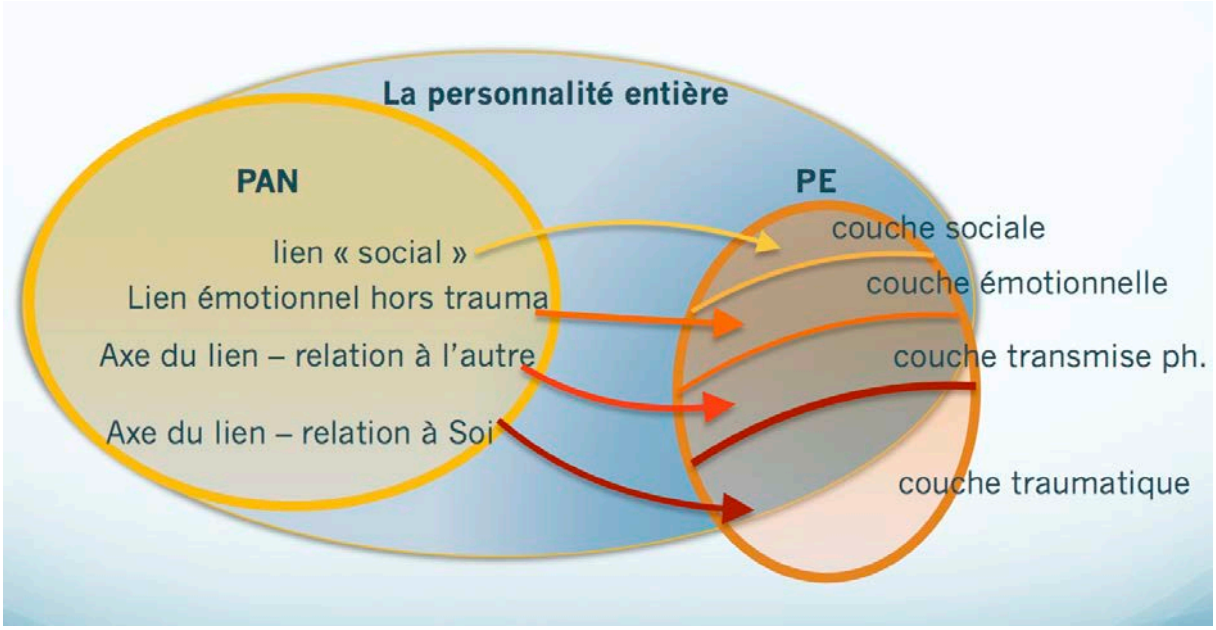
Le lien à Soi nous conduit à explorer la manière dont la personne se traite elle-même, sa capacité à prendre soin d'elle, la prise en compte et le respect de ses besoins.
C'est à cet endroit que nous prenons en compte les mouvements dissociatifs, que nous les explorons avec le patient, avec pour finalité de retraiter le trauma et permettre l'intégration de ces réseaux, c'est à dire rendre inutile le recours à la dissociation.

Fig. 5.2 Schéma montrant une PAN et une PE (Van der Hart et al. 2006/2010)



Si nous suivons la conceptualisation de la TDSP, et que nous schématisons une PAN et une PE, nous aimerions étendre cette métaphore en proposant une PE en plusieurs strates.

Fig. 5.3. Strates proposées pour penser une PE et les liens PAN-PE à construire



C’est à travers le lien à Soi que nous aidons le patient à créer un lien constructif entre la PAN et la PE, c’est-à-dire entre ces deux parties de lui-même.
Suivant le schéma proposé à la Fig. 5.3., nous explorons avec la PAN l’apparence et les réactions de cette PE émergeante. Le plus souvent la PAN réagit avec phobie et hostilité. Pour qu’un « lien social » puisse s’établir, au sens de celui qu’on entretient avec un individu dont on fait connaissance, il est utile de ne pas céder au réflexe de partir en courant ou d’agresser l’autre. Pour offrir de bonnes conditions à cette rencontre, nous proposons à la PAN de retraiter sa peur envers cette PE (axe émotionnel – vitesse 1) hors trauma. Par ailleurs, nous thérapeutes, nous engageons envers les deux parties dissociatives, à oublier la PE et à y revenir, dès que ce sera possible pour la PAN. En général, la PE entend et obtempère. Une fois la peur évacuée, la PAN peut se laisser sentir la curiosité nécessaire à une exploration. La prochaine étape consiste à sonder la stratégie prépondérante de la PE au sens du système d’action qui la sous-tend (la fuite, la lutte, la soumission, le pleur d’attachement) ce qui va nous donner une idée de l’émotion associée. Nous posons la question à la PAN, quelle émotion porte cette PE. Ensuite, nous proposons une remise à zéro de l’émotion partagée en lien avec la PAN (axe émotionnel – vitesse 2) hors trauma. Cette pratique a pour but de consolider la relation entre ces deux réseaux par la création d’un « lien émotionnel hors trauma », qui puisse permettre des conditions d’un attachement secure, avec la possibilité d’un partage émotionnel (Delage, 2007). Le projet suivant consistera à partager des contenus entre la PAN et la PE, l’une ignorant en principe les contenus de l’autre. Ces contenus partagés sont d’abord positifs, et généralement vont de la PAN vers la PE. L’abord de la couche traumatique commence par la part phylogénétique, c’est-à-dire par une invitation de la PAN à demander à la PE ce qu’elle a sur le cœur et si ce qu’elle porte, appartient à la vie du patient ou non. La plupart du temps une réponse se fait jour, soit « c’est mixte », soit « ça n’appartient pas » à la vie du patient. Etant donné la facilité avec laquelle régressent les traumatisations transmises (Dellucci, sous presse, voir fin chapitres 3 et 4), nous proposons le retraitement de ces « relations à l’autre sur l’axe du lien » en ayant pris soin de confiner tout matériel traumatique ontogénétique. En général, le retraitement de la traumatisation transmise permet l’accès à la couche traumatique ontogénétique, qui pourra être abordée ensuite. C’est ici que la « relation à Soi sur l’axe du lien » rejoint la vitesse 5 sur l’axe émotionnel, c’est à dire le traitement du trauma du passé, à la seule différence, que les événements ne sont pas ciblés directement. Ce qui est ciblé ici est la charge de la PE, dont nous ne savons pas a priori ce qu’elle contient.

C’est dans le lien à Soi que nous mettons en place également des figures symboliques, soutenantes, qui agissent comme de vrais co-thérapeutes. Cette interface permet d’utiliser le système d’action de prendre soin, un système inné, pour apprendre à prendre soin de Soi, ce qui n’a souvent pas été appris ou autorisé dans le passé.
Nous voyons bien qu’ici le travail de retraitement et celui de stabilisation sont intimement liés et en oscillation permanente. L’accent est mis sur une restauration d’un lien suffisamment bienveillant et indulgent de la personne envers elle-même.

Dans la thérapie avec Marie, l’émergence de mouvements dissociatifs nous a conduit à les prendre en compte au moment où ceux-ci sont apparus. Ainsi, nous constatons souvent, que des PE sont soit déclenchée par un détail dans le cabinet du thérapeute, p.ex. : le bruit d’un réveil, la présence de coussins, ou une parole de celui-ci, p. ex. : le mot « subir », qui avait déclenché un mouvement de fuite chez Sandrine, voire un comportement, p. ex. : le thérapeute qui est en retard au rendez-vous, ce qui peut susciter un mouvement de panique de perte du lien chez le patient qui attend. Il se peut que ce soit le thème abordé qui fasse réagir le monde intérieur, p. ex. : une lettre au bébé décédé, lors du travail de Julie, ou un

phénomène anniversaire, p. ex. : un mouvement suicidaire émergeant à la date où quelqu'un est décédé.
Une fois l'hypothèse d'un déclencheur considérée, nous pensons également que les PE émergent parce que l'espace thérapeutique permet leur prise en compte. Un thérapeute attentif aux incongruences entre la parole et le langage du corps, et qui invite le patient à explorer ce que son corps pourrait vouloir dire de différent, permet assez vite d'entrer en lien avec un mouvement dissociatif. Nous notons également que lorsque le processus de retraitement commence à stagner, il est utile d'instaurer un dialogue avec cette sensation du corps qui ne bouge pas, de façon à mieux prendre en compte quelque chose qui aurait pu être négligé auparavant. Il n'est pas rare que l'image métaphorique d'un enfant émerge à la conscience du patient et sa prise en compte peut ainsi faire partie de tissages cognitifs dans la suite du retraitement.
Le plus souvent, cependant, lorsque des parties dissociatives émotionnelles apparaissent au cours du processus, cela ne se déroule pas comme un long fleuve tranquille … En général, et surtout lorsque le fonctionnement dissociatif est important, cela suscite des mouvements de phobie et d'hostilité, qui ne permettent pas de continuer le processus de retraitement sur la cible choisie. Celle-ci est mise entre parenthèses, pour s'intéresser à la PE émergeante.

Lors du travail sur la lettre à sa mère (axe du lien – lien à l'autre), Marie a rapidement rencontré une petite fille, ce qui fût accompagné d'une vive réaction défensive « je ne veux pas la voir, cette chose n'est pas moi, non je ne veux pas ! » Nous avons stoppé le processus de retraitement, stabilisé le corps de Marie, puis exploré ce mouvement (axe du lien – lien envers Soi). Marie évoquait qu'elle savait bien que le travail thérapeutique passait par là, mais elle sentait une hostilité qui l'a elle-même surprise face à la représentation de cet enfant de quatre ans. Nous avons retraité la peur de la PAN, de considérer cette PE (axe émotionnel – vitesse 1), ce qui a pris le reste du temps disponible pendant cette séance.
A la séance suivante, Marie a pu entrer en lien avec cette petite fille, tout en restant prudente. La création d'un lien soutenant est passé par le recours à une figure symbolique, une nounou, aujourd'hui décédée, qui a été une personne soutenante pour Marie durant son enfance. Lorsque Marie s'approche de cette PE, elle décrit perdre sa perspective d'adulte, en ajoutant pouvoir facilement ressortir de cette activation pour se stabiliser et retourner à sa vie de tous les jours. Marie indique qu'elle n'a plus peur d'aborder cette partie d'elle, elle sait juste qu'elle porte des contenus qu'elle ressent comme désagréables et elle est motivée à les aborder. Nous la suivons[1].
Marie ressent des sensations dans son corps qu'elle dit être en lien avec cette PE. Lorsqu'elle s'approche de la petite fille de 4 ans, elle a la vision d'une autre époque où une femme a été violée par des hommes dans une voiture qui ressemblait à celles qu'on voyait pendant la 2nde guerre mondiale. Avec l'accord de Marie, cet événement est retraité pendant plusieurs séances (axe du lien – lien à l'autre). Manifestement, il s'agit d'un événement que Marie n'a pas pu vivre. Elle n'a pas pu, non plus, le situer dans son génogramme.

A la fin de ce travail, Marie a la nette vision d'elle, à 4 ans, debout, donnant la main à sa mère, dans la rue, avec d'autres frères et sœurs. Ils sont alors témoins d'une étrange situation où une femme à moitié vêtue, cherche à s'échapper d'une voiture, et deux hommes la forcent

[1] Normalement, nous aurions d'abord proposé de consolider ce lien entre la PAN et la PE, puis une remise à zéro de l'émotion partagée, de façon à ce que ces deux parties dissociatives puissent s'apprivoiser et augmenter leur tolérance à l'affect, avant d'aborder la dimension traumatique dans de bonnes conditions, une fois tout le système en accord. Le fait que Marie ait déjà fait pas mal de remise à zéro de l'émotion, notamment de la peur et de la honte, qu'elle a déjà créé des liens constructifs avec d'autres PE au cours des séances passées, a permis ici de court-circuiter cette démarche et d'aller directement sonder la couche traumatique de cette PE.

à y retourner. Marie se décrit sidérée, d'une part par cette situation, où elle a l'intuition qu'il se passe quelque chose de grave, d'autre part en voyant sa mère, qui regarde, sans réagir, puis qui continue son chemin, comme si de rien n'était, sans mettre de parole sur cet événement, sans donner d'alerte, sans émotion.

Nous pouvons faire l'hypothèse d'un mouvement dissociatif chez la mère de Marie, ainsi que chez sa fille, effrayée, qui a dû mettre de côté ses perceptions, sans pouvoir compter sur son entourage. Marie confirme cela en décrivant que sa famille, non seulement ne validait pas ce qu'elle percevait, mais la traitait de « décalée » lorsqu'elle s'offusquait des violences auxquels les autres étaient habitués, ce qui lui a appris à ne pas tenir compte de ses perceptions. « Mais au fond de moi », dit-elle, « je savais que ce n'était pas en ordre. »

A la séance suivante, Marie a accès à un autre événement que porte cette PE, et dont elle se sent honteuse. Elle évoque qu'à l'école maternelle, un enfant a été maltraité dans sa classe, par d'autres enfants, mais aussi par l'enseignante et qu'elle n'est pas intervenue, « comme ma mère » dit-elle. Le retraitement continue (axe du lien – lien à Soi), et Marie comprend qu'à 4 ans, en étant la plus petite de sa fratrie et en raison de son monde environnant, elle n'était pas en mesure de réagir autrement. L'émotion à laquelle elle a maintenant accès, lui fait poursuivre la réalisation commencée à la fin de la séance précédente et Marie comprend que celle-ci signe les valeurs de respect et de bienveillance qu'elle porte. Le retraitement continue et Marie peut prendre soin de la petite fille, lui dire que ce n'est pas de sa faute, qu'aujourd'hui elle ne laisserait pas faire ce genre de choses, que la petite fille avait raison de ressentir que ce n'était pas juste et qu'elle peut avoir confiance en ses ressentis.

Dans la suite du travail thérapeutique, une autre PE a émergé, une PE bébé cette fois, qui permet à Marie de réaliser qu'elle avait été en danger, mettant des mots et des images sur des sensations ressenties dans le dos, présentes depuis longtemps, elle comprend qu'elle est tombée de la table à langer, sans arriver à savoir si c'était accidentel ou intentionnel de la part de sa mère. Marie commence à réaliser que sa mère avait au moins deux visages, dont l'un hostile envers elle…
Tout ce travail de retraitement et d'intégration s'est fait à travers la prise en compte des mouvements dissociatifs qui sont apparu (axe du lien – lien à Soi). Par la suite, Marie a pu reprendre la lettre à sa mère (axe du lien – lien à l'autre).
Ces lignes nous permettent de comprendre aisément, pourquoi Marie n'a pas pu faire ces liens plus tôt. Cela aurait été sans doute trop violent pour elle. Le fait d'avoir une thérapie EMDR avec 71 séances à son actif, le respect de son rythme, et l'accès qu'elle a pu se donner sans jamais se forcer, ont sans doute contribué à ce que Marie, au cours de cette seconde étape thérapeutique, ait pu aborder ce matériel traumatique, inaccessible auparavant.

La phobie et l'hostilité ne sont pas les seules manœuvres mises en avant lorsque apparaissent des PE. Il peut y avoir un évitement important, des loyautés cachées, une idéalisation de l'agresseur, qui peuvent éconduire le thérapeute qui croit avoir retraité une cible, mais où le noyau du lien non-constructif ne bouge pas. Dans ce cas, les symptômes risquent de ne pas évoluer et le patient revient en thérapie, avec une sensation de mal-être qui ne cède pas ou qui réapparaît.
L'évitement peut aussi gagner le thérapeute, qui peut alors ressentir dans le processus relationnel des sensations de sous-activation dans son corps, accompagnées de vécus d'impuissance, ou à l'inverse une telle activation, qu'il se retrouve au bord de sa propre fenêtre de tolérance. Nous y reviendrons lorsque nous discuterons de la dimension du lien thérapeutique.

Pour l'heure, nous aimerions décrire le travail avec Martine, 52 ans, vivant en famille avec un fils adopté. Elle a fait une thérapie en deux tranches. La première a duré quatre ans et a consisté en une thérapie de soutien au cours de laquelle nous avons pu aborder en EMDR la peur de devenir folle (axe émotionnel – vitesse 1) et différentes situations du passé : une relation intime où elle avait vécu un geste d'étranglement de la part de son partenaire, le suicide d'un compagnon, l'annonce du cancer de son mari et différentes situations de violences de la part de son père, notamment un événement où il avait failli la tuer (axe émotionnel – vitesse 5).
Martine avait consulté pour dépression chronique, avec une tendance à la procrastination et un sentiment d'illégitimité. Une lettre à son père avait été commencée (axe du lien – lien à l'autre), mais elle s'était perdue au fil du temps et de la fin de la thérapie. Martine a fini par sortir de la dépression, faire des projets, changer des choses importantes dans son travail où elle forme des personnes illettrées, dans le but de trouver du sens à une activité où elle passe autant de temps au quotidien. Martine donne l'impression qu'elle a quitté son fonctionnement dissociatif qui était apparu à certains moments de la thérapie. Elle se sent beaucoup plus présente au quotidien, arrive à prendre soin d'elle, …

Un an plus tard, ayant fait une formation centrée compétences, Martine demande une supervision, pour consolider ses acquis et la soutenir dans la mise en œuvre de ce modèle de pensée au sein de son travail au quotidien. Cet axe a duré 6 mois, à raison d'une heure par mois.
Un an après, Martine refait une demande de thérapie, fortement déstabilisée, suite à une transgression incestuelle de son fils adoptif, qui avait filmé sa mère dans son bain à son insu. Nous avons travaillé un soutien à la parentalité, ce qui a permis à Martine de se stabiliser rapidement. Le père avait été invité à ces entretiens, mais il n'a pas pu se rendre disponible.

Une fois cet objectif atteint, Martine souhaite reprendre et finir le travail sur la lettre à son père. Elle est en colère contre elle-même, et elle rapporte ressentir par moments des « sentiments larvés de désespoir », avec une absence de perspectives, où elle n'arrive pas à entrevoir le sens de sa vie. Notons ici que la responsabilité du travail sur la lettre au père non terminé revient à la thérapeute. Martine ne veut pas entendre cela et s'attribue à elle seule ce manquement en se dévalorisant.
En reprenant la lettre à son père, Martine constate qu'elle n'est plus d'actualité. Elle l'avait gardée, mais ne veut pas la reprendre. Elle souhaite en écrire une nouvelle.
La consigne lui est donnée d'écrire une lettre chez elle et de l'apporter à la séance suivante. Lorsque Martine arrive, deux semaines plus tard, sans sa lettre, elle évoque un oubli. La thérapeute, qui d'ordinaire, en propose la rédaction pendant la séance, oublie également. Au lieu de cela, le tandem élabore un collage de la famille symbolique. La thérapeute, guidée par l'hypothèse d'un mouvement dissociatif imitant l'agresseur, préfère ne pas « seule » face à ce qui pourrait émerger. Des figures symboliques ont déjà, à maintes reprises, été une aide particulièrement efficace.
Le second oubli de Martine, à la séance suivante, amène la thérapeute à questionner l'éventualité d'un évitement. Martine acquiesce avec un sourire entendu, son corps étant tranquille. Ne voyant pas d'incongruence à explorer, la thérapeute demande prudemment s'il pourrait y avoir en elle un mouvement qui pourrait saboter le travail. Martine acquiesce, toujours apaisée. Plutôt que d'explorer cette partie, la thérapeute propose de continuer le travail sur les ressources du collage. La décision est prise de fixer le rendez-vous suivant une demi-heure plus tôt, permettant ainsi à Martine d'écrire la nouvelle lettre à son père dans la salle d'attente.

Sur l'échelle de sécurité pour effectuer ce travail, Martine indique se sentir complètement en sécurité, tant avec la thérapeute, que pour aborder le travail de la lettre à son père, aujourd'hui décédé. Au moment de partir, Martine évoque, toujours en souriant, se sentir quand même un peu nerveuse.
A la séance suivante, la patiente est à l'heure au rendez-vous, tout en ayant oublié la consigne de la lettre. La thérapeute, elle-même en entretien, a également oublié la consigne et s'apprête à dire à Martine qu'elle s'est trompée d'heure. En vérifiant, la thérapeute se rappelle que la patiente devait écrire une lettre, mais elle ne se souvient plus à qui. Martine, par contre, s'en rappelle.
Nous pouvons faire l'hypothèse ici, que nous touchons à une zone d'évitement et d'oubli au delà de ce qui est habituel, tant chez la patiente que chez la thérapeute. Il a été utile, pour nous, de noter ce qui était prévu et de le mettre en œuvre, en laissant à la patiente la responsabilité du contenu. Martine évoque qu'elle ne sait pas quoi écrire, mais comme elle est là, elle va bien trouver. La thérapeute prend soin de lui rappeler d'écrire à son père, « comme s'il pouvait tout entendre, tout comprendre, même si dans la réalité, ce n'est pas vrai. »
Lorsque la séance débute, la patiente indique qu'elle est étonnée de la facilité avec laquelle elle a écrit une lettre à son père. Voici sa lettre :

> Lettre à mon père
> Tu n'as pas été le père que j'aurais aimé avoir.
> Je suis pourtant sûre que tu aurais eu beaucoup de choses à m'apporter.
> Mais tu n'as pas su être autrement que dévalorisant, menaçant et violent.
> Je me suis construite avec l'idée que je n'avais pas de valeur, que j'étais moins bien que les autres, que j'allais devenir folle, que j'étais laide, que j'étais vulnérable, que je n'étais pas intelligente ni aimable.
> Aujourd'hui je tourne la page. Je ne crois plus à tort ce que tu m'as dit.
> Je veux réussir ma vie et être heureuse, développer mes talents, oser, créer, exister !
> Je suis une femme de bientôt 53 ans, et il est temps que je me mette à vivre vraiment ! Je te laisse ta folie, ta violence, tes opinions, tes peurs, ce ne sont pas les miennes.
> Je vais continuer ma vie et être heureuse.
> Martine

Cette lettre a été retraitée en utilisant le protocole des lettres (Dellucci, 2009b, sous presse). A la fin de celle-ci, Martine indique qu'elle se sent perplexe, en se demandant comment elle va faire à l'avenir, avec une sensation de vertige, d'être embrouillée. La thérapeute continue les sets de stimulations bilatérales (SBA), mais cette sensation ne cède pas complètement. Martine souhaite terminer la lettre pour passer à autre chose.
Se souvenant de l'ampleur du mouvement d'évitement de la patiente et de sa tendance à rapidement passer à autre chose, du 'sentiment de désespoir larvé' ayant réapparu, la thérapeute y voit une confirmation de son hypothèse d'un réseau dissociatif sous-jacent, et propose à Martine, un travail sur la représentation de son père, dans le but de lui rendre ce qu'elle pourrait encore porter et qui ne lui appartient pas, d'autant plus qu'elle l'a clairement explicité à la fin de sa lettre. Martine accepte.
Pour ce rituel pour rendre, nous nous sommes inspirés du travail de Insa Sparrer (2004/2007), que nous avons transformé en une série de tissages cognitifs accompagnés par des SBA en suivant le cheminement intégratif que le patient est en mesure de faire.
Nous demandons à Martine si elle peut imaginer son père. Elle acquiesce et une image lui vient. Nous explorons les réactions de cette représentation à la vue de la patiente. Martine est émue, l'image de son père a l'air statique et indifférente. Nous accompagnons la patiente avec

des SBA jusqu'à ce que son corps soit apaisé. Ensuite, nous demandons à Martine de se représenter tout ce qu'elle porte et qui ne lui appartient pas, sous la forme qui lui convient. Elle voit un paquet emballé dans du papier Kraft.
Puis, nous l'accompagnons pour donner mentalement ce paquet à son père en lui disant : « en travaillant sur moi, je me suis rendue compte que je portais des choses qui ne m'appartiennent pas. Et comme cela ne m'appartient pas, je te le rends, et tu peux le rendre à qui de droit. »
Lorsque Martine évoque ces mots, mentalement, en face de la représentation de son père, elle est traversée par de vives émotions. La thérapeute accompagne cette abréaction de plusieurs sets de SBA, en rappelant à la patiente qu'elle l'accompagne, qu'elle va continuer les SBA jusqu'à ce que son corps se soit apaisé. Martine évoque l'impression d'abandonner son père, ce qui lui est difficile. Elle est prête à reprendre le paquet. La thérapeute recentre la patiente sur ses ressentis et invite Martine à se laisser traverser par les émotions qui viennent, tout en l'accompagnant avec des SBA. Acceptant ce travail, Martine néanmoins proteste : « mais je vais l'abandonner ! », puis après une minute : « il a l'air perdu », suivi de : « il est démuni ! ».
La thérapeute notant que le processus commence à tourner en rond, propose le tissage cognitif suivant, toujours en continuant les SBA :
« Souvent, les petits se comportent comme des héros, et tout empathiques qu'ils soient, il arrive qu'ils prennent sur leurs petites épaules, les choses des grands, qui ne sont pas à eux, juste avec l'espoir que cela va soulager leurs parents[2] ».
Martine pleure et s'offusque du fait d'avoir pris sur elle des éléments qui ne lui appartiennent pas. Elle passe par des émotions différentes : de la colère, de la tristesse, de la compassion, puis cela s'apaise.
Les séries de SBA continuent au fur et à mesure que Martine progresse dans la réalisation : « il a l'air si perdu », puis : « j'ai l'impression que je l'avais adopté », puis : « je ne peux rien faire d'autre pour lui », puis : « c'est la première fois que je ressens cela », puis : « je me sens différente », puis : « jamais je n'aurais cru que j'étais accrochée à mon père à ce point là ! », puis : « ça se calme », puis : « je pense que je peux arrêter la thérapie bientôt, je suis arrivée au bout ». Fin du retraitement. Une séance de clôture est envisagée un mois et demi plus tard.
Entre temps Martine nous a fait un retour par écrit :
« Bonjour,
Comme promis, voici quelques nouvelles après la dernière séance.
Je suis encore un peu abasourdie par ce que j'ai découvert : j'ai passé une grande partie de mon enfance en révolte contre mon père et j'ai énormément souffert de son attitude à mon égard et de sa maltraitance. J'étais donc loin d'être consciente de ma loyauté interne à son égard, qui me conduisait à croire à ses opinions négatives sur moi. Je crois que j'ai encore besoin d'un peu de temps pour le réaliser vraiment, même si, au final, tout cela me paraît parfaitement logique.
La nuit qui a suivi la séance j'ai rêvé que j'étais en panne de voiture et que je n'avais pas confiance dans le garagiste. Je pense qu'une partie de moi doute encore de ce que j'ai découvert, ou plus exactement n'ose pas croire, par peur d'être déçue, que j'ai mis à jour quelque chose qui va m'aider à changer vraiment. J'ai tellement souvent eu des espoirs déçus dans ce domaine !
Depuis la séance je rêve beaucoup, j'ai des nuits agitées et je me réveille systématiquement au milieu de la nuit. Je ne sais pas trop comment comprendre cela.

[2] Si le processus suit son cours et que le patient réalise les liens qui le lient à cet autre non-constructif, et sont prêts à les lâcher, nous le suivons uniquement avec des SBA. Souvent il arrive, que même ici, le patient n'arrive pas à lâcher son paquet de choses indues. Dans ce cas nous complétons le tissage : « et finalement, cela ne soulage personne. Le travail des adultes est de régler eux-mêmes leurs problèmes, car ils en sont capables. Celui des enfants est de faire confiance que les adultes vont y arriver. C'est tout ce dont … a besoin de votre part. » Nous n'avons jamais observé que ce tissage ait été insuffisant.

Le premier changement que je vois est que je me sens moins "abattue" par ce qui se passe dans ma vie : je suis affectée (par exemple quand cela se passe mal avec mon fils) mais pas anéantie et je suis plus spontanément tournée vers les solutions que de ressasser le problème. Il me semble aussi que je me culpabilise moins et que mon discours intérieur sur moi-même est moins négatif.
Bien cordialement, Martine »

Lorsqu'il s'agit de liens à l'autre qui sont constructifs et qu'il y a une traumatisation transmise, nous choisissons de travailler sur ces cibles ou ces liens et les choses se règlent facilement. Si par contre, comme cela a été le cas pour Martine, la relation que le patient aborde n'est pas constructive, alors nous faisons l'hypothèse qu'au delà de la blessure du lien, c'est toute une problématique que l'agresseur a déposé chez la victime, ce qui lui permet de ne pas avoir à régler lui-même les blessures dont il est question. Il peut se déresponsabiliser et faire porter à la victime son fardeau émotionnel (honte, peur, chagrin, colère, dégoût, …) et traumatique (ses propres blessures du lien, des humiliations, les agressions, d'avoir été lui-même témoin d'agression de proches, d'animaux de compagnie, des promesses de représailles de la part de son agresseur s'il parle, …). Si le patient reste dans cette logique relationnelle, qui consiste à prendre sur lui une responsabilité qui n'est pas la sienne, s'il continue à se maltraiter en voulant ainsi prendre soin de l'autre, le rituel pour rendre peut être nécessaire, pour arriver à assainir au delà du lien à l'autre également la dimension apprise du lien à soi-même (mouvement dissociatif imitant l'agresseur).

Dans le cadre du travail sur le lien à Soi, nous ajoutons encore deux types de lettres :

- la lettre de la PE, très efficace lorsqu'il s'agit de traiter des traumatisations transgénérationnelles auxquelles les personnes n'ont pas accès autrement. Il s'agit souvent de patients qui somatisent, et qui, malgré des efforts, n'arrivent pas à instaurer de dialogue avec la PE (voir le cas de Laure, article Dissociation et Traumatismes transgénérationnels au chapitre 4).
- la lettre à une version de Soi plus jeune. Ce type de lettre peut se faire à partir du moment où le patient a développé suffisamment de bienveillance à l'égard de son monde intérieur. Cette lettre est particulièrement utile lorsque les deuils et les renoncements liés à l'intégration ont du mal à se faire.

En guise d'exemple d'une lettre à une version de Soi plus jeune, citons, pour finir, la magnifique lettre de Marie-Odile à une version d'elle petite. Elle avait perdu une petite sœur lorsqu'elle était enfant, un deuil qui n'avait pu être abordé lors de sa thérapie, car la patiente n'en avait pas parlé et que la famille n'avait pas pu le dépasser. Cette lettre a été écrite et retraitée avec le protocole des lettres (Dellucci, 2009b ; sous presse) à partir d'une PE déclenchée, lorsque Marie-Odile a perçu les lits vides de ses fils adultes, partis faire leurs études dans d'autres villes et à l'étranger.

> Ma petite lilas, viens là, serre-toi fort contre moi, viens que je te câline j'ai besoin de toi.
> Pleure ma chérie, pleure tout ce que tu as besoin, je t'écoute, écoute-moi.
> Je t'aime. Maman t'a dit que Christine était partie au ciel. C'est loin le ciel. Ça ne se touche pas, je comprends pas, je n'veux pas. Brutal. Partie. Pourquoi? Viens pose ta tête là, doucement, calme...ça va...prends le temps, repose-toi, laisse faire. Maman pleure, laisse, elle sait que tu l'aimes, elle pleure, tu n'y peux rien, c'est son affaire de maman, occupe-toi de toi, va regarder le lit vide, prends le temps, chante pour Christine, va chercher Isabelle, fais la ronde comme avant. Viens... on peut rester là

pendant des heures, dans nos bras, aller au bout des larmes...là...besoin de rien d'autre.....tu veux lui faire un dessin? Tu sais, elle est juste là, pas loin...le ciel, c'est là. Près de toi. Tu ne savais pas, on ne t'a pas dit. Moi je te dis que tu peux grandir, avec Christine toute proche, tu peux vivre avec elle et vivre pour toi, lui montrer le monde et aussi la laisser tranquille elle mène sa vie ailleurs, sa vie de petite fille libre. Toi aussi tu es libre, pas besoin de tant en faire, amuse-toi, avec moi, viens mon lilas, ma comparse, viens mon énergie ma vie. Je resterai toujours avec toi.

Cette lettre montre bien le mouvement de va et vient entre une PAN capable de prendre soin, et l'émergence de ce qui pourrait être une PE enfant, qui entre dans le dialogue, avec des moments de rupture, puis un discours qui se restaure. Cette lettre a été abordée à la fin de la thérapie de Marie-Odile, au cours de la phase de séparation d'une relation thérapeutique qui avait été intense. Le travail avait consisté en le retraitement de la perte d'un jeune neveu lors d'un accident (axe émotionnel – vitesse 5), de multiples peurs qui jalonnaient son quotidien (axe émotionnel – vitesse 1), d'une remise à zéro de la honte et de la peur (axe émotionnel – vitesse 2) et du retraitement des empreintes précoces (axe émotionnel – vitesse 3). Au moment de clore sa thérapie, Marie-Odile avait pu abandonner son syndrome d'imposteur et développer le sentiment de se sentir légitime. Parmi d'autres objectifs atteints avec succès, Marie-Odile a aussi pu faire des projets pour elle, « artistiques donc inutiles, mais nourrissants » comme il lui plaisait de préciser.

5.2. 3. Le lien thérapeutique.

La relation thérapeutique constitue la troisième dimension sur cet axe du lien de notre modèle d'intervention intégratif. Nous savons l'importance de cette relation particulière où le thérapeute se prête temporairement, à devenir un autre significatif pour le patient, dans le but que ce dernier puisse faire un bout de chemin pour s'autonomiser de ce lien et s'en affranchir. L'influence du thérapeute est considérable, tant dans la qualité de la relation avec le patient dans laquelle il s'est engagé, que dans la manière dont il se traite lui-même, agissant ainsi comme un modèle relationnel pour le patient.

Si nous résumons le propos que nous avons présenté jusqu'ici au sein de ce chapitre, nous avons maintes possibilités d'intervention : sur l'axe émotionnel, nous pouvons ajuster notre ciblage, de façon à maintenir un processus de retraitement EMDR qui permette au patient de rester dans sa fenêtre de tolérance. Avec les personnes qui ont des difficultés à ressentir des émotions, où les blessures relationnelles sont prépondérantes, nous avons la possibilité de les aborder sur l'axe du lien, notamment dans la relation à l'autre. Pour certains patients, ce travail est ponctué par l'émergence de PE, qui peuvent surgir à tout moment et qui nécessitent que la prise en charge se focalise sur le lien à Soi, avant de continuer le travail initié auparavant. Il arrive qu'au cours du travail, le thérapeute ait beau essayer toutes les avenues, il finit par se sentir dans une impasse...

La TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010), parmi d'autres approches, insiste sur l'importance que le thérapeute maintienne un niveau élevé d'actions réfléchies. Toutes les approches psychothérapeutiques et en particulier psychodynamiques, insistent sur l'importance du cadre pour qu'un travail psychique puisse se faire. La thérapie centrée compétences (De Shazer, 1982, 1985, 1988 ; Isebaert & Cabié, 1997), parmi d'autres approches attire notre attention sur le maintien de bonnes conditions de travail pour le patient et pour le thérapeute. En EMDR nous disons que le thérapeute doit lui aussi rester dans sa fenêtre de tolérance pour assurer un travail de qualité. Avec certains patients et/ou à différents moments de la thérapie, cela peut représenter un défi considérable pour le thérapeute, notamment lorsque son

empathie lui fait ressentir d'intenses sentiments d'impuissance et de désespoir, tout en se trouvant dans une posture où il souhaite aider son patient sans augmenter davantage sa souffrance, alors que tout ce qu'il met en œuvre semble s'étioler.

Le thérapeute n'est pas à l'abri d'une sous-activation physiologique, se traduisant par de la fatigue, voire de la somnolence, des sensations d'engourdissement ou simplement de l'ennui. Le thérapeute peut avoir des difficultés à penser et à planifier, ses actions sont inhibées, laissant flotter une impression qu'il se retire du lien, ce qui chez le patient peut déclencher la panique de perte du lien. Ou alors le thérapeute peut ressentir de l'irritation, des émotions de colère ou de peur, s'agiter, avec une envie impérieuse d'agir, pouvant aller jusqu'au passage à l'acte sous forme de paroles blessantes, d'actions non réfléchies et dès lors non-thérapeutiques. Dans le lien, le thérapeute devenant impatient, avec des difficultés à considérer les conséquences de ses actes, amène le patient à se sentir malmené ou agressé. Dans les deux cas, la relation thérapeutique n'est plus sécure.
Nous pensons que lorsque le thérapeute se sent arriver au bord de sa propre fenêtre de tolérance, le lien thérapeutique a besoin de soin. Cela passe par le fait que le thérapeute prenne soin de lui. Outre le partage au sein d'un groupe d'intervision ou lors de supervisions, pour prendre de la distance, nous avons mis au point « la lettre d'influence » (Dellucci, 2014c ; 2016 ; Dellucci & Bouvier, sous presse). Il s'agit d'une lettre qu'écrit le thérapeute à son patient, et dans laquelle il est invité à expliciter tout ce qu'il ressent et qu'il n'a jamais osé dire. Il est bien évident que cette lettre ne sera pas remise au patient, mais servira de base de travail pour aborder les réseaux implicites du thérapeute, qui sont entrés en résonnance avec ceux du patient. Cette lettre est retraitée avec le protocole de la lettre (Dellucci, 2009a ; sous presse).
Lorsque le thérapeute se met ainsi au travail, nous constatons, tant dans notre posture de thérapeutes travaillant sur leurs lettres, que dans celle du superviseur observant ce processus, que le thérapeute ne manque pas de pistes d'intervention. Il est souvent de très bon conseil pour ses collègues. C'est de la dimension affective au sein de la relation qui le lie à son patient, fait d'isomorphismes et de résonnances mutuelles, qui peuvent s'être immiscées à l'insu du tandem thérapeutique, dont il est question ici.
Lorsque le thérapeute a retraité ainsi la lettre à son patient, il fait des liens non seulement avec son propre matériel, mais il réalise qu'il s'est sur-adapté, que le patient a davantage de compétences qu'il croyait, mais surtout il retrouve sa créativité et des pistes d'intervention constructives pour lui et son patient. L'appréhension du prochain entretien s'apaise, sa pensée se remet en route, amenant de nouvelles hypothèses qui vont venir modifier sa conceptualisation. En bref, le thérapeute assure sa part du travail pour maintenir un lien thérapeutique soutenant et sécure.

Il arrive que le thérapeute soit blessé dans son travail, de manière vicariante. Le prochain article aborde brièvement cette question.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Les traumatises vicariants. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Gabrielle Bouvier
g.bouvier@bluewin.ch
psychiatre, praticienne et superviseur EMDR Europe

Helene Dellucci
psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Les traumatismes vicariants

1. Introduction

Le travail en psychotraumatologie, tant pour ce qui est de la prise en charge en situation aiguë, que celle concernant les traumatisations complexes et chroniques, a des effets sur les soignants. Outre le sentiment d'efficacité, la satisfaction dans une relation d'aide soutenante, ces effets peuvent aussi être moins agréables. Les psychotraumatologues entendent des contenus qui peuvent surprendre, provoquer des visions d'horreur, et contaminer le professionnel. Prendre soin de personnes dans un état de stress aigu, ayant un ESPT simple ou complexe peut-il avoir des répercussions délétères sur les soignants ? Cela peut-il aller jusqu'à la création d'une blessure traumatique ? L'épuisement d'un soignant peut-il être compris dans le cadre d'une traumatisation vicariante ? La réalité de ces effets et des risques doit être prise en compte pour le bien-être des soignants, souvent dévoués et volontaires, de façon à ce que leurs interventions restent efficaces. C'est ce phénomène du traumatisme vicariant que nous allons aborder à travers les pages qui suivent, leur symptomatologie, leur prévention et leur traitement.

2. Définition

Le Larousse donne comme définition pour le terme vicariant : qui remplace quelque chose d'autre. Par extension, un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. On peut aujourd'hui penser que le système des neurones miroirs joue probablement un rôle dans cette transmission, notamment par contamination physiologique et sensorielle.

Mc Cann et Pearlman en 1990 (Mc Cann et Pearlman 1990) font référence de façon spécifique aux expériences traumatiques vécues par des thérapeutes travaillant avec des survivants. Ultérieurement, leur définition est étendue par Saakvitne et ses collègues à un plus large groupe de personnes qui inclut tous ceux aidant des survivants ou des personnes traumatisées (Saakvitne, Gamble, Pearlman et Lev 2000), telles que les gens du clergé (Day, Vermillyea, Wilkerson, et Giller, 2006), les travailleurs sociaux de 1ère ligne (Price, Shackelfor et Price, 2007) les professionnels du système judiciaire (Levin & Greisberg, 2003; Peters 2007), les prestataires de soins (Madrid & Schacher, 2006 ; Shah, 2010).

Un traumatisme vicariant peut donc apparaître chez tout professionnel travaillant avec des personnes traumatisées. Il en résulte d'un engagement empathique auprès du patient qui amène le professionnel à aider son client au-delà de ses besoins ou des ses propres limites.

L'empathie semble être fondamentale au mécanisme pouvant amener un traumatisme vicariant (Pearlman & Saakvitne, 1995). Dans sa description de l'empathie, Decety (2005) indique qu'elle comprend deux facteurs: d'une part « un partage affectif non conscient et automatique avec autrui », et d'autre part «la nécessité de supprimer ou réguler temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité». Ce second facteur aurait alors un effet protecteur. En reprenant cette définition de l'empathie, nous pouvons voir que ces 2 facteurs jouent un rôle dans la relation du professionnel avec son patient. En effet, le partage affectif non conscient et automatique est inné et amène le professionnel à se mettre à la place du patient. Il

s'agit d'une résonnance motrice passant par le système des neurones miroirs (Gallese, 2005), qui implique notre état du corps, nos réactions viscérales, puis nos émotions et permet au professionnel de se représenter le vécu de son patient de façon très réaliste. Le second facteur, c'est à dire se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité, acquis au sein d'une relation d'attachement sécure, notamment par les apprentissages qui aident ainsi à trouver la bonne distance, jouerait quant à lui plutôt un rôle protecteur en permettant au professionnel de se demander ce que son patient a subi, comment il l'a vécu et comment il y a survécu. Le professionnel ressentira alors de la compassion et y trouvera un moteur pour aider son patient tout en pouvant penser : « je sais que je suis différent de toi ».

Lors de l'apparition d'un traumatisme vicariant, ce second facteur ferait défaut et ne jouerait alors plus son rôle protecteur, amenant ainsi le professionnel à s'identifier à son patient traumatisé et à commencer à imaginer ce qu'il ressentirait si les événements racontés lui étaient arrivés à lui. Le défaut de cette protection pourrait dès lors mener à une exacerbation du ressenti non volontaire et automatique (premier facteur), et provoquer chez le professionnel une sortie de sa fenêtre de tolérance. Ainsi les événements vécus par le patient, son histoire ou ses réactions peuvent entrer en résonnance avec le propre vécu du professionnel, ce qui peut aboutir à une réaction traumatique chez ce dernier.

Ce mécanisme ne peut se prévenir, surtout la première fois, car les réseaux entrant en jeu sont souvent restés implicites chez le professionnel. Il ne s'agirait dans ce cas de rien d'autre que du réveil de réseaux neuronaux traumatiques dormants qui, s'ils sont suffisamment chargés en matériel émotionnel non résolu, pourraient être activés face à un déclencheur vécu chez l'autre. Les personnes ayant des histoires traumatiques personnelles non résolues semblent plus vulnérables face à la traumatisation vicariante, même si les résultats des recherches divergent quant à ce point.

Une autre hypothèse expliquant l'apparition d'un traumatisme vicariant, complémentaire à la précédente, pourrait être celle du débordement face à des sentiments de désespoir et d'impuissance vécus par un professionnel engagé dans une relation d'aide. La motivation du professionnel à faire tout son possible pour la personne dont il s'occupe peut alors l'amener à en faire toujours davantage dans un mécanisme d'escalade symétrique proportionnel au sentiment d'impuissance ressenti.

Nous ne parlerons dans ce chapitre que des traumatismes vicariants apparaissant dans le cadre d'une relation professionnelle. Les traumatismes vicariants transmis par voie transgénérationnelle ou familiale ne seront pas traités ici, même s'il existe de nombreuses similitudes. Une fiche est consacrée aux traumatismes transgénérationnels, plus loin dans cet ouvrage.

Il nous paraît important de mentionner le cas des professionnels devant gérer le stress aigu chez des personnes qui viennent de vivre un événement dramatique. Les collègues spécialisés dans les interventions précoces attirent notre attention sur le fait qu'il est primordial de ne pas se laisser contaminer par le contenu des événements, ni céder à la panique de ne pouvoir rien faire face à l'énormité de ce qui s'est passé. Nous avons vu de nombreux collègues, avec des qualités cliniques hors pairs, paniquer et se retrouver dans un état de vulnérabilité qui, outre le risque d'une traumatisation vicariante, réduit l'efficacité de leur intervention. Nous conseillons à ces collègues de d'abord apaiser leur corps, avant d'œuvrer à apaiser celui de leurs patients. Ensuite, nous encourageons le professionnel à se décentrer du contenu des événements, aussi horrible soit-il, pour se centrer sur la lecture physiologique d'abord, sur les besoins de leurs patients ensuite. Toute personne souffrant d'un stress aigu a de bonnes raisons d'être dans cet état, et a besoin d'un thérapeute capable de rester calme, réfléchi et centré sur ce qui peut apaiser son patient.

En psychotraumatologie comme en psychothérapie par ailleurs, un axe de travail important constitue l'attention que les professionnels devraient porter à leur ressenti face à leur patient. En effet, lorsqu'ils remarquent que la personne suivie provoque des réactions corporelles et des émotions négatives comme face à un déclencheur, cela montre une détérioration des conditions de travail, qui risquent de mettre à mal la fenêtre de tolérance du professionnel. Il faut alors penser au risque d'apparition d'un traumatisme vicariant.

3. Symptomatologie

Les symptômes du traumatisme vicariant sont semblables à ceux d'une réaction post-traumatique selon le DSM IV-R, mais tendent à être moins intenses (Brady, Guy, Poelstra, & Brokaw, 1999 ; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000 ; Arvay & Uhlemann, 1996 ; Schauben & Frazier, 1995). Un traumatisme vicariant peut donc se manifester entre autres par des symptômes intrusifs tels que des flashbacks, des cauchemars et des pensées obsessionnelles (Courtois, 1988 ; Danieli, 1988; Herman, 1992; McCann & Pearlmann, 1990), des comportements d'évitement (Courtois, 1988; Haley, 1974), des sentiments de détresse (Courtois, 1988; Herman, 1992), une altération du fonctionnement global (Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995; McCann & Pearlmann, 1990). Un traumatisme vicariant peut aussi se traduire par une rupture dans les croyances fondamentales du professionnel (Brady et al., 1999 ; Mc Cann & Pearlman, 1990), dans son image, son estime de soi, la confiance en ses capacités (Arvay & Uhlemann, 1996), ses croyances envers autrui et son environnement (Brady et al., 1999 ; Schauben & Frazier, 1995 ; Mc Cann et Pearlmann, 1990 ; Salston et Figley, 2003). Peuvent apparaître également des troubles dans les relations interpersonnelles professionnelles ou privées avec notamment un sentiment d'insécurité, une difficulté à faire confiance et à gérer la distance relationnelle avec les patients (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman &Saakvitne, 1995; Bober et al., 2006), des difficultés à respecter la confidentialité, une inquiétude exagérée pour la sécurité des patients, des sentiments d'isolement et d'impuissance (Illife et Steed, 2000). On observe également des symptômes somatiques tels que des troubles du sommeil (McCann et Pearlman, 1990), de l'anxiété et des états dépressifs (Holtz, Salama, Cardozo & Gotway, 2002).

4. Concepts reliés

Le traumatisme vicariant a souvent été comparé à la fatigue compassionnelle, à un état de stress traumatique secondaire, au burnout, voire au contre-transfert analytique. Les définitions de tous ces termes sont variables selon les sources et elles se recouvrent souvent. Comment dès lors les différencier ?

Le terme de traumatisme secondaire est un terme générique utilisé la plupart du temps pour parler de tous les concepts décrivant une atteinte de la santé psychique d'un professionnel travaillant avec des personnes traumatisées.

En ce qui concerne le burnout, même si ce concept a été utilisé parfois pour décrire les réactions au travail en lien avec des personnes traumatisées, il est aujourd'hui clairement identifié dans le DSM V comme une sous-catégorie de la dépression. Il est important de noter qu'il s'agit d'une pathologie liée à l'activité professionnelle quelle qu'elle soit, décrite comme une démotivation constante par rapport au travail. Toutes les professions sont concernées sans exclusion. Ce diagnostic peut donc être posé chez des personnes sans aucun lien avec des traumatismes.

La fatigue compassionnelle par contre n'est pas liée de façon restrictive à l'activité professionnelle, et indique plutôt un débordement du professionnel et un épuisement face à la souffrance d'autrui, sans que cela soit forcément en lien avec une histoire traumatique de la personne aidée. Ce phénomène peut prendre des aspects divers sur le plan symptomatologique et ressembler au burnout, au traumatisme vicariant, à la dépression, ou à un mélange de tout cela.

Contrairement à la fatigue compassionnelle et au burnout, le traumatisme vicariant est toujours en lien avec une exposition au matériel traumatique d'autrui et présente lui-même les caractéristiques cliniques d'une traumatisation (Pearlman et Saakvitne, 1995), comme p.ex. des images intrusives, ce qui n'est pas le cas de la fatigue compassionnelle ou du burnout. Ces deux derniers tableaux peuvent donc être observés chez des professionnels qui n'ont jamais été en contact avec des patients traumatisés ce qui n'est pas le cas du traumatisme vicariant.

Le contre-transfert, quant à lui, est une réaction du professionnel à son patient. Il est présent dans chaque relation et il fait partie de la thérapie. Il peut être utilisé par le professionnel et peut être d'une grande aide dans la thérapie, s'il est correctement compris et manié. Les traumatismes vicariants peuvent aussi être vus comme des réactions face à un patient donné, une histoire particulière mais si le contre-transfert est un aspect indissociable de la relation thérapeutique, que celle-ci se situe dans un courant psychanalytique ou non, un traumatisme vicariant n'est heureusement pas toujours présent dans une thérapie et il est dommageable, pour le patient et pour le professionnel. Néanmoins, s'il survient, un traumatisme vicariant peut être "utile" au professionnel, qui peut ainsi avoir l'occasion d'accéder à du matériel implicite chez lui-même. Il n'est donc jamais superflu de se poser la question :

« qu'est-ce que cette situation m'évoque ? que m'apprend-elle d'utile ? » Cela soutiendra la transformation de ce réseau dysfonctionnel en un apprentissage précieux, neutralisé d'émotions.

Un professionnel travaillant avec des patients traumatisés peut présenter à la fois un traumatisme vicariant et un burnout, chaque tableau clinique ayant sa symptomatologie, son évolution et son traitement. De la même manière, un traumatisme vicariant et un contre-transfert peuvent coexister et, dans ce cas, s'intensifier l'un l'autre (Pearlman et Saakvitne, 1995).

5. Prévenir le traumatisme vicariant

Après ce bref tour d'horizon et avoir passé en revue les risques et les conséquences possibles à travailler avec des patients traumatisés, devons-nous considérer chaque professionnel travaillant avec des victimes de traumatismes à risque d'une traumatisation vicariante ? En tenant compte des hypothèses posées plus haut quant aux facteurs pouvant amener un traumatisme vicariant (le rôle de l'empathie, la présence de réseaux implicites chez le thérapeute, un possible débordement par des sentiments de désespoir et d'impuissance), nous pouvons dire que nul professionnel travaillant au contact de patients traumatisés n'est à l'abri de développer un traumatisme vicariant. Peut-on alors prévenir ce phénomène, et si oui comment ?

Une prévention efficace nécessite que nous puissions nous armer face à l'émergence de vagues de désespoir et d'impuissance chez nos patients. Lorsque celles-ci surgissent dans le processus, cela signifie que nous avons affaire à un réseau neuronal bloqué dans des mémoires du passé, c'est à dire sans perspective d'avenir, donc sans espoir. La théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart et al. 2006/2010) nous apprend que réseau traumatique et réseaux de la vie quotidienne peuvent être déconnectés les uns des autres, et présenter une amnésie pour leurs contenus respectifs. Cela a pour conséquence d'une part un évitement phobique et hostile de tout contenu traumatique, d'autre part, la libération de charges émotionnelles considérables, lorsque les mémoires du passé sont touchées, risquant alors d'amener le patient à sortir de sa fenêtre de tolérance. Outre la stabilisation physiologique, il est important que le professionnel ne perde pas de vue qu'il a affaire à un survivant, qu'il continue à s'intéresser aux ressources de survie de ce dernier et soit garant de maintenir la perspective d'un avenir positif. En pratique, même si nous sommes des professionnels bien formés, nous sommes aussi tous des humains, susceptibles d'être surpris par ce que nous entendons et percevons de la part de nos patients. Face au risque d'oublier cette dimension de survie si importante, il n'est donc pas inutile de se rappeler régulièrement que dans notre travail de psychotraumatologues, nous faisons équipe avec des survivants.
Nous conseillons aux professionnels qui pourraient avoir des idéations touchées par le désespoir ou l'impuissance, de faire une pause pendant l'entretien. Cette pause de quelques minutes durant laquelle nous pouvons boire un café, manger un carré de chocolat, regarder le ciel, croiser d'autres collègues, peut nous permettre, en tant que professionnel, de restaurer nos capacités d'orientation. Faire un café, un thé ou aller chercher un verre d'eau sont des actions qui mettent en mouvement le corps du thérapeute, et de ce fait le font changer d'état. Cette pause, notamment dans le contenu du récit, en plus de l'aide pour le thérapeute à porter son regard à nouveau sur les capacités de survie et de résistance de son patient, lui permettent de prendre soin de lui, une dimension qui devient primordiale dans ce moment crucial et qui agira comme une modélisation à l'égard du patient. Cette intervention thérapeutique ne prend que quelques minutes. Le professionnel ainsi réarmé pourra retourner en entretien avec un état du corps plus calme, qui lui sera nécessaire pour continuer à aider la personne.

Un autre aspect important pour le bien-être du professionnel est de veiller à ce que la prise en charge du patient soit solidement construite, avec un plan de traitement clair, auquel il pourra se référer de façon à avoir toujours à l'esprit les objectifs du traitement. Cette conceptualisation permet au professionnel de se maintenir dans une situation où il peut avoir une influence thérapeutique favorable sur le patient. Un plan de traitement, des objectifs thérapeutiques concrets et des évaluations régulières permettent ainsi de se rendre compte de l'avancée du patient et des changements opérés par lui. Il nous paraît donc nécessaire et extrêmement utile de prendre le temps de construire cet outil de travail qui s'avèrera utile tant pour la personne en thérapie que pour le professionnel.

Il nous paraît primordial que l'outillage du professionnel compte un espace de supervision, ou d'intervision, c'est à dire un lieu bienveillant et neutre qui peut lui permettre de se remettre en question en toute sécurité et d'avancer dans le confort d'être accompagné et conseillé. Cela permettra au professionnel de se situer tout en gagnant en objectivité par le partage collégial. Outre le soutien dont il bénéficie, cette pratique réflexive l'amènera également à garder une distance suffisante, dans le but de rester thérapeutique et efficace dans de bonnes conditions pour son patient et pour lui-même. Le groupe de soutien sera également à même de constater chez le collègue les premiers signes d'une possible traumatisation vicariante et l'interpeller en ce sens, afin que cette blessure puisse rapidement être transformée en un apprentissage pertinent.

On comprendra que l'accent doit être mis sur l'idée de ne pas rester seul face à un patient susceptible de déclencher chez le professionnel des réactions pouvant conduire à développer un traumatisme vicariant.

6. Traiter un traumatisme vicariant

Lorsque le traumatisme vicariant est installé, plusieurs pistes peuvent encore être proposées. Nous allons les énumérer dans un ordre qui n'est pas forcément celui dans lequel elles doivent être appliquées. De plus il s'agit d'outils à utiliser en fonction des besoins du professionnel sans qu'il soit forcément nécessaire de les cumuler.

Un bon outil est le protocole de la lettre d'influence, directement dérivé du protocole de la lettre (Dellucci, 2009 ; voir fiche sur le protocole de la lettre). Ici c'est au professionnel d'écrire une lettre à son patient avec lequel il se sent dans une impasse, coincé, émotionnellement touché au point de risquer de sortir de sa fenêtre de tolérance. En général, à ce stade, le thérapeute présente des émotions suffisamment intenses pour l'inviter à inclure dans cet écrit tout ce qu'il a sur le cœur, dans le ventre, tout ce qu'il pense et qu'il n'ose pas dire à son patient. Cette lettre ne sera pas remise au patient bien sûr, mais fera l'objet d'un retraitement chez le thérapeute, travaillée par le professionnel pour son propre compte avec un collègue, en supervision, en intervision ou dans son propre espace thérapeutique. Cette lettre se travaille comme n'importe laquelle au moyen du protocole des lettres (voir fiche sur le protocole des lettres). Cet outil permet au professionnel d'aborder ses propres réseaux implicites qui entrent en résonnance avec ceux de son patient et qui ont fini par amener le travail thérapeutique dans une impasse. Cette pratique, d'après nos constatations empiriques, conduit à l'apaisement du professionnel, font émerger des pistes chez ce dernier, qui étaient bien présentes, mais obnubilées par sa souffrance. Nous avons également constaté des changements importants par la suite, pas seulement chez le professionnel, mais aussi chez le patient. D'autre part, le thérapeute pouvant se situer plus clairement dans la prise en charge, cela a un effet sur la relation thérapeutique qui se trouve grandement améliorée.
Sans attendre un traumatisme vicariant avéré, nous conseillons l'utilisation de la lettre d'influence à chaque fois que le thérapeute serait tenté ou déjà en train de se suradapter à son patient. Nous comprenons ainsi la suradaptation comme déjà une perte de distance, une réaction face à l'impuissance ressentie, qui mène invariablement le thérapeute à se surinvestir pas nécessairement de la manière la plus adaptative et qui a dès lors pour effet une déterioration des conditions de travail.

Il est aussi possible d'utiliser l'exercice du patient catastrophe. Celui-ci consiste à utiliser la difficulté actuelle avec le patient comme un plan de ciblage, c'est à dire à définir des déclencheurs en lien avec ce patient, jusqu'à cibler la pire situation possible avec le patient concerné. En partant de la pire image de cette situation difficile, une cognition négative est définie qui sera utilisée pour rechercher des cibles dans le passé du professionnel. Ici, la connexion de la difficulté avec ce patient avec les cibles du passé et surtout le souvenir source émergant la plupart du temps de manière tout à fait surprenante, soutient ainsi l'hypothèse de la présence de réseaux implicites chez le professionnel. Ces cibles ainsi mises à jour pourront faire l'objet d'un retraitement EMDR tout à fait classique.

Parfois il peut être utile d'expliciter les pires peurs du thérapeute face au patient, afin de permettre d'en reconnaître leur part rationnelle pour pouvoir agir dans la réalité, et la part irrationnelle de cette peur, qui pourra faire l'objet d'un retraitement par un protocole standard. Il est possible

également qu'une prise en charge qui bloque amène chez le thérapeute l'émergence d'une émotion qui devient prépondérante. Il peut aussi s'avérer utile de déblayer chez le professionnel les émotions et les sensations engrangées en utilisant les outils habituels en EMDR (protocole standard, travail sur les peurs du futur, remise à zéro des émotions, …).

7. Conclusion

Nous pouvons dire que les traumatismes transmis dits vicariants existent, qu'ils se manifestent comme n'importe quel traumatisme sur le plan clinique et qu'ils se désensibilisent aussi facilement que les blessures d'événements que l'on a soi-même subies. Nous tenons à souligner que comme pour toute blessure traumatique transmise, dont les traumatismes vicariants font partie, celles-ci signalent l'importance et l'intensité du lien qui peut exister entre deux ou plusieurs personnes. En termes d'attachement, cette dimension nous paraît non-négligeable.

Par ailleurs, même si les professionnels restent centrés sur les ressources et les compétences de leurs patients et usagers, ce qui à notre sens les protège en grande partie d'une traumatisation vicariante, il n'empêche qu'ils peuvent néanmoins être touchés par ce que vivent leurs patients. Rappelons nous que la notion de fenêtre de tolérance n'est pas réservée à l'exclusivité de nos patients. Nous invitons dès lors nos collègues à s'exercer à prendre soin d'eux-mêmes. Cela aura deux conséquences : d'une part ils seront mieux en mesure de prendre soin des personnes dont ils s'occupent, d'autre part leur capacité à prendre soin d'eux agira comme un modèle.

8. Bibliographie

Arvay, M.J., & Uhlemann, M.R., (1996). Counsellor stress in the field of trauma : A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling, 30,* (3), pp. 193-210.

Bober, T., Regher,C., & Zhou, Y.R. (2006). Development of the Coping Strategies Inventory for trauma counsellors. *Journal of Loss and Trauma : International Perspectives on Stress and Coping, 11,* (1), pp. 71-83.

Brady, J., Guy, J., Poelstra, P. & Brokaw, B. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors. *Professional Psychology : Research and Practice, 30,* (4), pp. 386-393.

Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy.* NewYork: Norton.

Cunningham, M. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16, (4), pp. 227-290.

Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. In J. P.Wilson, Z. Harel, B. & Kahana (Eds.). *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam.* (pp. 219-238). New York: Plenum

Day, J.H., Vermillyea, E., Wilkerson, J., et Giller, E. (2006). *Risking connection in faith communities : A training curriculum for faith leaders supporting trauma survivors.* Baltimore : Sidran Institute Press.

Decety, J. (2005). Une anatomie de l'empathie. *Psychologie et Neuropsychiatrie cognitives, 3,* (11). pp. 16 – 24.

Dutton, M. A., & Rubinstein, F. L. (1995).Working with people with PTSD: Research implications. In C. R. Figley (Ed.), Compassion fatigue: *Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (Ed.). (1995). Compassion fatigue: *Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Gallese V. (2005): Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4, pp. 23 – 48.

Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counsellors. *International Journal of Emergency Mental Health, 2,* (4), pp. 229-240.

Haley, S. A. (1974). When the patient reports atrocities: Specific treatment considerations of the Vietnam veteran. *Archives of General Psychiatry, 30*, 191-196.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Holtz, T., Salama, P., Cardozo, B., & Gotway, C. (2002). Mental health status of human rights workers, Kosovo, June 2000. *Journal of Traumatic Stress, 15,* (5), pp. 389–395.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Les traumatises vicariants. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Iliffe, G., & Steed, L. (2000). Exploring counselor's experience of working with perpetrators and survivors on domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 15,* pp. 393–412.

Levin, A.P. & Greisberg, S. (2003). Vicarious trauma in attorneys. *Pace Law review,* http://digitalcommons.pace.edu/plr/vol24/iss1/11

Mc Cann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor : Theory, therapy, and transformation.* New-York : Brunner/Mazel.

Madrid, P.A. & Schacher, S.A. (2006). A critical concern : Pediatician self-care after disasters. *Pediatrics, 117*, (5), pp. 454-457.

Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist : Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New-York : Norton.

Peters, J.K. (2007). *Representing children in child protective proceedings: Ethical and practical dimensions* (3rd ed.). LexisNexis Matthew Bender.

Pryce, J.G., Shackelfor, K.K. & Price, D.H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Chicago : Lyceum Books, Inc.

Saakvitne, K.W., Gamble, S., Pearlman, L. & Lev, B. (2000). *Risking connection : A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Lutherville : Sidran Press.

Salston, M. D., & Figley, C. R., (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16,* (2), pp. 167 – 174.

Schauben, L.J. & Frazier, P.A. (1995). Vicarious trauma : The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quaterly, 19,* (1), pp. 49-64.

Shah, S.A. (2010). Mental Health Emergencies and Post-Traumatic Stress Disorder. In G.B. Kapur & J.P. Smith (Eds). *Emergency Public Health : Preparedness and Response,* pp. 493-516. Boston : Jones and Barlett Publishers.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.* New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Bruxelles : DeBoeck.

Au terme de cette description du modèle bi-axial, que nous utilisons avec enthousiasme et efficacité, nous pensons qu'il serait important de l'étayer par des recherches.

Lorsque nous considérons toutes les dimensions qui peuvent être ciblées, nous pouvons distinguer les cibles traumatiques et les cibles non-traumatiques.
Les traumatismes, nous le savons, constituent le socle du dysfonctionnement, des symptômes dans l'actualité. Nous avons évoqué également l'idée que la traumatisation transmise, notamment transgénérationnelle, pouvait verrouiller la symptomatologie, autour de laquelle se serait organisé le fonctionnement de la personne.
Dans la description du modèle bi-axial et du travail clinique, il apparaît clairement, que les cibles non-traumatiques ont toute leur place dans le travail en psychotraumatologie. Elles permettent de réduire les symptômes au quotidien, défont les blocages, permettent de meilleures conditions d'attachement. D'autre part, et notamment lorsque nous nous intéressons aux liens blessés, ceux-ci peuvent être traumatiques ou non, le plus souvent, nous ne le savons pas. De la même manière, nous ne savons rien concernant l'organisation interne de l'expérience vécue, quelle qu'elle soit : traumatique, négative, positive. Nous pouvons imaginer le rôle central des cognitions négatives et le pouvoir généralisateur de cognitions positives correctement installées. Cependant il reste la question de savoir comment penser tout cela ?
La TDSP nous propose un cadre pour penser le traumatisme, tant dans sa survenue, que dans une perspective développementale. Nous pouvons imaginer la TDSP et le TAI en accord avec l'idée de l'origine traumatique des troubles actuels. Le TAI nous invite à penser sous forme de réseaux de mémoire dysfonctionnellement stockés, prêts à se reconsolider différemment, si leur réactivation se passe dans de bonnes conditions.
Le TAI ne différencie pas les expériences traumatiques des expériences négatives non-traumatiques. Cette pensée ne conceptualise pas non plus pourquoi un trauma est un trauma et quelles sont les expériences qui ne le sont pas.
La TDSP remplit ici cette lacune importante, en ce qu'elle nous propose de penser le traumatisme, sous forme de réseaux de mémoire véhiculés par des systèmes d'action de survie individuels, ayant un fonctionnement radicalement différent de ceux formés par l'activation des systèmes d'action de la vie quotidienne et de survie collective. De plus, la TDSP comprend une perspective développementale du devenir du trauma et de la manière dont se conjuguent les systèmes d'action à travers le temps, ce qui nous aide à penser les déficits développementaux de nos patients. Cette dimension reste souvent absente des hypothèses de travail, ce qui a pour conséquence que les lacunes développementales sont traitées de manière implicite, au moment où elles émergent, avec un recours au bon sens, ce qui est insuffisant.
En même temps, en tant que cliniciens, nous avons besoin d'avancer avec des idées simples, pour être en mesure de penser, et en même temps, avoir suffisamment de ressources cognitives pour rester en lien avec le patient, le guider, maintenir un processus dynamique.

Dans la section qui va suivre, nous aimerions proposer une piste conceptuelle, déjà présente implicitement, et que nous voudrions envisager au service de la TDSP.

5.3. Réseaux primaires et réseaux secondaires : proposition d'une piste conceptuelle au service de la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité

Lorsque nous avons en face de nous une personne souffrant d'un trauma simple, les choses sont claires. Ce traumatisme est à l'origine d'un ESPT et après une courte phase de stabilisation, l'expérience traumatique est ciblée en EMDR et ce réseau peut se reconsolider de manière adaptative, c'est-à-dire avec un accès aux ressources et aux apprentissages que

cette expérience permet. Lorsque nous nous trouvons face à un patient traumatisé complexe, il ne suffit pas de cibler un traumatisme après l'autre pour s'en affranchir. L'équation devient complexe et invite à une pensée différente.

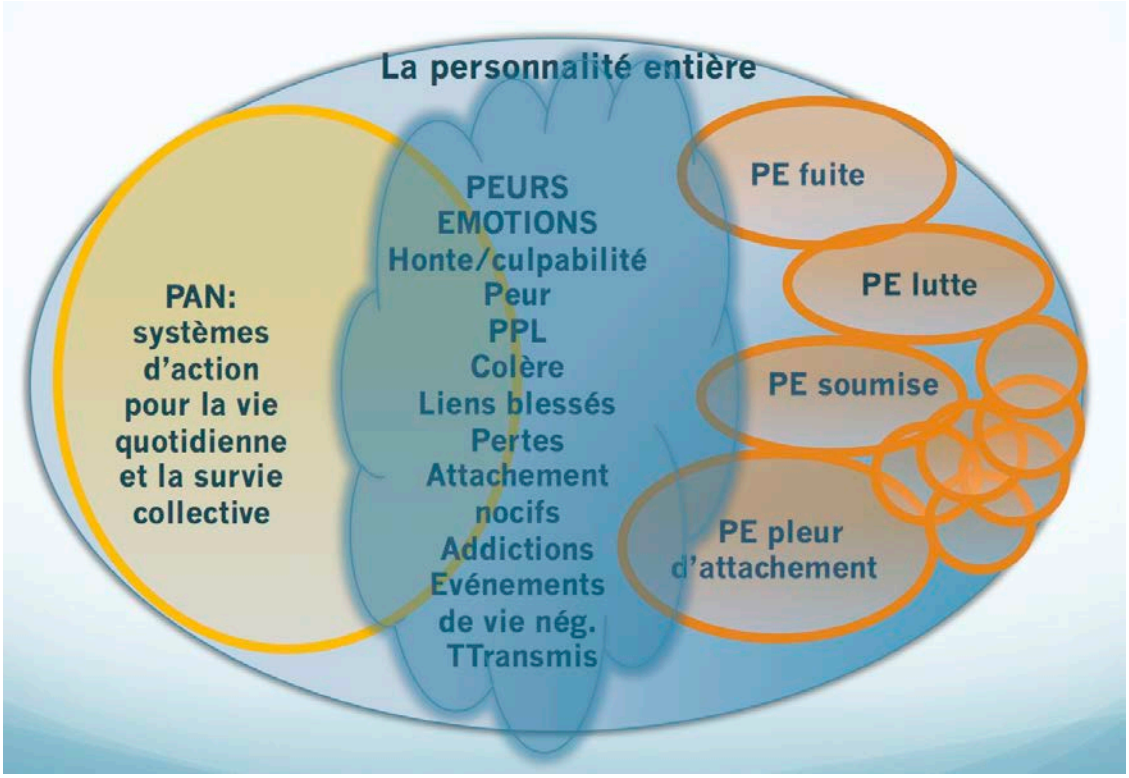
De nombreux auteurs décrivent un nombre de phénomènes co-morbides, qui, même si on peut les imaginer sous-tendus par des traumatismes, ne permettent pas un accès facile au trauma. Souvent, les patients avec une dissociation secondaire et tertiaire ne nous donnent accès à rien d'autre que des peurs, des émotions qui débordent, des sensations qui sont difficilement tolérables et des relations dysfonctionnelles. Nous sommes loin de connaître l'anamnèse complète et au cours de la thérapie il n'est pas rare que les symptômes et les dysfonctionnements se modifient. Nous pouvons d'ailleurs dire que plus la dissociation structurelle est étendue, plus c'est compliqué. Néanmoins, ce sont ces patients-là qui ont le plus besoin d'un thérapeute qui soit à la fois en mesure de penser, d'être en lien avec eux, avec lui-même, qui puisse s'adapter, sans trop souffrir, …

Nous savons que la tolérance à l'affect de ces patients est amoindrie, (Kluft, 2007 ; Dorahy et al., 2015 ; Van der Hart et al., 2006/2010 ; Irwin, 1998 ; Boon et al., 2011/2014 ; Andrews et al. 2000), qu'il y a un certain nombre de blessures relationnelles et de relations dysfonctionnelles, des zones d'ombre, avec sans doute des dimensions traumatiques transmises (Dellucci, 2014b ; sous presse). Certains auteurs suggèrent de cibler les défenses (Knipe, 2010, 2014), les idéalisations (Mosquera & Knipe, sous presse). La TDSP (Van der Hart et al., 2006/2010) attire notre attention sur un certain nombre de phobies dissociatives, comme la peur de s'attacher et de perdre le lien avec le thérapeute, la phobie des actions mentales liées au trauma, la phobie des parties dissociatives, des phobies d'attachement liés à l'agresseur, les phobies des PE face au thérapeute. Il convient de les prendre en compte et de les surmonter, avant de pouvoir avoir accès aux traumatismes.
Pour faire reculer la dépression, une co-morbidité souvent diagnostiquée, Arne Hofmann et ses collègues (Hofmann et al., 2014 ; Hase et al., 2015) préconisent de cibler dans un premier temps les « événements de vie stressants » en termes de pertes, de deuils et d'humiliations, avant les souvenirs traumatiques.
Les collègues qui prennent en charge les patients qui souffrent d'addictions, un autre trouble co-morbide souvent présent, nous invitent à cibler des réseaux de mémoire qui contiennent la mémoire addictive, c'est à dire des souvenirs positifs (Miller, 2012), les moments de craving et leurs déclencheurs (Hase et al., 2008 ; Popky, A.J., 2005 ; Hase, sous presse).

Dans la modélisation que nous proposons, nous appellerons « réseaux primaires » les traumatismes, que nous pensons à l'origine de la problématique actuelle.
Par contraste avec les expériences traumatismes, nous qualifierons de « réseaux secondaires » tous les réseaux de mémoire non-traumatiques, qui participent à maintenir la problématique actuelle, ce qui pourrait avoir comme fonction de maintenir les traumatismes à distance, pour ne pas être trop submergé.
La TDSP pourrait déjà répondre à notre interrogation, en reléguant tout simplement les réseaux secondaires à la PAN, ce qui est tout à fait juste. Cependant, en tant que praticiens EMDR, nous pouvons bénéficier d'une conceptualisation, qui nous amène à distinguer un fonctionnement au quotidien, gouverné par les systèmes d'action de la vie quotidienne, une couche traumatique sous la forme de réseaux primaires, ainsi qu'une troisième dimension, faite de réseaux qui auraient pour fonction de consolider la vie quotidienne en soutenant le fonctionnement dissociatif, tout en produisant leur lot de souffrances : les réseaux secondaires.
Cette couche de « réseaux secondaires » pourrait contenir les circuits émotionnels chargés, les mémoires addictives, les peurs, les blessures du lien et les événements négatifs de la vie non-

traumatiques, ainsi que la traumatisation transmise. La figure 5.4. nous permet d'en apprécier une vision schématique.

Fig. 5.4. Schéma de dissociation structurelle avec une ou plusieurs PAN, plusieurs PE (réseaux primaires) avec la présence de réseaux secondaires



Penser les cibles non-traumatiques sous cette forme, faisant interface entre le fonctionnement du quotidien et les réseaux traumatiques, entraîne plusieurs conséquences :

1. Les réseaux secondaires peuvent être abordés et désensibilisés hors trauma. Cela fait partie de notre pratique, sur l'axe émotionnel en vitesse 1 et 2 hors trauma, et lorsque nous abordons les blessures du lien spécifiquement. Gonzales et al., (2012) décrivent la Stratégie du bout du doigt (Tip of the finger strategy) qui consiste à désensibiliser les sensations émergeantes, sans toucher le cœur du trauma.
2. Aborder les réseaux secondaires, comme des peurs émergeantes, des circuits émotionnels, des blessures du lien, et les désensibiliser permet de dégrossir cette masse et devrait de ce fait faciliter l'accès au trauma. La littérature nous apprend que les émotions de honte et de peur constituent des barrières dissociatives et que leur désensibilisation permet d'amoindrir celles-ci.
3. Travailler sur la symptomatologie, p.ex. addictive, en abordant les envies irrépressibles (en anglais : craving), permet de respecter la construction symptomatologique et sa fonction, c'est-à-dire détourner du trauma, trop effrayant. Cela permet de commencer un retraitement pour lequel le patient peut se motiver plus facilement.
4. Cette conceptualisation permettrait d'inclure dans cette catégorie les traumatisations transmises, qui montrent une symptomatologie post-traumatique, tout en pouvant facilement être désensibilisés, du fait qu'il ne s'agit pas de réseaux primaires. Nous observons chez les patients dissociatifs, que le retraitement des trauma transgénérationnels donne accès aux réseaux primaires, c'est-à-dire les trauma ontogénétiques. C'est ce qui nous conduit à l'hypothèse qu'entre une PAN, véhiculée

par les systèmes d'action de la vie quotidienne, et les PE, qui portent le trauma, il pourrait y avoir un espace qui contient ce type particulier de traumatisation.

5. Cet espace de « réseaux secondaires » pourrait aussi être conceptualisé comme celui où agissent les mouvements qui imitent l'agresseur, mû par les traumatismes (réseaux primaires), mais déconnectés de ceux-ci. Dès lors cela pourrait constituer l'interface par lequel se transmettent la traumatisation inter- et transgénérationnelle.
6. L'espace des réseaux secondaires pourrait être celui où la dimension de l'attachement se travaille et se répare et ce, à différents niveaux :
    - à travers l'abord du lien à autrui, en commençant par un lien significatif, mais qui n'est pas le plus blessé : celui pour lequel la personne est la plus motivée
    - ce serait ici que pourrait se construire le lien entre PAN et PE, où seraient partagés les ressources et retraitées les blessures transmises, non traumatiques pour le patient lui-même
    - ce serait également le lieu où se négocie la relation thérapeutique, avec les influences mutuelles implicites du thérapeute et du patient
7. Il s'agit de petites cibles, qui régressent rapidement, et permettent, de ce fait, l'atteinte d'objectifs dans de bonnes conditions, ce qui produit chez le patient de la motivation et une participation plus active.

Si nous acceptons cette liste d'arguments, certainement pas exhaustive, nous pourrions faire l'hypothèse, que les réseaux secondaires sont la moins pire solution qu'ont trouvé les patients, pour faire face à ce qui leur est arrivé, c'est-à-dire ce qui est contenu au sein des réseaux primaires. C'est l'hypothèse qui nous guide dans l'approche centrée compétences.

Nous pourrions aussi penser que, le trauma ne favorisant pas l'attachement, du fait de l'activation de systèmes d'action de survie individuelle et de réponse aux menaces, les réseaux secondaires pourraient être une tentative de se reconnecter aux autres, en gérant les blessures traumatiques tant bien que mal, en attendant de s'en affranchir dans une situation où la personne n'ait plus besoin de choisir entre survie individuelle et être en lien avec d'autres significatifs. S'attacher aux autres n'est pas une démarche volontaire, c'est une condition indispensable à notre survie, nous apprennent les théories de l'attachement. Le lien à l'autre est donc involontaire et obligatoire. Vue sous cet angle, la manière dont s'organisent ces réseaux secondaires devient une partie intégrante des ressources de survie.

Si nous acceptons ce triptyque, alors il apparaît clairement, qu'en tant que psychotraumatologues, nous devons cibler d'abord les réseaux secondaires, avant d'accéder au trauma. Plus les réseaux secondaires sont importants, plus nous pouvons penser que le trauma l'est aussi. Il devient dès lors utile, avec des patients à forte charge traumatique, de faire des aller retours, non seulement entre la stabilisation et l'abord du trauma, mais aussi entre le ciblage d'éléments de ces réseaux secondaires et ceux des réseaux primaires.

Pour terminer ce chapitre intégratif, nous aimerions ajouter deux conseils à donner aux psychotraumatologues :

- Pour avoir une vue d'ensemble, il est utile de rassembler toutes les cibles sur une seule page. Cela agit non seulement contre le morcellement qu'induit le trauma et la confusion labyrinthique dans laquelle nous entraînent les réseaux secondaires, cela aide aussi le clinicien à se repérer. Nous proposons ci-après notre outil qui s'appelle le « Plan de ciblage étendu ».
- Les thérapies qui se passent bien avec des patients souffrant de dissociation structurelle secondaire et tertiaire durent plusieurs années. Un outil particulièrement efficace pour le tandem thérapeutique est un calendrier représentant une année, aussi sur une seule

page, sur lequel seront notées les périodes anniversaire. Notre expérience nous a appris que nous les oublions régulièrement et les patients également. Pourtant elles organisent les crises, les émergences traumatiques, particulièrement les deuils non faits. Avoir un moyen de prévoir ces périodes permet de les contenir, de les gérer plus facilement et d'éventuellement organiser des séjours en maison de repos ou chez des personnes de confiance, la prise de médicaments, … . De cette manière un phénomène anniversaire devient une occasion de prendre soin, sans disqualification face à ce qui émerge.

Plan de ciblage étendu de .....

Problématiques constatées	**Cognitions fondamentales**
Problématique choisie	**Appréhensions du futur (V1)**
Déclencheurs actuels (V4)	**Émotions problématiques (V2)**
Souvenirs du passé (V5)	**Relations problématiques (J)**
Souvenir source	**Empreintes précoces T (V3)**
Scénario-s du futur	**Éléments transgénérationnels**
Outils de stabilisation Contenant : Lieu sûr : Autre :	**Figures symboliques**
Ressources de survie	

H.Dellucci 2012

Les cinq points clés à retenir de ce chapitre 5 :

- La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité est une théorie qui permet de penser le traumatisme, du plus simple au plus complexe.
- La structuration du modèle bi-axial permet un ciblage au plus près des capacités d'intégration du patient.
- Avec les patients où la dissociation est à l'avant plan et empêche l'accès à la dimension émotionnelle, l'abord par l'axe du lien est une voie de choix.
- Le lien thérapeutique nécessite un soin particulier.
- Il est pertinent de distinguer le ciblage de deux types de réseaux neuronaux : les réseaux primaires et les réseaux secondaires.

CHAPITRE 6. POUR UNE PSYCHOTRAUMATOLOGIE CENTREE COMPETENCES

Objectif : Intégration de l'approche centrée compétences et des idées de la psychotraumatologie, à partir de notre pratique de thérapeutes EMDR, systémiciens, travaillant avec des patients traumatisés complexes et leurs familles, pour proposer un modèle psychothérapeutique en psychotraumatologie, se fondant sur le Modèle de Bruges.

Les différents points abordés sont les suivants :

- Revue des différents temps du trauma, ainsi que différents types de traumatismes psychiques.
- La relation non engagée : une question de sécurité.
- La relation de recherche : une question d'attachement suffisamment sécure.
- La relation de consultance : une question d'autonomie.
- La relation de co-expertise : un tandem thérapeutique parfait.
- Le Curriculum Vitae de Ressources
- Le retour du patient, essentiel pour le thérapeute : retours de Marie et Julie

---

Dans les pages qui suivent, nous aimerions proposer une intégration de notre pratique de thérapeutes EMDR, avec une approche psychothérapeutique et psychotraumatologique plus large.
Pour ce faire, nous nous appuyons sur le modèle de Bruges (Isebaert & Cabié, 1997) (cf. chapitre 1), que nous avons élargi à la psychotraumatologie. L'approche centrée compétences et le cheminement du modèle de Bruges, pour suivre les souhaits du patient et construire une alliance thérapeutique, nous conviennent parfaitement.

Ayant rencontré nombre de thérapeutes, également dans une posture de patients, nous avons beaucoup appris : sur ce que nous pourrions intégrer dans notre pratique psychothérapeutique, et aussi sur ce que nous tenons à ne jamais faire, tant cela nous a été désagréable. En tant que patients nous avons vu des thérapeutes sortir de leur fenêtre de tolérance et nous nous en culpabilisions, même si, rationnellement, nous savions que nous n'en étions pas responsables. Cette étape nous a aidé à y voir plus clair et à confirmer notre responsabilité de thérapeutes, à faire en sorte que nos patients se sentent avec nous en sécurité et que nous puissions leur fournir un espace où tous peuvent travailler dans de bonnes conditions. C'est la posture thérapeutique que prescrit l'approche centrée compétences. Nous aurions aimé, que les thérapeutes que nous avons rencontrés en tant que patients, puissent avoir accès et adopter plus souvent cette attitude fondamentale.

Aux principes fondamentaux de l'approche centrée compétences (cf. chapitre 1), nous en avons ajouté deux :

- Si une personne a un avis critique, alors elle a, consciemment ou inconsciemment, au moins une alternative à proposer. En tant que thérapeute, expert uniquement de thérapie en général, il est utile et important de l'explorer. Outre le fait que cela pourrait être une piste intéressante pour cette thérapie particulière, le thérapeute peut apprendre quelque chose.
- Commencez par le plus simple et le plus facile.

Nous savons que lorsqu'un patient avec un style d'attachement désorganisé est invité à s'engager dans le lien, même avec un autre qui propose un lien sécure, cela passe invariablement par une phase de déstabilisation. Le patient s'attend à être abandonné, ou bien il craint une agression qui ne vient pas. La projection dans le lien, c'est-à-dire le penser suffisamment pérenne pour qu'un espace relationnel puisse avoir lieu, est difficile. Au fil du temps, néanmoins, les choses évoluent et la projection devient possible, déclenchant alors des ressentis de vulnérabilité et une peur d'être déçu, qui peuvent être telles, que cela peut amener jusqu'à une crise suicidaire. La littérature décrit bien, que les survivants de maltraitances et de négligences chroniques, ont entre autres difficultés, celle de former et de maintenir des attachements sécures à l'âge adulte (Demos, 1988 ; Liotti, 1999 ; Schore, 1997, 2003 ; Teicher et al. 1997 ; Young, 1994).
La relation thérapeutique devient dès lors une opportunité unique pour aborder et soigner d'abord et avant tout le système d'attachement, avec la finalité de créer une situation où le patient est vu, traité et invité à agir comme un expert de sa vie, dans son contexte. Une relation dans laquelle il est traité comme un co-équipier, capable d'évaluer son expérience et d'aider à la conceptualisation thérapeutique, aux choix des cibles à aborder. D'un pas à l'autre, le patient peut redevenir l'auteur de sa vie, dans une dimension adaptative, qui lui convient et qui correspond à la manière dont il souhaite mener sa vie. Giovanni Liotti, à la conférence EMDR Europe en 2012 à Madrid, a conclu son intervention plénière en disant que « la meilleure posture thérapeutique en termes d'attachement consiste en une relation de coopération mutuelle, côte à côte ». Nous entendons par là une relation de coopération de deux co-experts.

L'article qui va suivre propose une synthèse de notre pensée en tant que thérapeutes en psychotraumatologie, au delà de notre méthodologie d'intervention en EMDR. Il a été rédigé en 2012 et publié en 2014. Cet article reprend un certain nombre d'éléments déjà mentionnés tout au long de ce travail.
Nous y proposons une articulation des idées issues de la psychotraumatologie avec le Modèle de Bruges, dont nous conservons la progression en arborescence et l'importance de stratégies spécifiques à chaque niveau de la relation thérapeutique. Les vignettes cliniques que nous y avons décrites et les enseignements que nous en avons retenus illustrent parfaitement la pertinence d'un modèle en arborescence et la structuration qu'il propose.

Thérapie familiale, Genève, 2014, 35, 2, 193-226

Psychotraumatologie centrée compétences

Hélène Dellucci Psychologue, thérapeute familiale, superviseur et formatrice, praticienne EMDR et consultante EMDR Europe

Résumé

Psychotraumatologie centrée compétences. – Les traumatismes psychiques faisaient partie jadis des tableaux cliniques les plus récalcitrants. Aujourd'hui, avec les méthodes de la psychotraumatologie moderne, cette affection devient facilement appréhendable. Cet article fait le tour des différents types de réactions traumatiques après des événements négatifs et propose une lecture et des pistes centrées compétences, à partir du Modèle de Bruges. A travers les différentes phases d'une thérapie en psychotraumatologie seront abordées la stabilisation, l'importance de l'attachement pour se mettre au travail, et les conditions pour un travail psychothérapeutique qui permette de s'affranchir des traumatismes psychiques.

Introduction

Un traumatisme psychique est une blessure émotionnelle, qui reste après un événement, le plus souvent négatif.[1] D'un point de vue neurologique, le monde de la psychotraumatologie s'accorde à dire qu'il s'agit d'un réseau neuronal, qui n'est pas en lien avec des réseaux ressources, et qui, lorsqu'il est déclenché, par une similitude en termes de date (période anniversaire), ou d'un déclencheur d'une autre nature (par exemple: un crissement de pneus, une porte derrière soi, un mot, une ressemblance avec un agresseur), provoque une réaction de survie, comme si, sur le plan cérébral, la personne se retrouvait dans la même situation, au même moment.

En général, il s'agit de personnes, qui, lorsqu'elles ne se trouvent pas confrontées à un déclencheur, sont de très bon conseil pour autrui, avec un accès aux ressources bien présent. Au moment où un déclencheur dans l'environnement

[1] La plupart des traumatismes psychiques sont causés par des expériences négatives. Cependant, il existe des événements que l'on appelle « souvenirs-étoile », qui sont en soi des souvenirs positifs, mais qui, de par leur débordement physiologique et la réaction de survie qui s'ensuit, laissent une trace contenant une charge émotionnelle telle, que l'inscription dans le réseau neuronal est la même que pour une expérience négative.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

active ce réseau neuronal qui contient une charge émotionnelle importante, la réaction de survie implique l'inhibition des zones préfrontales dont nous aurions besoin pour l'intégration et l'apprentissage. De cette manière, tout apprentissage est empêché, et la personne expérimente le plus souvent des sentiments d'incompréhension et d'impuissance face à sa propre réaction. La multiplication de ce type d'expérience peut mener à la conviction de se retrouver sans cesse au point de départ, quels que soient les efforts consentis pour changer les choses.

Les traumatismes psychiques faisaient jadis partie des tableaux cliniques les plus difficiles à traiter. Aujourd'hui grâce à des méthodes spécifiques, qui ont fait leurs preuves, les traumatismes psychiques sont parmi les troubles les plus facilement guérissables, pourvu que le professionnel suive les règles que propose la psychotraumatologie. Avec Cyril Tarquinio (2013), nous sommes d'accord pour dire que l'efficacité de ce travail et la robustesse des résultats ne manqueront pas de révolutionner la psychopathologie en ce sens, que si la dimension traumatique peut être guérie en premier lieu, les autres symptômes, qu'ils soient d'ordres dépressifs, addictifs, voire appartenant à des tableaux plus lourds encore, perdent de leur consistance.

Symptomatologie de l'Etat de Stress Post-traumatique

Le DSM-IV-TR (2002) prévoit pour les Etats de Stress Post-Traumatiques (ESPT) quatre types de symptômes à savoir: l'évitement, la restriction du champ de conscience, l'hyperactivation physiologique et les symptômes intrusifs (des flashbacks, des idées obsédantes, des sons,...).

Si nous les regardons par la lunette de l'approche centrée compétences, ces signes cliniques sont déjà l'expression de ressources.

Les symptômes intrusifs signalent à la personne que quelque chose d'important mérite attention, que l'expérience passée lui a enseigné qu'il y a danger lorsque ce signal perçu est présent. Quelles que soient les choses qui aient pu se produire dans le passé de la personne, en psychotraumatologie centrée compétences, nous ne nous intéressons pas primairement au contenu traumatique. Cela ne sert à rien. Notre travail en tant que thérapeutes, si nous souhaitons aider la personne, est de nous intéresser à ses ressources de survie. Plus la liste des événements difficiles est longue et sordide, plus le simple fait que la personne soit encore là pour nous parler signale que la liste des compétences de survie est au moins aussi importante, sinon davantage. D'un point de vue phylogénétique, nous sommes très bien outillés, physiologiquement, pour réagir de manière préréfléchie en situation de danger. Ces systèmes réflexes orientent nos comportements, arrêtent la pensée, tout comme les autres programmes à long terme, comme par exemple la digestion, l'immunité... et nous dirigent vers la survie à court terme. Les personnes, lorsqu'elles mettent en place des compétences de survie, n'inscrivent pas cela dans un curriculum vitae de ressources, avec lequel elles viendront se présenter à nous. C'est la tâche du thérapeute, de regarder d'abord ces compétences si importantes, même s'il n'en connaît pas encore le détail, puis de questionner de telle manière que ces détails puissent émerger à la conscience: «Et comment avez-vous fait, après tout cela, pour être encore là aujourd'hui?», «Comment avez-vous fait pour survivre à cela?» lorsque les personnes racontent

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

une série d'événements qui peuvent encore étonner par leur degré de violence. « Et qu'avez-vous fait juste après… ? » lorsque la personne raconte un événement unique. « Comment avez-vous réussi à grandir malgré tout ? » lorsque sont rapportées des maltraitances, des négligences qui ont marqué toute une enfance. « Comment avez-vous fait pour résister si longtemps ? » lorsqu'une personne raconte être restée au sein d'une relation abusive pendant des années. Il s'agit là de questions authentiques, destinées pour une part à transmettre à la personne l'intérêt du thérapeute pour ce qui a marché, d'autre part qui permettent de parler des traumatismes, sans rentrer dans le détail de ce qui s'est passé, mais plutôt dans le détail des ressources de survie. Ce processus amène, petit à petit, la personne à prendre conscience qu'elle a déjà fait l'essentiel face à la situation donnée. C'est au thérapeute de recadrer ces réactions que sont les reviviscences, comme une réaction normale et adaptée de l'organisme, qui tente de mettre en place les ressources de survie dès que possible, afin d'échapper au danger. Il s'agit en même temps de la signature d'une blessure traumatique, car le cerveau se comporte comme s'il ne savait pas que le temps s'était écoulé et que la personne n'est plus en danger dans l'ici et maintenant.

Le second symptôme, l'évitement, est commun à toute personne traumatisée, quels que soient le degré et la chronicité de la traumatisation. Il s'agit d'un apprentissage intelligent de la part de l'organisme, qui, devant les réactions coûteuses en énergie que provoquent les déclencheurs, finit par faire un détour autour de ce qui fait mal. Nous considérons l'évitement comme une ressource, qui permet à la personne de choisir de ne pas se confronter aux choses douloureuses. Et tant que la personne n'est pas suffisamment stabilisée pour en découdre avec les expériences passées, de façon à en faire des souvenirs comme les autres, tant qu'elle n'a pas trouvé un interlocuteur en qui elle aura suffisamment confiance, l'évitement est la meilleure stratégie.

Néanmoins, l'évitement, même s'il est utile à court terme pour continuer la vie quotidienne et la stabiliser, ne guérit pas la blessure émotionnelle. Ce réseau traumatique reste dormant, et activable lorsqu'un déclencheur apparaît dans l'environnement. Neurologiquement parlant, face à un élément reconnu par l'amygdale comme pertinent, la réponse émotionnelle et physiologique est incompressible et immédiate. C'est la raison pour laquelle, nous proposons, à l'issue d'une période de stabilisation et de partage d'informations suffisantes pour que la personne puisse décider avec un consentement parfaitement éclairé, une démarche de confrontation où l'EMDR (Shapiro, 1991) reste un outil préférentiel, d'une part en raison de son efficacité, d'autre part pour sa rapidité. Cette approche a l'avantage de permettre un travail sur le traumatisme avec une exposition restreinte, n'impliquant aucun exercice d'exposition à domicile. Même si à l'origine, l'EMDR est centré sur la résolution de séquelles post-traumatiques, nous pouvons proposer aujourd'hui un protocole modifié, de façon à le rendre parfaitement compatible avec une approche centrée compétences (Dellucci et Vojtova, 2012 ; Dellucci, 2013).

La restriction du champ de conscience, qui est une conséquence de l'évitement et l'hyperactivation émotionnelle constituent deux autres symptômes majeurs de l'Etat de Stress Post-Traumatique. A ce titre, nous aimons nous référer au schéma de la fenêtre de tolérance de Siegel (1999), qui a l'avantage de nous centrer avant tout sur la réponse physiologique du corps.

Guidés par le degré d'activation de la réponse physiologique, les auteurs nous montrent que l'intégration et l'apprentissage nécessitent de rester dans notre « fenêtre de tolérance », c'est-à-dire un état physiologique dans lequel notre

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

cerveau peut fonctionner de manière intégrative entre ses différents niveaux de traitement,[2] et de ce fait transformer une expérience, même émotionnellement forte, en un tout compréhensible, dicible, en en faisant un fait biographique situé dans le temps et contrôlable émotionnellement.

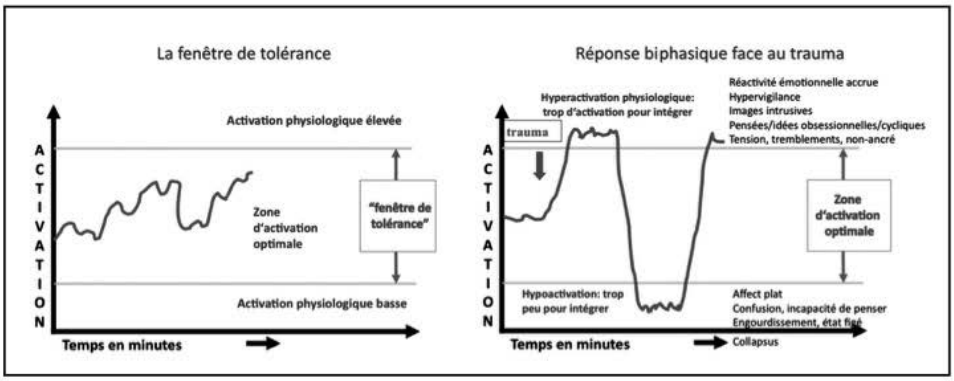


Figure 1. Modèle de la fenêtre de tolérance (Siegel, 1999) et de la réponse biphasique face au traumatisme (Ogden et Minton, 2000)

Le profil en cas de traumatisme est différent : il s'agit d'une expérience qui, à un moment donné, a suffisamment dépassé nos capacités d'intégration, et de ce fait, n'a pu être intégrée. Steven Porges (2001, 2011) nous enseigne que, sur un plan physiologique, les réactions de survie ne nous permettent plus d'être en lien avec autrui, peu importe s'il s'agit d'hyperactivation, correspondant à une réaction sympathique forte, provoquant une réaction de fuite ou de lutte incontrôlable ou d'hypoactivation, correspondant à une réaction parasympathique dorsale, se montrant avant tout par de la confusion, une perte du tonus musculaire pouvant aller jusqu'au collapsus total. Dans le monde animal, cela consiste à faire le mort. Ces réactions font partie de notre arsenal de survie immédiate. Hyperactivation et hypoactivation physiologiques, au moment du trauma, se succèdent. Les éléments sensoriels de l'expérience ne sont pas métabolisés, mais juste « imprimés » et « mis de côté ». Plus tard, lors du travail sur le traumatisme, ces éléments sont retrouvés, et revécus en accéléré, de façon à transformer une réaction de dépassement, en une réaction émotionnellement contrôlable. Cela permet ainsi au cerveau de transformer un réseau neuronal traumatique, uniquement sous-cortical, en une expérience totale, un réseau impliquant la totalité du cerveau et permettant ainsi de dire, sans être débordé émotionnellement, qu'à l'époque s'est passé cette expérience difficile, mais qu'aujourd'hui, après tout ce temps, j'ai appris des choses, et cela ne m'empêche plus de faire ce que je souhaite. Ainsi, les principaux changements après un travail d'intégration sont que la personne souhaite passer à autre chose, n'est plus happée par l'expérience difficile, peut y accéder sans évitement, peut en parler ou pas, bref retrouve sa capacité à faire des choix et à faire des choses cohérentes avec ses objectifs. Les insomnies cessent, le degré d'anxiété baisse, les personnes vont de l'avant, sont intéressées davantage par la prévention que par l'évitement.

[2] Un fonctionnement intégratif du cerveau suppose une synergie de traitement entre les zones sous-corticales (tronc cérébral, diencéphale et système limbique) et les zones corticales.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Les différents types de traumatismes psychiques

En fonction du temps écoulé depuis un événement survenu, du nombre d'expériences traumatiques non encore intégrées, de l'âge de leur occurrence, ainsi que leur durée, les tableaux cliniques diffèrent. Plus l'événement est récent et unique, plus il est concordant avec les symptômes décrits plus hauts. Plus les événements sont répétés, plus ils ont eu lieu tôt dans la vie, et plus ils sont d'ordre relationnel, plus le fonctionnement s'est organisé autour de ces blessures, qui somme toute, se gardent bien à travers le temps, parfois même sur plusieurs générations. Rappelons que quel que soit le degré de traumatisation et sa durée, tout traumatisme est complètement guérissable.

La réaction de stress aigu

Il s'agit ici de la réaction immédiate après un événement potentiellement traumatique. Nous ne parlons pas de traumatisme à ce moment. Ce dernier fait partie d'un trouble qui se chronicise au-delà de trois mois. La réaction de stress aigu se résume à la période de vulnérabilité, faisant suite à la rupture de notre illusion d'invulnérabilité et d'immortalité, avec laquelle nous vivons quotidiennement, et qui nous permet de nous centrer sur nos projets, de nous projeter dans l'avenir. Un événement qui dépasse les capacités d'intégration faisant irruption dans une vie sort la personne dans un premier temps de la trajectoire qu'elle s'était donnée et qui semblait aller de soi.

Les spécialistes mondiaux, réunis par Hobfoll et ses collègues (Hobfoll et coll., 2007), se sont penchés sur les principaux critères qui permettent de récupérer, individuellement ou collectivement après des catastrophes. Ils en ont retenu cinq : 1) pouvoir se sentir en sécurité, 2) être en capacité de s'apaiser, 3) retrouver un sentiment d'auto-efficacité et d'efficacité pour la communauté, 4) être relié à autrui, et 5) avoir de l'espoir.

Ces critères restent valables, quel que soit le niveau d'intervention, individuel ou collectif, précoce ou après des années. Le sentiment de sécurité vient avant tout. Il est primordial, et c'est ce qui va produire le contraste le plus important avec l'expérience potentiellement traumatique, qui a appris aux personnes que leur intégrité n'est pas sauve. Sans sécurité, la capacité à retrouver son calme est illusoire et ne se résumera qu'à des moments de sous-activation sous forme de perte d'énergie, de collapsus. Le second critère, à savoir trouver ou retrouver des moyens pour s'apaiser est la seconde tâche, qui permettra aux personnes de retrouver une sensation de contrôle sur leur propre expérience. Lorsqu'un événement difficile touche une collectivité, la ressource de pouvoir s'apaiser les uns les autres devient primordiale. Cela nous amène directement au critère d'auto-efficacité, tant pour soi que pour sa communauté. Les auteurs indiquent qu'il est plus thérapeutique, pour les personnes touchées dans des zones de catastrophe, d'aider à reconstruire un abri ou une école, que de bénéficier d'une intervention psychologique. Nous avons observé, spécialement pour les personnes souffrant de traumatismes complexes et troubles dissociatifs, qu'ils ont tendance à appliquer les exercices de stabilisation d'abord à autrui, et étonnés devant leur efficacité auprès des autres, finissent par consentir à les faire pour eux-mêmes. Etre relié à autrui est à notre sens un des critères les plus importants pour contrer l'installation d'un traumatisme dans la durée. La présence, sans jugement,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

de personnes soutenantes, mais non intrusives, prévient la rupture du lien et l'aggravation des difficultés après une expérience potentiellement traumatique.

Le dernier critère rejoint par excellence les approches centrées compétences : la capacité de se projeter dans l'avenir, génératrice d'espoir. A travers les récits de l'histoire, tant en camp de concentration (Semprun, 1994), qu'en soins intensifs (Charbonier, 2012), ce critère de garder ou retrouver espoir est l'un des meilleurs prédicteurs au service de la survie. On peut dès lors le supposer valable dans toutes les situations entre ces deux extrêmes.

C'est dans ce cadre des réactions de stress aigu qu'ont été inventés et mis en place les débriefings collectifs et individuels, ayant pour objectif principal de prévenir l'installation de la blessure traumatique chronique, et permettre, dans un premier temps, aux soldats de retourner au front, et plus tard, à toute personne de se réinsérer rapidement dans un quotidien fonctionnel. Rose et ses collègues (2009) ont conduit une méta-analyse incluant une quinzaine de recherches cliniques faites pendant quinze années de pratique du débriefing en séance individuelle unique. Leur conclusion est édifiante : ceux qui ont bénéficié d'un débriefing psychologique, dix ans après, vont en moyenne moins bien que ceux qui n'ont eu aucune intervention.

Si nous réfléchissons aux résultats décrits par Rose et coll. (2009) à la lumière de ces recherches récentes et des arguments de l'approche centrée compétences, cela nous amène à dire que le fait de décrire les détails de l'expérience difficile sans stabilisation suffisante pour une exposition franche, amène à la consolidation du réseau traumatique, et non à sa résolution. Ce qui nous paraît important est d'une part, maintenir la personne dans sa fenêtre de tolérance, garantissant la préservation du contact avec autrui et les capacités d'intégration, et d'autre part activer la salutogenèse, pour décrire la résorption spontanée du sentiment de vulnérabilité et l'autoguérison, consistant à transformer le réseau neuronal traumatique par une mise en lien avec les réseaux ressources.

Ce qui précède, nous amène à proposer une intervention, à la place du débriefing classique, cohérente avec l'approche centrée compétences. Après s'être rendu prédictible à travers un cadre sécurisant et après avoir apaisé corporellement et émotionnellement la personne ou le groupe, la description de l'expérience négative est réduite à sa plus brève expression. Le but de tout récit sur ce qui s'est passé est d'arriver à décrire ce qui a été le plus difficile pour la personne concernée. Pour raccourcir le temps d'exposition, il est donc utile de poser cette question aussi rapidement que possible, c'est-à-dire dès le début du récit. Une fois cette dimension exprimée, les personnes sont en général d'accord pour suivre le professionnel dans le questionnement sur leurs besoins immédiats, dans l'ici et maintenant, avant de restaurer les repères dans la vie quotidienne.

Les collègues intervenant dans les territoires occupés et en crise, en Palestine et en Israël ont mis au point des protocoles d'intervention, utilisant l'EMDR après des événements récents chez les adultes (Kutz et Bleich, 2005 ; Kutz et coll., 2008 ; Quinn, 2009 ; Shapiro, 2009) et les enfants (Zaghrout et Dodgson, 2008). Ces interventions se font souvent en milieu hospitalier, voire au service d'urgences, par des professionnels qualifiés avec cette population et ce type d'intervention.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

L'ESPT simple

Si les réactions émotionnelles et les symptômes persistent au-delà de trois mois, nous pouvons parler d'un Etat de Stress Post-Traumatique. L'ESPT simple consiste en un événement unique, ou plusieurs événements dans une vie, sans lien les uns avec les autres. Pragmatiquement, les professionnels parlent d'un « coup de tonnerre dans un ciel bleu », c'est-à-dire que la personne n'a pas de séquelles préétablies. Un événement unique est guérissable en une à trois séances d'EMDR (Shapiro, 2001), trois à cinq séances, si l'on prend en compte une séance de stabilisation et une séance de clôture. Cette rapidité, qui peut paraître surprenante, s'appuie sur les capacités d'auto-guérison du cerveau, qui en cas de traumatismes simples, permet à trois quarts des personnes de se remettre sans séquelles d'une expérience traumatique. C'est aussi la raison pour laquelle, dans un cabinet de psychotraumatologue, ce sont les tableaux cliniques les plus rares.

La multiplication de blessures traumatiques, si celles-ci restent en nombre raisonnable, sans lien entre elles, et sans troubles de l'attachement, peut être qualifiée de traumatismes multiples, tout en restant dans un cadre d'ESPT simple. En général, une dizaine de séances permettent d'en venir à bout, et les interventions thérapeutiques restent brèves.

L'ESPT complexe

La plus grande cohorte de personnes traumatisées est formée par ceux qui ont accumulé les expériences difficiles à travers le temps. Ces personnes, qui ont déjà mis en place des ressources de survie hors pair, sont souvent épuisées par une lutte incessante contre les effets des déclencheurs dans leur quotidien. Les symptômes francs de l'ESPT sont moins visibles, car noyés dans une comorbidité plus vaste, faite en majorité de troubles de l'attachement et de dépressions chroniques, mais aussi de troubles du comportement alimentaire (Garner et Garfinkel, 1985; Root et Fallon, 1988), de tableaux anxieux ou compulsifs, d'addictions, de mises en danger (Felitti et coll., 1998), d'automutilations (van der Kolk et coll., 1991) et de comportements les mettant en risque d'expérimenter davantage de situations victimisantes.

Il s'agit de survivants au sens propre. Ces personnes ont pour la plupart fait face à des événements dont nous ne saurons sans doute jamais l'ampleur, sans pour autant savoir consciemment comment ils ont réussi à survivre. C'est la tâche du thérapeute de faire émerger cela à la conscience. Il s'agit de personnes, pour lesquelles les méthodes d'exposition simples ne marchent pas, parce que trop confrontantes. Pourtant, ce sont les personnes qui espèrent le plus, à juste titre, d'être aidées par les procédés développées en psychotraumatologie.

Les troubles dissociatifs

Lorsque la traumatisation chronique a débuté dès le plus jeune âge et a impliqué pour une grande part des adultes censés prendre soin, il arrive que la survie se fasse au prix d'un conditionnement comportant un évitement tellement massif, que des pans entiers d'expérience passent sous amnésie. Des symptômes de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

déréalisation, de dépersonnalisation et de perte du sens du temps présent complexifient ce tableau déjà difficile.

Les troubles dissociatifs se distinguent sous leur forme psychoforme et somatoforme (Nijenhuis, 2004), incluant des réseaux neuronaux « carapacés » à un point tel, que se forment des sous-systèmes de la personnalité, endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006). Les recherches corroborent clairement cette thèse, tant sur le plan des mesures physiologiques (conductance de la peau, potentiels évoqués visuels, variables du système nerveux autonome, activation physiologique – revue par Nijenhuis, Van der Hart et Steele, 2002), mais également sur le plan cérébral (Reinders et coll. 2003, 2006, 2008), dans le sens de patterns cérébraux différenciés ne communiquant pas entre les différents états activés. Le mérite de ces chercheurs est d'avoir vérifié la robustesse de leurs résultats par rapport à une population contrôle, voire des sujets non dissociatifs sains, ayant appris à simuler un état dissociatif. L'existence de troubles dissociatifs ne fait donc plus de doute, même si la vigilance du clinicien devant toute réification inutile doit rester une constante.

D'un point de vue clinique, lorsqu'il y a ESPT complexe avec ou sans troubles dissociatifs, nous avons toujours affaire à de l'amnésie, des phobies, des émotions débordantes, et des réactions de survie.

L'amnésie peut être plus ou moins étendue, soit sous forme totale, c'est-à-dire une non-connaissance que quelque chose est ignoré, soit identifiée, c'est-à-dire avec une amnésie pour le contenu, tout en n'ignorant pas son existence, par exemple une personne qui nous dit n'avoir aucun souvenir avant l'âge de 12 ans. La plupart d'entre nous a une amnésie tout à fait naturelle pour ce qui a pu se passer pendant nos trois premières années.

Les phobies sont multiples. Les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006) énumèrent celles qui sont propres à ce fonctionnement : la peur de s'attacher et en même temps la phobie de perdre l'attachement avec le thérapeute, les peurs des réactions corporelles des traumatismes et de leurs suites, la phobie des contenus traumatiques, et finalement les peurs de la vie quotidienne. L'aspect phobique est ce qui distingue les personnes souffrant de troubles dissociatifs de celles qui n'ont pas développé cette stratégie de survie extrême. Même lorsque les personnes sont informées, parfaitement consentantes et demandeuses de se débarrasser de leurs traumatismes, la peur émergeant au moment où ces réseaux dissociés sont touchés est toujours de la partie. Le clinicien doit en tenir compte, sinon il en va du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, ce qui signe le plus souvent l'arrêt de la thérapie, par réflexe autoprotecteur.

Parfois, la phobie produit de l'amnésie et l'inverse. Les deux font qu'en tant que cliniciens, nous recevons rarement les informations au moment où nous en aurions besoin pour orienter le cours des choses.

En thérapie centrée compétences, nous ne cherchons pas à en connaître plus sur la personne, que ce qu'elle veut bien nous dire de son plein gré. Et le moment où elle nous apprend le contenu qu'elle apporte est toujours le bon moment. Même si nous aurions sans doute organisé différemment nos interventions, si nous avions connu une information particulière plus tôt dans la thérapie, il n'empêche que même à un moment tardif, l'information donnée est toujours pertinente. Notre travail est de nous intéresser aux souhaits de changement de la personne, et non de la juger et d'imaginer comment elle aurait pu faire différemment.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Vignette clinique 1 : Laure

C'est ainsi que Laure, un jour avant le terme de son accouchement, contacte sa thérapeute par mail en demandant s'il était possible d'avoir une consultation par Skype.[3] En explorant les raisons de sa demande, Laure évoque une peur de mourir au moment de la naissance de son enfant. Lorsque la thérapeute lui demande : « depuis combien de temps cette peur vous taraude-t-elle déjà ? », Laure répond : « depuis toujours. J'ai toujours eu la conviction que j'allais mourir à la naissance de mon enfant. » La thérapeute aurait pu questionner Laure, pourquoi elle n'avait pas évoqué cela plus tôt, lorsqu'elle était encore sur place, et où elle travaillait, une heure toutes les semaines ou par quinzaine, à déblayer des traumatismes de tous ordres avec le but de dépasser son fonctionnement dissociatif.

Laure avait déjà fait de nombreux progrès : elle avait rencontré un homme bienveillant, avec lequel elle a pu construire une relation dans laquelle elle se sentait bien, accepter d'être enceinte et rejoindre son homme dans un autre pays à 1300 km de sa famille. Parmi les éléments traumatiques travaillés, il y avait eu des événements transgénérationnels en rapport avec la maternité et un viol à l'âge adulte. Les craintes de Laure nous ont montré que malgré notre travail étendu, il restait des réseaux activés par le déclencheur de l'accouchement imminent. Une séance EMDR assez courte a permis d'en venir à bout, et tout s'est bien passé par la suite. Aujourd'hui, Laure va bien, sa famille aussi.

Nous pouvons nous demander pourquoi Laure n'a pas évoqué cette crainte plus tôt, pourquoi avoir attendu d'être au pied du mur, le jour avant le terme de son accouchement, d'autant plus que ce thème avait été abordé auparavant ? Évitement, amnésie, peur, dissociation, honte ? Nous faisons l'hypothèse que Laure avait de très bonnes raisons, quelles qu'elles soient. Le plus important est qu'elle avait suffisamment confiance pour contacter sa thérapeute en France, qui lui avait dit qu'elle serait disponible au cas où Laure aurait une question ou une nouvelle demande. Leur connaissance mutuelle a permis une séance EMDR sur le pouce.

En ce qui concerne les émotions débordantes, il est important de considérer que lorsqu'un réseau neuronal dissociatif devient accessible, c'est toute la charge émotionnelle contenue qui est libérée. Cela peut parfois prendre la forme d'une vague émotionnelle considérable, à laquelle le thérapeute doit être préparé, pour ne pas être surpris et pouvoir assister la personne à rapidement traverser ces émotions dans de bonnes conditions. Souvent, les personnes souffrant de troubles dissociatifs, n'ont pas accès à leurs émotions, ou alors uniquement quand ça déborde. La capacité à ressentir des émotions est en soi déjà bon signe que nous ne manquons pas de recadrer comme tel.

Les réactions de survie, parfois subtiles, comme des ruptures de communication, des états figés, ou bien des réactions de fuite instantanées ou encore une impossibilité à abandonner la lutte, sont souvent devenues partie inhérente du fonctionnement de la personne. Les déclencheurs sont plus nombreux que l'on ne pense, et coûtent beaucoup d'énergie à la personne, qui doit faire un réel effort de détective pour les débusquer. Les négliger pourrait mener à des boucles récurrentes, faisant croire à un immobilisme, voire à un signe de mauvaise foi. Explorer ces réactions de survie de manière bienveillante permet souvent d'avancer, tant pour le thérapeute que pour la personne.

---

[3] Il s'agit d'un logiciel permettant des communications à distance, tant auditives que visuelles. Nous utilisons souvent ce moyen pour communiquer avec des personnes loin du cabinet.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

L'importance du regard centré compétences, pas uniquement, mais surtout en psychotraumatologie fait que ces survivants avec lesquels nous travaillons ne nous semblent plus ni compliqués, ni difficiles. Nous les voyons plutôt comme des héros avec lesquels nous avons le privilège de travailler en équipe.

Structure de traitement en psychotraumatologie

Pierre Janet (1859-1947) a été le premier à proposer une structure de traitement en trois temps, sous la forme d'une première phase de stabilisation, puis celle consistant à travailler directement sur les traumatismes, pour finir par une phase d'intégration et d'accompagnement au changement. Ce triptyque reste d'actualité encore aujourd'hui avec un consensus unanime pour proposer un travail thérapeutique par phases, multimodal et orienté sur les habiletés et compétences de la personne (Brown, Scheflin et Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999).

La stabilisation: une étape majeure du soin en psychotraumatologie

La stabilisation consiste à faire connaissance, recueillir la demande et les objectifs de la personne, partager notre savoir avec elle de façon à ce qu'elle puisse décider en fonction de ses possibilités, et faire des exercices préparatoires en vue de passer à la prochaine phase. Si toutes ces tâches se déroulent dans de bonnes conditions, naturellement, il en découle la construction d'une relation thérapeutique soutenante.

Il est vrai que toute rencontre entre un thérapeute et la personne est d'abord une rencontre humaine, dont va éclore une alchimie particulière. Néanmoins, nous pensons que certains éléments favorisent plus que d'autres la relation thérapeutique soutenante auprès de personnes traumatisées. Il existe trois besoins primordiaux pour qu'une personne puisse se stabiliser, à savoir le fait de se sentir en sécurité avec le thérapeute dans l'ici et maintenant, le besoin de créer un attachement sécurisant, et avoir de l'espoir. Nous retrouvons ici une partie des critères décrits par Hobfoll et ses collègues (2007).

Il faut considérer l'idée que des personnes ayant vécu des expériences qui ont laissé des blessures traumatiques, ont fait l'expérience tangible que leur intégrité n'est pas sauve. Il est donc évident que ce qui se passe en thérapie doit être en parfait contraste avec cela, signifiant que nous nous rendons prédictibles, que nous demandons aux personnes d'évaluer ce qui se passe dans le processus même des échanges à intervalle régulier. Nous ne faisons pas de la psychoéducation, nous partageons notre savoir avec les personnes, et ce sont elles qui nous informent si ce que nous leur proposons les intéresse. Il ne serait pas éthique de ne pas informer les personnes des possibilités thérapeutiques, car souvent, notamment en psychotraumatologie, les personnes ignorent que tout traumatisme est guérissable.

Pour que la personne puisse avoir accès à un sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, il est nécessaire qu'elle soit en lien avec ses ressentis corporels. Ceci est vrai surtout pour les personnes souffrant de troubles dissociatifs, qui ont pris l'habitude de s'en distancer. Pour ce faire, les premiers exercices

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

de stabilisation consistent à calmer le corps dans le but de permettre ce lien, pour ensuite calmer l'esprit. Nous proposons des techniques axées sur le corps directement, par le biais d'exercices musculaires et de respiration, des exercices d'ancrage et de perception proprioceptive, et des exercices d'orientation dans l'espace et dans le temps, avec pour but, d'amener la conscience dans le corps de l'ici et maintenant. L'efficacité de ces pratiques est d'autant plus importante, si le thérapeute consent lui-même à faire en miroir de ce qu'il demande à la personne. D'une part, l'effet d'imitation permet aux personnes, parfois proches d'un débordement, de faire plutôt que de comprendre. D'autre part, les personnes ne sont pas seules à faire des choses bizarres que ce thérapeute pas comme les autres[4] leur demande. Nous reviendrons sur ces effets d'accordage physiologiques si importants lorsque nous aborderons les niveaux de communication.

Ces techniques « bottom up[5] » ont le mérite de permettre un travail intégré corps-esprit dès le début de la thérapie. Lorsque le sentiment de sécurité n'est pas encore établi, ou lorsque quelque chose d'inhabituel se produit, ce sont les techniques les plus utiles, pour retrouver une stabilité. Le sentiment de sécurité peut être évalué : « sur une échelle entre 1, signifiant " je ne me sens pas du tout en sécurité ", et 10 " je me sens complètement en sécurité ici dans cette pièce avec le thérapeute ", où êtes-vous actuellement ? » Plus la réponse à cette échelle est basse, plus le fait que la personne soit en face de nous signale un effort important : celui-ci mérite d'être explicitement reconnu et exploré en détail, comme il est habituel de le faire en thérapie centrée compétences : « comment faites-vous pour être à 3 et pas à 1 ? ». Une fois la position sur l'échelle explorée, il est utile que le thérapeute demande : « et qu'est-ce que je peux faire, pour vous aider à grimper sur l'échelle ? » Il est primordial que ce soit le thérapeute qui se mette au service du sentiment de sécurité de la personne, car c'est sa tâche de mettre en place un cadre de travail sécurisé pour tous les protagonistes.

Même si les techniques corporelles « bottom up » n'ont pas été nécessaires, nous ne manquons jamais de poser cette question au premier entretien. Car la décision de revenir, qui chez les personnes traumatisées se prend souvent en fonction du degré de sécurité ressentie, est un enjeu de la première séance. Ces personnes ne nous demandent pas de faire l'impossible, mais plutôt tout notre possible pour qu'ils puissent se sentir en sécurité.

Le second besoin, celui de l'attachement est immédiatement consécutif au sentiment de sécurité : rappelons que le manque de soutien social après un événement terrifiant fait partie des facteurs aggravant la réaction post-traumatique et le recours à la dissociation (méta-analyse de Brewin, Andrews et Valentine, 2000). Nous savons aussi que lorsque nous sommes en lien avec un autrui significatif et soutenant, des événements négatifs peuvent être plus facilement vécus : le lien sécure à l'autre est stabilisateur. Comment alors construire un attachement sécurisant avec des personnes qui ont une phobie de s'attacher, et en même temps peuvent montrer des tendances d'attachement inappropriées, guidées par la peur de perdre l'attachement ? Ainsi chez une majorité de personnes souffrant

---

[4] En général, la représentation largement répandue d'un psychothérapeute est d'agir par l'écoute et par la parole. Un professionnel qui se lève de sa chaise pour proposer des exercices physiques, qui propose une partie de la séance adossé contre le mur, ou qui, au milieu du discours, propose d'aller chercher un verre d'eau, peut dès lors surprendre au début.

[5] Traduction : du bas vers le haut, c'est-à-dire du corps vers la tête.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

de traumatismes complexes, les troubles de l'attachement émergent au moment où il s'agit de faire confiance et de rester dans un lien sécurisant, lorsqu'il est question d'aborder des choses qui peuvent créer une activation, volontaire ou fortuite.

Nous avons l'habitude de dire que tant que les personnes sont en vie, leur capacité à entrer en contact est présente. Nous pensons aussi que, quel que soit le style d'attachement primordial chez la personne, la capacité de construire une relation d'attachement sécure avec un thérapeute est possible, pourvu que ce dernier ait une attitude calme et posée, se rende prédictible et fasse preuve de constance. Michel Delage (2007) nous apprend que si dans une famille (un groupe, un couple ou au moins un dispositif thérapeutique) de l'émotion peut être ressentie, sans que cela ne déborde, alors cela produit de l'attachement.

Si nous voulons que les personnes traumatisées venues jusqu'à notre cabinet consentent à créer avec nous une relation d'attachement sécure, nous avons tout intérêt à ce que les émotions puissent être vécues, en permettant aux personnes de rester dans leur fenêtre de tolérance, c'est-à-dire sans débordement ni vers le bas (sous-activation physiologique), ni vers le haut (sur-activation physiologique).

Après les exercices aidant la personne à apaiser son corps décrits plus haut, le premier exercice de contrôle, le plus facile en principe, consiste à mettre en place un « contenant ». Ce procédé, développé en hypnothérapie par Richard Kluft (1998), consiste à mettre toute mémoire traumatique du passé, tout contenu difficile du présent et toute peur éventuelle du futur dans un contenant imaginé concrètement. Cet exercice fait alliance avec la tendance à l'évitement de la personne, et permet de lui laisser la décision du moment d'exposition tout en lui donnant l'assurance que les choses évolueront à son rythme. Outre le fait de se rendre prédictible, il sera important que le thérapeute reste cohérent avec ses promesses faites au début de la thérapie. Le contenant permet ainsi d'intervenir et de stabiliser rapidement, si en cours de route une mémoire impromptue refait surface et qu'elle ne peut pas être abordée à ce moment-là. Finalement, cet exercice de confinement permettra, lors de la phase de confrontation traumatique, un travail fractionné sur le traumatisme, ce qui aura pour effet de sécuriser le travail thérapeutique avec les personnes souffrant de traumatismes complexes.

D'autres exercices de stabilisation que nous nommerons exercices d'auto-apaisement suivent une logique « top down[6] ». Il s'agit d'exercices de relaxation, d'apaisement, d'autohypnose ou de pleine conscience, que la personne peut apprendre et mettre en œuvre de manière autonome entre les séances. Ces exercices, faits régulièrement, ont un effet cumulatif à travers le temps et permettent non seulement de gagner en confort physiologique, mais aussi d'améliorer le sommeil et augmentent les capacités d'intégration de la personne. Cependant, ils nécessitent que la personne se mette au travail activement, ce qui pour les personnes installées dans un processus de chronicité n'est pas chose aisée. C'est alors que la stabilisation prend du temps, et nécessite l'accompagnement d'un thérapeute qui consente à inclure ces exercices dans chacune des séances. Ainsi, par la répétition, une nouvelle habitude physiologique et relationnelle est construite (Isebaert et coll., 2005).

---

[6] Traduction : du haut vers le bas : de la tête vers le corps.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Un dernier exercice de stabilisation standard, visant à une stabilisation de l'expérience corporelle individuelle, consiste dans la mise en place d'un « lieu sûr », appelé aussi « lieu tranquille » (Korn et Johnson 1983 ; Brown et Fromm, 1986). En combinant cet exercice avec des stimulations bilatérales alternées (N. Daniels (1991), cité par Leeds, 2009), nous contribuons à ce que se construise chez la personne, un réseau neuronal exclusivement positif, c'est-à-dire sans lien avec des mémoires provenant d'expériences négatives. Cet exercice, une fois réussi, permet à la personne de s'apaiser rapidement, avec la possibilité de s'extraire de l'ici et maintenant, pour mentalement aller s'apaiser ailleurs. L'installation du lieu sûr peut être bien sûr combinée avec un exercice d'apaisement, des exercices d'ancrage et de respiration, chez des personnes se montrant plus instables et facilement envahies par des intrusions. La particularité de cet exercice est que nous avons besoin de l'adhésion de la personne.

Ainsi se construit pour la personne une capacité à s'apaiser efficacement. Outre les exercices amenés par le thérapeute, il convient également de faire avec la personne l'inventaire « de ce qui marche, quand ça ne va pas » (Dolan, 1991), en rendant conscientes et accessibles des ressources très personnelles, souvent restées implicites, même si mises en œuvre pendant des moments de crise.

Lorsque des mouvements dissociatifs émergent, généralement accompagnés par des sentiments de phobie et d'hostilité importants à l'égard de tout contenu psychique ou ressenti dans le corps, le recours à des techniques de stabilisation plus élaborées est nécessaire, visant à construire des liens constructifs internes. A ce titre, nous invitons le lecteur intéressé à se former plus avant aux outils et techniques de stabilisation lorsqu'il y a des troubles dissociatifs. Les professionnels non formés rapportent que les outils de stabilisation marchent, sauf avec ces personnes « apparemment compliquées ».

Pour ceux qui n'arrivent pas à se stabiliser sur le plan relationnel, c'est-à-dire les personnes qui restent enfermées dans des relations abusives et non constructives, ou dans des attachements nocifs, nous conseillons le recours à des figures symboliques à travers, par exemple le « Collage de la Famille Symbolique » (Dellucci et Bertrand, 2012). Cet exercice permet à la fois la construction d'un outil tangible et un dialogue avec des figures d'attachement symboliques, toujours bienveillantes, amenant la personne à prendre soin d'elle, comme elle le ferait pour quelqu'un d'autre qu'elle affectionne. Nous savons que dans la plupart des cas, les personnes, même sévèrement traumatisées, si elles sont bien fonctionnelles, sont capables de mettre en œuvre cette stratégie de survie collective.

Le but de la stabilisation, pour la grande majorité des personnes, est de retrouver une maîtrise de leurs réactions face aux déclencheurs, et une meilleure gestion des émotions, accessoirement aussi une meilleure compréhension, plus bienveillante, des blessures encore actives. Il arrive que les personnes arrêtent là leur première tranche de thérapie, voulant profiter d'une stabilité jamais acquise auparavant.

Est-ce que, à ce stade, les personnes se sont déjà affranchies de leurs traumatismes, uniquement par le biais de la stabilisation ? Nous ne le pensons pas, et les réactions face aux déclencheurs, ainsi que la vulnérabilité en cas de nouvelle expérience potentiellement traumatisante corroborent cette hypothèse : même s'il existe bon nombre de retraitements spontanés, ceux-ci ne sont pourtant pas la règle. Tant que des réseaux neuronaux traumatiques restent en place, surtout s'ils fonctionnent de manière dissociative, une déstabilisation majeure reste possible. Au contraire, les personnes ayant déblayé ces expériences avec

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

succès montrent un état de stabilité robuste, même face à de nouvelles expériences négatives.

La capacité à avoir ou à retrouver de l'espoir est un axe de travail central en thérapie centrée compétences. Cela inclut la projection dans le futur, la détermination au moins ad minima, d'objectifs de travail et toujours une idée de l'état à la fin de la thérapie. Ici la question miracle si chère à l'approche centrée compétences (De Shazer, 1985) peut être utile. Pour notre part, nous la réservons aux enfants, ou aux personnes nous donnant des indications explicites de leur croyance dans l'irrationnel. Pour toutes les autres personnes, nous préférons demander: «supposons que nous ayons fait un travail efficace, à quoi verrez-vous, que vous n'aurez plus besoin de venir en thérapie?» Outre la projection d'un futur souhaité, cette question a le mérite de signifier clairement la disponibilité du thérapeute en vue d'un attachement sain, c'est-à-dire en concédant toute l'autonomie que la personne souhaite.

Notre positionnement thérapeutique en psychotraumatologie

Même si implicitement, ce qui suit paraît aller de soi, nous aimerions insister sur l'explicitation de notre positionnement thérapeutique: le thérapeute, avec tout ce qu'il a appris, son expérience, ses acquis, ses ressources, n'est expert que de thérapie en général. Cette expertise-là ne dépassera jamais 50% de ce qui est à l'œuvre dans une thérapie particulière. La personne, même souffrante, est experte de sa vie, dans son contexte, de ses ressources et de son symptôme. Il n'y a qu'elle qui pourra évaluer les bienfaits de certains exercices, même si elle peut passer par des états de conscience réduits. De cette expertise partagée découle également une responsabilité partagée: le thérapeute est responsable d'un cadre de travail sécurisant et de la mise en place de bonnes conditions de travail, sans lesquels il serait illusoire de demander à des personnes, même motivées, de se mettre au travail. La personne, elle, est responsable du contenu qu'elle amène en thérapie, et des changements dans sa vie. C'est aussi pour cette raison, précisément, que l'amnésie ne nous pose pas de problème dans le travail. C'est aussi pour cela que nous ne nous intéressons jamais au contenu traumatique en lui-même. Cela ne signifie pas que le contenu n'est pas important. Il appartient totalement à la personne. En psychotraumatologie centrée compétences, le professionnel est bien plus intéressé par les réactions physiologiques qui accompagnent les contenus, que le contenu lui-même.

La même logique compte pour les changements dans la vie des personnes: ce sont elles qui les mettent en œuvre, souvent de manière implicite ou bien comme si ceux-ci allaient de soi. C'est la tâche du thérapeute, d'explorer en détail les modifications même mineures, afin de permettre d'en évaluer l'adéquation par rapport aux objectifs. Un changement une fois mis en œuvre devient une réalité tangible, qui lorsqu'elle est conscientisée, peut être transposée vers d'autres contextes. Neurologiquement parlant, il est nécessaire que le cerveau préfrontal puisse être de la partie, impliquant l'évaluation de ce qui s'est passé, la planification des actions futures et la prise de conscience des émotions. Cela suppose de sortir d'un fonctionnement préréfléchi, dans lequel les actions automatiques ou implicites sont de mise.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Ce positionnement est à appliquer à la relation d'aide, hors tout contexte d'urgence. Si sans l'intervention d'aide il y a risque fatal, nous ne sommes plus dans une relation d'aide, mais une relation de protection, où le choix de la personne n'est plus une priorité.

Le modèle de Bruges en psychotraumatologie

Le modèle de Bruges (Isebaert et Cabié, 1997; Isebaert, 2005; Isebaert et coll. sous presse) propose une arborescence de questionnement précise et pragmatique, permettant de s'accorder avec la personne sur le type de relation possible, et d'évoluer avec celle-ci. Malgré les potentialités d'un travail d'équipe qui avance bien, la grande majorité des personnes ont besoin de passer par différentes étapes, avant d'en arriver là.

La relation non engagée: une question de sécurité

Est-ce que la personne a une demande d'aide travaillable? Si non, et quelles qu'en soient les raisons (aide contrainte, manque de confiance,...), la tâche du thérapeute est de respecter qu'il n'y ait pas de demande, et de simplement continuer à faire connaissance en explorant les domaines dans lesquelles la personne se débrouille bien.

En psychotraumatologie nous faisons l'hypothèse que si une personne ne peut pas formuler de demande pour soi, c'est qu'elle ne se sent pas suffisamment en sécurité pour la formuler. Rappelons que les personnes souffrant de séquelles post-traumatiques ont fait l'expérience tangible que leur intégrité n'est pas sauve. Les questions implicites peuvent être de l'ordre: « à qui j'ai affaire? », « va-t-il me respecter? », « va-t-il être assez fort pour me soutenir? », « est-il digne de confiance? », « va-t-il m'aider? »

Tant que les personnes ne se sentent pas dans une sécurité suffisante, que leur corps dans l'ici et maintenant ne peut pas être calmé, il est illusoire d'imaginer que la personne fasse une demande.

Les seules choses que le psychotraumatologue puisse faire dans l'immédiat, ce sont des exercices d'ancrage destinés à calmer le corps, mettre de côté tout contenu traumatique en utilisant l'exercice du contenant, puis d'évaluer le degré de sécurité ressentie par la personne dans l'ici et maintenant. Si les personnes tiennent à parler de leurs expériences négatives, traumatiques ou non, nous proposons d'explorer les ressources de survie. Cela aura pour effet de centrer l'attention sur ce qui a pu être fait d'essentiel pour rester en vie, se relever, continuer ou résister. Parfois, il arrive que des personnes nous racontent des circonstances de vie qui mettent à l'épreuve la tolérance d'écoute du thérapeute, tant elles sont abominables. N'oublions pas que les personnes qui nous racontent cela connaissent ces circonstances depuis souvent longtemps, donc pour elles il n'y a souvent rien de nouveau, surtout si elles ne sont pas demandeuses d'aide. Plus le thérapeute sera en mesure de se distancier du contenu du récit, pour s'intéresser aux ressources de survie, plus il sera en mesure de rester physiologiquement calme, et plus il conservera sa capacité à penser, et mettre l'accent sur l'essentiel à ce moment: entendre que la personne n'a pas encore fait de demande d'aide et son degré de sécurité ressentie. Si la personne

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

se sent suffisamment en sécurité, une demande émergera d'elle-même en général, même si, dans certains cas, celle-ci peut rester absente. Si cela se produit, le dispositif thérapeutique aura eu au moins le mérite d'agir sur le respect de l'intégrité physique et psychique de la personne (à ce titre voir la vignette clinique d'Antoine (Dellucci et Wolf, 2011).

La relation de recherche : une question d'attachement sécure

Une fois une demande d'aide travaillable formulée, une perspective d'avenir donnée, la question suivante est celle de savoir si la personne consent à se mettre au travail. Si ce n'est pas le cas, alors le Modèle de Bruges parle d'une relation de recherche, où la personne a bel et bien une demande, un désir de changement, mais au moins autant de freins, quels qu'ils soient : des peurs diverses, qui peuvent constituer autant de sources de blocages.

En Psychotraumatologie Centrée Compétences, après l'enjeu du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, vient celui de savoir si une relation d'attachement sécure est possible. Tant que la réponse à cette question est négative, il est utile et nécessaire d'y travailler.

Si nous considérons la définition de Delage (2007), à savoir si des émotions peuvent être ressenties sans que cela ne déborde au sein d'un lien, alors cela produit de l'attachement, il devient limpide que si un attachement sécure n'est pas encore en place, les émotions ne peuvent pas être vécues en restant contenues dans la fenêtre de tolérance.

Quelle que soient les raisons pour cette faible tolérance à l'affect, nous savons qu'une petite fenêtre de tolérance ne fait pas partie de bonnes conditions de travail. Plus la tolérance à l'affect est bonne, plus un attachement sécure est possible avec le thérapeute, et plus ce tandem peut traverser des tempêtes, s'il y en a.

A ce stade, les exercices de stabilisation actifs peuvent être appris, mais la personne risque de ne pas les faire seule en dehors des séances. Notre intervention se bornera à continuer à explorer les compétences de survie, lorsqu'il est question d'expériences négatives rapportées, dans le sens : « comment avez-vous fait, pour qu'aujourd'hui, les choses ne soient pas pires ? »

Parfois, une habitude de chronicité peut provoquer une sorte d'immobilisme, qui fait que la personne peut être amenée à vouloir nous convaincre, par quels déboires elle est passée, souvent dans un but de reconnaissance. Cela ne nous offusque nullement, nous le prenons comme une demande implicite d'être accompagné, plutôt que de faire seul ces exercices. Dans ce cas, les exercices de stabilisation sont revisités à chaque séance. La répétition de cette pratique indique implicitement leur importance et nous rend prédictibles. Il n'est pas rare, qu'au bout d'une demi-douzaine de telles pratiques, la personne, en début de séance nous dise : « j'ai déjà fait les exercices », ce qui laisse au thérapeute le loisir d'explorer comment elle a réussi à mettre en place un tel changement. Si cela se produit, alors nous pouvons dire que la personne s'est mise au travail.

Lorsque les critères de stabilisation individuels sont suffisants, c'est-à-dire si la personne est capable de gérer son quotidien, de se calmer elle-même et si elle peut parler des expériences traumatiques sans être submergée, nous pouvons commencer la désensibilisation. Cependant, avec les personnes qui souffrent de traumatismes complexes, avant d'aborder les événements traumatiques, il convient de commencer d'abord par les peurs qui pourraient s'avérer bloquantes.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Il est utile d'aborder ces peurs d'abord hors de tout traumatisme, car le simple fait de se confronter à ses émotions constitue pour la plupart des personnes déjà un défi en soi. Ainsi, le procédé de désensibilisation peut être apprivoisé, pour devenir prédictible à son tour. Le confort que retrouvent les personnes, après s'être débarrassées de peurs restées le plus souvent implicites, est tel que cela construit de la motivation pour aller de l'avant. Nous nous intéressons d'abord aux peurs qui viennent polluer le processus relationnel : la peur d'être jugé, la peur d'être, de devenir, ou d'être pris pour fou, la peur d'une déstabilisation majeure, de retomber dans la dépression, la peur de changer, que des relations changent, la peur de mourir, etc. C'est ainsi que Sophie, 48 ans, venue pour tourner la page des suites d'un passé traumatique, nous a enseigné que lorsque le processus thérapeutique bloque, malgré toute la bonne volonté, il est utile de « rétrograder » en s'intéressant aux peurs bloquantes. Chez Sophie, elles étaient restées implicites, et c'était le rôle du thérapeute de poser la question : « y a-t-il quelque chose qui pourrait vous faire peur, au point de bloquer ce que nous voudrions faire ? » La réponse de Sophie fut immédiate : « la peur de devenir folle ». Le processus a continué par ce biais, et les choses ont pu avancer. Il s'agit d'éléments qui sont facilement abordables et qui régressent rapidement, surtout si abordés en dehors de tout réseau traumatique. Le travail est ainsi fractionné, en mettant toute expérience traumatique de côté grâce à un exercice de confinement. Même chez les personnes dans une relation de recherche, l'exercice du contenant fonctionne en général très bien.

Parfois, des peurs peuvent venir ainsi empêcher la relation entre le thérapeute et la personne : « si vous saviez certaines choses sur moi, vous ne voudriez plus travailler avec moi » : la peur d'être abandonné, ou bien « si je vous fais confiance, vous allez me laisser tomber », ou encore « si j'aborde cela, j'ai peur que quelque chose me saute à la figure, et que je ne pourrai plus gérer », ou encore qu'une part dissociative interne « change de visage et m'agresse ». Tant que ces peurs empêchent une bonne relation thérapeutique, et une bienveillance interne chez la personne, un attachement sécure ne peut pas se faire, et il est illusoire, de vouloir que les personnes se mettent au travail pour aller travailler des contenus jusque-là évités. Donc, même s'il y a une demande, nous nous occupons d'abord des peurs. Ces phobies, à notre sens, ne sont rien d'autre qu'un frein pour attirer notre attention sur la nécessité de consolider le lien. C'est ainsi que nous devons également comprendre les blocages qui peuvent nous paraître incompréhensibles.

Parfois, les peurs peuvent concerner d'éventuelles modifications du lien avec une personne importante de l'entourage, le plus souvent un conjoint. Cette dimension du lien avec les personnes de l'environnement est importante à explorer, et mène souvent le thérapeute à inviter un conjoint à une des séances de stabilisation. Les objectifs principaux d'un tel entretien sont l'explication de ce qu'est un traumatisme, ainsi que d'informer de la possibilité d'en guérir complètement, le partage concernant les ressources de survie, mais aussi l'exploration du degré d'épuisement de l'entourage face aux symptômes parfois envahissants, le degré de soutien, et de l'explication de l'effet « crisogène » possible des changements. Il est important de reconnaître le soutien du conjoint, souvent implicite, car il se fait à bas bruit, et ne reçoit souvent pas la reconnaissance qu'il mérite. Dès que la personne va mieux, et que les besoins de soutien changent, le conjoint se rend compte de son degré d'épuisement, et peut se montrer moins conciliant, d'autant plus, si la reconnaissance pour cette aide efficace a fait défaut.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Cela peut aller jusqu'à mettre en danger le lien conjugal. Si cette dynamique n'est pas explicitée au préalable, la thérapie, efficace par ailleurs, peut être perçue comme dangereuse pour le couple.

Pour résumer, nous pourrions dire alors, que rester dans une relation de recherche est une ressource qui nous invite à prendre soin du lien, celui du thérapeute avec la personne, celui de la personne avec ce qui se passe en elle en cas de troubles dissociatifs, et celui de la personne avec les autres personnes significatives de son entourage. Lorsque ces liens seront suffisamment sécurisés, la personne se mettra au travail, spontanément, parfois même en nous sollicitant.

Vignette clinique 2 : Vincent

Vincent, 56 ans, est envoyé par son médecin traitant, avec un diagnostic d'Etat de Stress Post-traumatique. Il en a tous les signes les plus aigus. Bon vivant et jovial, il aimait son travail de serveur dans un restaurant. L'agression inattendue de la part d'un client l'avait défiguré: nez et mâchoires cassés, dents défoncées. Entre autres, il avait manqué de soutien de la part de son patron. Depuis, cela fait un an et demi, Vincent est en arrêt maladie, souffre de troubles du sommeil avec des symptômes psychiques (difficultés d'endormissement, cauchemars récurrents) et physiques (ronflements très importants, difficultés respiratoires nécessitant un appareillage), et de phobies multiples. Il ne sort plus de chez lui et il a peur des autres. Vincent se sent de plus en plus handicapé. Pour la thérapeute, il s'agit du tableau par excellence du trauma simple, et après une brève exploration de son environnement, elle propose un travail ciblé sur l'agression. Vincent est marié. Le couple subit depuis un an et demi les suites de l'agression avec une qualité du sommeil perturbée, une vie sociale réduite, sans évoquer les démarches juridiques, médicales, qui pèsent sur le couple. Lorsque la thérapeute questionne cette dimension du lien, Vincent s'exprime avec une gratitude et une admiration importantes à l'égard de sa femme. La thérapeute ne va pas plus loin, et propose de commencer le travail de désensibilisation, avec l'idée d'aider Vincent, à recouvrer le plus vite possible, ses capacités d'avant, qu'elle suppose bien présentes.

Le travail de stabilisation est rapide et efficace, bien que Vincent n'ait fait aucun exercice entre les séances. La thérapeute entreprend le travail de désensibilisation qui, dès le départ, stagne de manière incompréhensible. De plus, Vincent souhaite espacer les rendez-vous, en disant privilégier des rendez-vous dentaires, puis des vacances,...

Ce qui devait se résumer à une histoire simple, s'avéra finalement plus compliqué que prévu. Vincent semblait n'avoir aucun accès à ses peurs, mais manifestement, ses réactions physiologiques montraient qu'il n'était pas à l'aise. Verbalement, il ne demandait qu'à se débarrasser de ses séquelles post-traumatiques, dont le médecin lui avait appris que ce serait chose facile.

C'est l'invitation de l'épouse à un entretien qui a permis de comprendre l'erreur de la thérapeute: compte tenu des changements intervenus après l'agression, Marie, l'épouse de Vincent s'était montrée soutenante et compréhensive. Elle avait pris sur elle, face à ce mari devenu taciturne, avait accepté de ne plus sortir, ni voir d'amis, et avait fait face aux difficultés économiques provoquées par les suites de l'agression (frais médicaux non remboursés, diminution des revenus suite au statut de longue maladie de Vincent) en augmentant son temps de travail. Au bout

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

d'un an, Marie, s'épuisant petit à petit, commence à avoir également des troubles du sommeil : le couple décide de faire chambre à part, en raison de l'appareillage de Vincent. Des crises d'angoisse apparaissent, le couple va de plus en plus mal.
La thérapeute en était restée à la réponse de Vincent, et n'avait pas pris la peine d'inviter la conjointe au début de la thérapie. C'était manquer de reconnaissance à l'égard de Marie, qui a tant pris sur elle (rappelons qu'il y avait un an et demi entre le moment de l'agression et le début de la thérapie).
Nous avons compris trop tard, que la crainte de Vincent était de perdre sa femme, soit parce qu'elle pourrait souhaiter une séparation dès qu'il irait mieux, soit parce qu'elle pourrait devenir dépressive et qu'il ne pourrait pas l'aider. Nous faisons l'hypothèse que Marie aurait peut-être accepté de venir en séance de couple, si cela lui avait été proposé au début du dispositif. Au moment, où la crise était à son paroxysme, Marie était devenue hostile à toute intervention de la part d'un psy, qu'elle jugeait inutile et inefficace, au vu de la durée du traitement de son mari, dont le médecin traitant avait pourtant prôné la rapidité.
L'épilogue de cette intervention est que Vincent a pu bénéficier d'une réduction partielle de ses symptômes concernant son ESPT, et qu'il a découvert par la suite, qu'il n'était plus question pour lui, de retourner travailler dans le monde de la restauration. Tant que les démarches judiciaires ont duré, il a été difficile d'aller plus loin. Le dispositif thérapeutique s'est terminé là, la thérapeute signalisant sa disponibilité s'il y avait une autre demande.

Ce cas clinique nous a appris, que si un ESPT dure au-delà de six mois, il est important de commencer par des entretiens de couple ou de famille, afin de prendre soin du lien d'abord. Cela permet au thérapeute de partager ses connaissances, et de se rendre prédictible pour toutes les personnes concernées. Ce dispositif permet aussi d'en apprendre plus sur les effets collectifs du traumatisme et de travailler avec les ressources présentes dans la famille

La relation de consultance : une question d'autonomie

La troisième question que pose le modèle de Bruges est de savoir si la personne est consciente de ses propres ressources. Si la réponse est non, les personnes qui sont auteurs d'une demande, se mettent volontiers au travail pourvu que le thérapeute leur dise quoi faire. Souvent, les personnes viennent en séance d'hypnose ou d'EMDR, en totale compliance pour tout ce que le thérapeute propose.

En psychotraumatologie, la stabilisation va de soi, les personnes font tous les exercices que le thérapeute leur demande, et la désensibilisation peut être mise en place rapidement. Les changements survenant entre les séances sont souvent imputés au traitement, aux réactions positives de l'entourage, rarement à ce que la personne a pu réaliser de son côté. Cette dimension, restée implicite, doit être questionnée par le thérapeute, lors des moments de réévaluation, où il convient de regarder à la loupe la mise en œuvre de ce qui a changé et ce qui marche. Petit à petit, les personnes peuvent ainsi intégrer le fait qu'elles ont fait des choses précieuses, transposables à d'autres contextes.

Les changements en psychotraumatologie sont flagrants : les personnes, auparavant débordées d'émotion, réévoquent les situations travaillées, en disant qu'il s'agit d'expériences pas positives certes, mais qui ne les touchent plus. Les déclencheurs deviennent neutres. Les peurs disparaissent, ne laissant que

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

l'étonnement avec quelle rapidité les choses évoluent. Les relations avec autrui se modifient, rendant possibles des échanges auparavant inconcevables, ou alors une modulation devant des relations abusives se fait de telle manière, à ce que la personne puisse se protéger efficacement. Parfois, des personnes décrivent des comportements nouveaux avec un aplomb et un naturel, qui laisse pantois le thérapeute qui se souvient des plaintes antérieures. Ainsi, Céline, 28 ans, qui décrivait des difficultés majeures pour défendre ses positions, la prise en compte de ses besoins et mettre des limites, rapporte avoir tenu tête à son supérieur qui avait annulé ses congés pour raisons de service, lui expliquant qu'elle avait réservé ses vacances, organisé sa vie de famille en ce sens, et que s'il voulait qu'elle continue à faire du bon travail à la rentrée, elle avait besoin de repos, que de surcroît cela allait de soi et qu'il n'était pas question qu'elle vienne travailler pendant ses congés annuels. La thérapeute, marquant son étonnement, demande à Céline : « vous vous rendez compte, de ce que vous venez de dire ? » Céline marque un temps d'arrêt, ne semble pas comprendre le sens de la question. Thérapeute : « Vous souvenez-vous de vos propos, il y a deux mois ? » Céline pensive : « ah oui »... puis en souriant : « depuis, c'est différent. »

Si le thérapeute rate cette occasion d'explorer en détail les différents éléments de la démarche de changement de la personne, cette dernière peut aller mieux, pendant la durée du travail, mais se sentir démunie, dès que la thérapie s'arrête.

La relation de co-expertise

Si les personnes deviennent conscientes de leurs ressources, elles deviennent capables aussi de les transposer dans d'autres contextes, et de ce fait, deviennent actrices en matière de prévention. C'est ainsi qu'un traumatisme peut se transformer en expérience d'apprentissage comme une autre, et permettre aux personnes d'aborder la suite en étant mieux armées. Cette relation est possible, quel que soit l'âge de la personne, pourvu que les enjeux des étapes précédentes aient pu trouver une réponse satisfaisante. Thérapeute et patient travaillent en tant que co-experts, en planifiant à deux la démarche à suivre, le tout dans un ensemble cohérent de pratiques, d'évaluations, à une vitesse, qui fait que la thérapie va vite et reste brève.

Les personnes n'hésitent pas à faire des autostimulations bilatérales, pour apaiser des émotions désagréables, mettre de côté ce qui surgit, décider du moment où elles souhaitent dépasser un souvenir devenu une entrave. Parfois, elles diffusent les exercices de stabilisation, devenant ainsi une ressource pour leur entourage.

Vignette clinique 3 : Eliane

> En relation de co-expertise nous rencontrons souvent des personnes qui nous poussent vers des dispositifs créatifs. C'est ainsi qu'Eliane, souhaitant déblayer une série d'événements relationnels adverses en nombre impressionnant, évoque : « je voudrais laisser derrière moi toutes ces choses difficiles, mais je ne veux pas que ça prenne vingt autres séances. » Venue en thérapie, envoyée par son psychiatre, Eliane a des insomnies depuis des années, malgré une dose quasiment toxique de somnifères, elle a fait un transfert de confiance de son psychiatre vers

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

la thérapeute. En dépression chronique depuis plus de quarante ans, avec de multiples tentatives de suicide, des passages à l'acte, Eliane vit isolée, travaille en tant qu'employée dans un service public. Son objectif est simple: se débarrasser de toutes ses séquelles post-traumatiques. Lorsque la thérapeute lui demande en quoi elle verra cela, Eliane évoque: «je pourrai dormir normalement, je n'aurai plus besoin de médicaments, et j'aurai des relations constructives, je verrai des amis, je pourrai me protéger si j'en ai besoin.»

La stabilisation a été rapide, Eliane se sentait en sécurité, et l'attachement entre la thérapeute et Eliane a permis un travail de désensibilisation des empreintes précoces (O'Shea[7], 2009). Ce travail s'est étendu entre septembre et mi-mai sur une vingtaine de séances. Parmi les changements constatés chez Eliane, on peut signaler une meilleure gestion de son sommeil, sans pour autant un arrêt des insomnies, ni des médicaments, une meilleure tolérance à l'affect et une capacité accrue à prendre soin d'elle. Eliane a été en mesure de se protéger lorsqu'elle a été harcelée dans son travail. La période de fin mai coïncidait avec une période anniversaire du décès des parents d'Eliane, ainsi que de son frère. Avec ces trois personnes importantes, Eliane avait vécu de multiples agressions de tous ordres, avec une exception pour son père, avec lequel elle disait avoir une bonne relation, excepté lorsque sa mère la maltraitait: alors il s'effaçait complètement, laissant Eliane avec un sentiment d'abandon difficilement gérable. Les épisodes traumatiques avaient été multiples et touchaient quasiment toutes ses relations familiales: un frère toxicomane l'entraînant dans des tournantes, mettant toute la famille en difficultés financières, un mariage difficile se terminant par des violences conjugales, un accouchement traumatique (une césarienne en urgence). La seule personne avec laquelle les relations semblaient saines, quoique distantes, étaient celles avec son fils, qu'elle ne voyait pas souvent en raison de ses nombreux épisodes dépressifs, selon elle.

Cette période anniversaire de fin mai a été marquée par une recrudescence de phénomènes hallucinatoires, lui intimant de se suicider, que ce ne serait qu'une question de temps. Devant l'hésitation de la thérapeute à continuer le travail de désensibilisation, Eliane propose elle-même, pour la première fois, «d'aller se reposer à la clinique», le temps que la crise suicidaire passe.

Par la suite, une fois sortie, Eliane envisage de prendre des vacances, et un rendez-vous pour la rentrée a été fixé. C'est alors qu'elle a pu énoncer un avis critique sur la durée de sa thérapie en rapport avec ses petits moyens financiers d'employée de bureau. Lorsqu'une personne exprime un avis critique, elle a, consciemment ou non, une alternative à proposer. Ce serait dommage de s'en priver. La thérapeute questionne: «et comment pensez-vous que nous puissions faire?» Eliane prit quelques minutes pour réfléchir, puis évoque: «J'aime bien écrire. J'aime aussi, l'EMDR, c'est efficace, ça m'a beaucoup aidé. Si j'écrivais une lettre, est-ce que vous pensez que vous pourriez travailler en EMDR avec moi là-dessus?» Ebahie devant autant de créativité, la thérapeute n'a pas osé dire non: «je vous encourage à écrire à qui vous pensez que c'est utile. Je vais réfléchir et trouver un moyen de travailler en EMDR jusqu'à la prochaine fois.»

---

[7] Katie O'Shea est l'auteur de ce protocole EMDR très utile, avec lequel il est possible de désensibiliser les mémoires préverbales allant de la période fœtale jusqu'à l'âge de trois ans, une période naturellement sous amnésie. Les écrits de l'auteur sont en anglais. Pour une description française, voir Dellucci (2012).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

A la séance suivante, Eliane apporte une lettre écrite à son père : la thérapeute l'a invitée à lire à voix haute sa lettre et a accompagné toutes les émergences corporelles avec des stimulations bilatérales, et ce jusqu'à ce que le corps d'Eliane s'apaise. Forte de cette expérience, Eliane écrit une lettre à sa mère. En deux séances, le travail autour de celle-ci a été effectué. Ensuite, Eliane écrit une lettre à son frère, en évoquant : « j'y aborde des choses que je n'ai jamais dit à personne ». La thérapeute, invariablement intéressée par les réactions d'Eliane, plutôt que par le contenu de sa lettre, en effet sordide, aborde celle-ci de la même manière que les deux précédentes : trois séances plus loin c'est chose faite. A la suite de cela, deux séances sur l'accouchement traumatique plus de vingt ans plus tôt ont permis de compléter le travail demandé par Eliane. Si nous faisons le compte des séances de désensibilisation depuis la bifurcation méthodologique proposée par Eliane : huit séances pour déblayer des séquelles post-traumatiques provenant de problématiques complexes. La thérapeute et Eliane étaient toutes deux surprises à un point tel, qu'il a fallu deux séances de clôture, plutôt qu'une seule pour terminer la thérapie. Il n'y avait plus aucun signe de dépression, même si Eliane était encore sous médicaments à ce moment-là.
Trois mois après, Eliane allait toujours bien, dormant six heures par nuit, et avait le projet de randonnées avec des amis pendant ses vacances.

Cela ne fait pas de doute, Eliane s'est engagée dès le début dans une relation de co-expertise. La déstabilisation majeure a montré, que malgré des avancées certaines, certaines séquelles post-traumatiques restaient néanmoins très actives, au point de faire croire en un épisode de bouffée délirante. Il s'agissait d'un réseau dissociatif, sans doute dormant jusque-là, qui s'est réveillé par une concordance de date (mi-mai à fin juin), date à laquelle avaient eu lieu les décès de ses proches, ainsi que toutes les hospitalisations d'Eliane, dont certaines en urgence. Notre proposition de travailler sur les empreintes précoces, avait été guidée par l'objectif d'Eliane, de se débarrasser de la totalité de ses traumatismes et par l'hypothèse que les événements difficiles avaient certainement commencé dès le début. Eliane a tout de suite adhéré à cette proposition et le travail s'est déroulé souplement. Katie O'Shea, l'auteur de ce protocole, indique que le retraitement des empreintes traumatiques précoces, permet aux personnes de solidifier les fondements de leur Moi (2009). En termes neurologiques, nous aimerions ajouter, que nous nous adressons là à des réseaux neuronaux, en-deçà de l'installation de la dissociation. L'approche classique en EMDR propose que le traitement le plus efficace repose sur la désensibilisation du souvenir-source (Shapiro, 2001). Lorsqu'il y a des empreintes traumatiques préverbales, il est difficile de les atteindre par des procédés EMDR classiques, car elles restent implicites et très familières. Toujours est-il qu'après avoir retraité les empreintes précoces, la suite du travail se fait avec la facilité d'un tableau traumatique simple. C'est ce qui s'est passé pour Eliane. Sa proposition d'une pratique à partir de lettres qu'elle a écrites, a encore accéléré ce processus.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

La confrontation des traumatismes

En ce qui concerne le travail sur les réseaux traumatiques proprement dit, différentes approches se sont montrées efficaces: l'EMDR[8] (Shapiro, 2001), les approches cognitivo-comportementales centrées sur les traumatismes (Foa et Rothbaum, 2001), la Thérapie sensori-motrice (Ogden et coll. 2006), le Somatic Experiencing (Levine, 1997), l'hypnose, l'EFT[9], la Lifespan Integration[10] (Pace, 2007) et bien d'autres. Le point commun de ces approches est l'attention portée au corps dans l'ici et maintenant et son implication dans le processus thérapeutique. Nous utilisons principalement l'approche EMDR, et ce pour plusieurs raisons: la rapidité du processus et de l'évolution de l'expérience vécue, la stabilité des résultats, l'absence du travail d'exposition à domicile, et la rigueur d'un protocole bien construit s'inspirant de différentes approches thérapeutiques, qui prend en compte les dimensions iconique, cognitive et corporelle.

Quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée, il est à notre sens important que les règles fondamentales de la psychotraumatologie soient suivies. Un de ses éléments essentiels constitue l'attention double: la capacité à ce que les personnes soient en mesure de considérer à la fois le contenu de l'expérience négative passée, et en même temps ne pas perdre la capacité de se focaliser sur l'instant présent. Souvent, la logique traumatique provoque un plongeon dans le passé, induisant une transe telle, que s'il y a une forte charge émotionnelle, il y a un risque de retraumatisation. C'est la raison pour laquelle tant de soin est apporté au maintien du contact avec le corps dans l'ici et maintenant sécurisé.

Si cette capacité d'attention double fait défaut, celle-ci peut être apprise par le biais de techniques d'oscillation entre des contenus positifs, l'orientation dans l'ici et maintenant, et le réseau traumatique. Ces allers-retours successifs permettent d'aborder le contenu traumatique de manière sécurisée. Ainsi Levine (1997) propose de se centrer sur un contenu positif qui peut être de l'ordre de l'image, d'une expérience vécue, une sensation physique ou une partie du corps, puis sur un élément du même ordre appartenant au réseau traumatique. Twombly (2000) propose une réorientation de la personne dans le lieu-même de la thérapie, avant de se centrer sur le trauma, le tout accompagné de stimulations bilatérales alternées (SBA). Le «Wreathing protocol» de Fine et Berkowitz (2001) propose d'installer une ressource en lien avec l'expérience traumatique, de façon à créer un contraste a priori, puis de cibler le réseau contenant le trauma avec des SBA. Jim Knipe (2009), travaillant avec des personnes très fragiles, propose, à travers le CIPOS[11] une évaluation de l'orientation dans le présent et le degré de sécurité ressentie, ce qu'il renforce avec des SBA, puis négocie avec

---

8 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Il s'agit d'une technique inventée en 1987 par Francine Shapiro. Aujourd'hui l'approche EMDR s'est dotée d'un modèle nommé AIP (Adaptive Information Processing, en français: Traitement Adaptatif de l'Information) qui suggère que tout symptôme est lié à de l'information dysfonctionnellement stockée. Selon cette idée, il suffit de cibler ces réseaux neuronaux, pour permettre au cerveau, à travers sa capacité d'autoguérison spontanée, de les transformer en réseaux neuronaux stables et disséminés sur la totalité du cerveau.

9 EFT (Emotional Freedom Technique).

10 En français: l'Intégration du Cycle de la Vie.

11 CIPOS (Constant Installation of Present Orientation and Safety) signifie: l'installation constante de l'orientation et le sentiment de sécurité dans le présent.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

les personnes des temps d'exposition à l'expérience traumatique très brefs. Au fur et à mesure de l'oscillation réussie, le temps d'exposition est augmenté.

Ces techniques d'oscillation mettent toutes l'accent sur le ciblage du réseau traumatique. D'autres approches s'intéressent davantage aux ressources à installer ou à amplifier : après avoir posé la question du degré de perturbation par rapport à l'expérience négative, la technique d'absorption (Hofmann, 2009) ou le protocole de développement et d'installation de ressources (Korn et Leeds, 2002) demande à la personne, de quelle ressource elle aurait besoin, pour faire face à cette situation ici et maintenant. Ensuite ces ressources sont installées à la manière de la construction d'un nouveau réseau neuronal : avec une image, des sons, d'autres éléments sensoriels, des sentiments, des ressentis corporels, une valeur existentielle et un mot-clé. Cette ressource peut provenir d'une expérience vécue, mais aussi à travers l'admiration que la personne peut avoir pour quelqu'un de son entourage, voire pour une figure symbolique.

L'idée majeure qui circule dans de nombreuses approches thérapeutiques visant à guérir des séquelles post-traumatiques est qu'il existe une expérience à la source de la construction du réseau neuronal. La motivation, notamment en EMDR, est de cibler ce souvenir source, ce qui permettra en même temps de traiter toutes les expériences en lien avec celui-ci. Ensuite les souvenirs du passé sont désensibilisés par ordre de degré de perturbation, puis les déclencheurs du présent, pour finir par installer un scénario du futur en contraste avec la problématique actuelle. Cette approche en trois temps, brillante théoriquement, n'est efficace qu'avec des personnes dont la charge traumatique n'est pas trop importante, c'est-à-dire une minorité des personnes dont nous prenons soin. Bien que rapide avec des personnes bien fonctionnelles, elle mène à de fréquents blocages.

Le Protocole Inversé (Hofmann 2005, 2009) répond à cette difficulté en inversant l'ordre des souvenirs à retraiter : d'abord les craintes du futur, ciblées notamment à travers la technique de l'absorption, puis les déclencheurs du présent, en utilisant aussi des techniques d'oscillation. Les souvenirs du passé ne sont abordés, que si les deux premiers pas n'ont pas montré de déstabilisation et si le fonctionnement de la personne s'améliore. Sont alors abordés les souvenirs d'un passé récent d'abord, avant ceux de l'enfance.

D'après notre expérience, il y a un écart important entre les scénarios du futur et le ciblage des déclencheurs, surtout avec les personnes fragiles. Les déclencheurs sont toujours en lien avec le réseau traumatique. C'est le protocole des empreintes précoces (voir O'Shea) qui a permis de combler ce fossé. Il consiste en un premier temps à la désensibilisation des émotions pour elles-mêmes, comme méthode de préparation douce (O'Shea, 2009, a, b), destinée à augmenter la tolérance à l'affect. Cela nous paraît une démarche importante pour augmenter la fenêtre de tolérance, et ainsi assurer de bonnes conditions de travail. Une tolérance à l'affect suffisante permettra de contenir des vagues émotionnelles importantes, s'il y en a, sans se sentir débordé, et ainsi au cerveau de continuer son travail d'intégration sans avoir besoin de recourir à des réactions de survie, qui viendraient bloquer le processus.

Katie O'Shea (2009) a également proposé un protocole EMDR spécifique, permettant de retraiter les empreintes précoces. Cela est d'une grande utilité, car bon nombre de nos clients ont connu des expériences négatives dès le début de leur vie, voire avant. Lorsque ces mémoires préverbales surgissent dans le processus de retraitement, elles ne se comportent pas comme des souvenirs ordi-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

naires. Les personnes éprouvent des sensations physiques intenses, des contenus bizarres, qui ne bénéficient pas d'un retraitement spontané entre les séances. Ne pas comprendre ces mémoires préverbales comme telles peut inquiéter le thérapeute et la personne, mener à des évaluations fallacieuses, et favoriser un blocage, tandis que les aborder dans un cadre clair et prédictible[12] permet non seulement à la personne de donner son consentement ou le refuser et privilégier d'autres pistes de travail, mais favorise aussi un retraitement en douceur, amenant des changements fondamentaux. Les modifications notées sont de trois ordres : les personnes sécurisent leurs attachements, elles sont plus assertives, c'est-à-dire elles tiennent davantage compte de leurs besoins et mettent des limites, et en conséquence, elles améliorent leur estime d'elles-mêmes. Après avoir retraité les empreintes précoces, le retraitement des souvenirs ultérieurs se fait facilement.

Une autre pratique qui se montre efficace, surtout lorsque les expériences négatives sont d'ordre relationnel, c'est l'écriture de lettres dont la lecture est combinée avec des stimulations bilatérales alternées (Dellucci, 2009, 2010). A notre sens, il s'agit là du meilleur compromis entre l'EMDR et l'approche solutionniste. La procédure même invite la personne d'emblée dans un rôle de co-thérapeute. C'est elle qui est experte de sa relation avec l'autre, et c'est elle qui rédige une lettre, comme si celui avec lequel elle a un compte à régler, pouvait tout entendre, tout comprendre, et ce même si dans la réalité, ce n'est pas le cas. Le but est que la personne en thérapie puisse exprimer sa part, sans retenue, en écrivant les choses comme elle les ressent, jusqu'à ce qu'elle ait l'impression d'avoir dit tout ce qu'il fallait. Ensuite, cet écrit est repris en thérapie, lu à voix haute par la personne. Dès qu'une activation physiologique, émotionnelle ou sensorielle se fait sentir, la lecture est arrêtée, la personne invitée à se centrer sur le lieu de la manifestation physique, et des séries de stimulations bilatérales accompagnent ce processus, jusqu'à ce que le corps soit à nouveau calme. Bessel van der Kolk nous a enseigné que « c'est le corps qui donne le score » (1994). Donc nous suivons les expressions du corps jusqu'à ce que celui-ci nous apprenne que cet élément est métabolisé. Ensuite, nous revenons à la lettre, remontant à la phrase avant l'émergence corporelle, et la lecture continue, jusqu'à la prochaine fois où le corps signale un autre élément qui mérite attention. C'est avec ce même procédé que l'équipe thérapeute-personne chemine jusqu'à la fin de la lettre. Très souvent, lorsque les personnes relisent un endroit auparavant sensible, et qu'elles constatent que maintenant leur ressenti à propos de cet élément est neutre, elles réagissent d'abord avec surprise, puis avec une joie qui les motive à aller de l'avant.

Dans une démarche d'intégration, nous avons hiérarchisé ces différentes façons de faire pour en faire une structure dynamique, appelée « Boîte de Vitesses » (Dellucci, 2010), qui permet au psychotraumatologue de pouvoir s'adapter à ce qui émerge en thérapie, sans se perdre, tout en adaptant le travail de confrontation à ce qui est possible pour la personne. Ainsi le processus ni ne dérape, ni ne stagne, et permet au tandem d'avancer en construisant motivation et résilience.

Quelle que soit la méthode choisie pour la confrontation traumatique, il nous paraît important de souligner qu'il est primordial que le thérapeute se sente à l'aise avec son outil de travail. A ce stade, une alliance thérapeutique et une demande de la part de la personne sont absolument nécessaires. Sans cela, il

[12] Le lecteur intéressé trouvera une description en français du protocole précoce et de son cadre d'application dans un chapitre dédié aux empreintes précoces (Dellucci 2012).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

est illusoire de vouloir aborder les traumatismes. Le bénéfice d'un travail réussi est qu'après avoir déblayé une expérience traumatique, celle-ci devient neutre, et ce définitivement. En utilisant l'approche EMDR centrée compétences (Dellucci et Vojtova, 2012; Dellucci, 2013), nous ne notons aucune rechute. Ce qui a été travaillé, reste neutre.

Parfois, surtout lorsque des personnes fonctionnent de manière dissociative, la confrontation aux traumatismes suscite une levée de l'amnésie, avec un risque de déstabilisation.

Au moins quatre niveaux de communication, donc d'influence

Nous venons de décrire les différentes démarches à suivre en psychotraumatologie, comme si ce qui suit allait de soi. Cependant, ce qui fait toute la différence, et ce surtout chez des personnes qui ont expérimenté des traumatismes relationnels, c'est la cohérence entre le discours, les actes, et ce qui est ressenti. Cette question est présente dès le premier quart d'heure et participe pour une part majeure à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique, dont nous savons l'importance cruciale après les facteurs liés au patient. Ainsi de bonnes conditions de travail permettent à l'équipe thérapeutique d'avancer en se centrant sur l'essentiel.

Nous avons identifié quatre niveaux de communication distincts, donc quatre niveaux d'influence, qui sont autant de chances pour un professionnel averti, de rendre cohérente son intervention. Nous les avons classés du plus automatique au plus conscient, en considérant les différents niveaux cérébraux, tels que décrits par Bruce Perry (2006). Cet auteur indique que les fonctions corticales constituent l'aboutissement du bon fonctionnement des couches souscorticales. Une blessure à un niveau plus archaïque a des répercussions à des niveaux supérieurs. Son conseil aux professionnels est de prendre en considération d'abord des niveaux de fonctionnement les plus archaïques.

Ainsi le premier niveau auquel nous nous intéressons est la communication sur le plan physiologique. Depuis leur découverte en 1996 par Giacomo Rizzolatti et ses collègues, lors de leurs recherches sur les singes macaques, le concept des neurones miroirs prend aujourd'hui une place centrale dans les interactions humaines. Il s'agit de neurones moteurs, qui s'activent, non seulement lorsqu'une personne effectue une action, mais aussi lorsque celle-ci, sans bouger, regarde quelqu'un d'autre faire cette action (Rizzolatti et coll. 2009). Les auteurs parlent d'un phénomène de résonance motrice, ce qui signifie que c'est notre corps qui comprend, avant notre perception consciente. Gallese (2005) suggère que «l'émotion de l'autre est constituée, vécue et ainsi directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé». Autrement dit, lorsque nous sommes empathiques envers autrui, nous ressentons par le biais de notre corps l'émotion de l'autre grâce au système des neurones miroirs. Cela a été démontré pour les sensations de dégoût (Wicker et coll. 2003) et de tristesse en lien avec la sympathie (Decety et Chaminade, 2003), mais également pour la douleur (Jackson et coll. 2005). Si nous partageons des états du corps, c'est-à-dire si nous pouvons être contaminés par la panique d'autrui, alors nous pouvons, sans trop prendre de risque de nous tromper, postuler que l'état calme

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

et posé du corps du thérapeute se partage également. Ce canal de communication fonctionne à notre insu. Cependant, ce que nous pouvons maîtriser en tant que professionnels, est d'étendre les exercices d'apaisement et de stabilisation à nous-mêmes, pour notre bien-être, mais surtout dans le but d'influer sur l'état du corps de la ou des personnes en face de nous. Secondairement, un état du corps calme et posé est efficace également pour ne pas nous laisser submerger par les sentiments de détresse et de désespoir des personnes venues en thérapie, d'où l'importance que le thérapeute soit physiologiquement capable de continuer à accompagner la personne, sans rupture d'attachement. A notre sens, c'est ce qui fait toute la différence, notamment dans le travail avec les personnes pour lesquelles le sentiment de sécurité n'est pas acquis. Steven Porges (2001) nous apprend à travers le concept de « neuroception », que les niveaux archaïques de notre cerveau scannent l'environnement pour déceler un danger éventuel, confirmant ainsi la primauté de l'enjeu de sécurité. Ce niveau des états du corps partagés concerne la régulation physiologique comme la fréquence cardiaque, la pression sanguine, et surtout la respiration. Cette dernière est une fonction régulée par le tronc cérébral, que nous pouvons influencer consciemment, par exemple en prenant une grande respiration ou en modifiant notre fréquence respiratoire. C'est aussi à ce niveau qu'agissent les exercices d'ancrage, qui rappelons-le, servent à apaiser le corps, pour permettre aux personnes d'être en lien avec lui afin de s'apaiser psychiquement par la suite.

Un autre niveau de communication, est celui des comportements non verbaux, en passant par notre posture, la modulation du ton de notre voix, le rythme de parole, nos mouvements, le regard, etc. Nous connaissons la valeur de l'accordage postural, tant sur un plan thérapeutique que diagnostique, la règle étant de dire que des personnes qui s'entendent finissent par se mettre en coposture. Si en tant que thérapeute nous accordons notre posture à celle de la personne en face de nous, et qu'elle change de position, il convient de poser la question de l'échelle de sécurité (voir p. 203).

A travers sa théorie polyvagale, Steven Porges (2011) nous apprend que nous pouvons soit entendre des fréquences hautes et modulées, ce qui correspond à des chants de comptine et aussi à la voix humaine féminine, soit des sons de basse fréquence, par lesquels nous décelons, phylogénétiquement parlant, la présence d'un prédateur, comme par exemple un grognement. Dans la relation d'aide, cela signifie qu'une voix à fréquences hautes est préférable à une voix à fréquences basses, privilégiant ainsi les voix féminines. Il est important avant tout que la voix ne soit pas monocorde. Nous connaissons tous l'importance d'un débit de parole audible et l'utilisation de mots simples lorsque les personnes montrent des signes d'activation. De même, un environnement bruyant ne leur permettra pas de s'apaiser efficacement, quelle que soit l'ingéniosité de l'exercice de stabilisation proposé. Cette régulation, qui se passe dans les aires cérébrales archaïques, nous permet de nous orienter dans l'environnement, de trouver une place, de bonnes distances par rapport aux autres, que ce soit sur un plan postural ou auditif. C'est à ce niveau du diencéphale que se régulent également le sommeil et la prise de nourriture.

Le moyen le plus efficace pour agir en cohérence sur le plan non verbal et comportemental est de croire au message que nous souhaitons faire passer, et de ne pas dire ce que nous ne pensons pas. Les auteurs des textes autour des neurones miroirs indiquent que c'est l'intention qui est transmise avant tout (Trevarthen, Kokkinaki et Fiamenghi, 1999 ; Wohlschläger et Bekkering, 2002).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Le niveau de communication émotionnel concerne le partage des émotions, des sentiments, en résumé, l'empathie à l'œuvre au cours des séances. Il est important que les thérapeutes puissent être touchés par les personnes qu'ils souhaitent aider, tout en maintenant une posture sobre et retenue. Etre empathique à l'égard de l'autre ne signifie pas être submergé par son émotion. Il s'agit avant tout d'être en mesure de reconnaître et d'accepter les émotions qui circulent, en permettant qu'elles soient ressenties, sans que cela ne déborde, qu'elles restent dans la fenêtre de tolérance. Plusieurs boucles d'interaction de ce type créent de l'attachement, d'une part parce qu'il est nécessaire de se sentir en sécurité pour accéder à ses émotions, d'autre part parce que les émotions signalent que quelque chose mérite de l'attention pour être intégré ou appris. Dans notre style thérapeutique, nous avons pris l'habitude de partager nos émotions, si celles-ci deviennent prépondérantes, et que la personne n'est pas en mesure de les nommer. Une fois l'apprentissage réalisé, le contenu émotionnel se neutralise et en général la personne passe à autre chose. Sur le plan cérébral, c'est le système limbique qui régule le partage de l'émotion, principalement dans un but d'affiliation et d'attachement, et tout ce qui en découle.

Bien que tout psychotraumatologue en général veille à ce que les ressentis et émotions restent contenus dans la fenêtre de tolérance, un débordement peut se produire. Surprenant par son caractère soudain et imprévisible, le professionnel risque d'être sidéré pendant les premiers instants, ce qui provoque une rupture d'attachement, et ce même s'il se ressaisit rapidement. Si cela arrive, nous conseillons au thérapeute de considérer cette boucle interactive comme non terminée, et d'inviter la personne concernée à un entretien de régulation qui a pour but d'éviter tout débordement futur. Bien que la personne concernée ait la liberté de refuser, nous pensons que cette invitation de la part du professionnel est importante, qu'il y ait une suite des séances ou non. Notre premier conseil envers le thérapeute est qu'il reconnaisse être touché par ce qui se passe et par le bien-être de la personne, ainsi que sa surprise devant ce qui s'est passé. Ensuite, nous suggérons au professionnel de poser un cadre en clarifiant son intention: de discuter en tant que «seulement expert en thérapie en général» avec la personne «experte d'elle-même et de sa thérapie» des conditions nécessaires pour pouvoir continuer à travailler en toute sécurité. Si la personne accepte, nous invitons le tandem à identifier les éventuels déclencheurs et signes précurseurs qui n'ont pas été vus ou négligés, et qui auraient mérité plus d'attention. Il faut ensuite lister les conditions nécessaires jusqu'à ce que le thérapeute et la personne ressentent que le cadre est suffisamment sécurisé. Pour finir, nous invitons le thérapeute à remercier la personne pour cette séance d'apprentissage si précieuse. Les personnes avec lesquelles nous travaillons n'attendent pas de nous de tout savoir, loin de là. Elles se montrent parfois même extraordinairement indulgentes face aux maladresses du professionnel. Mais elles peuvent attendre d'un thérapeute qu'il se remette en question et qu'il aille à la recherche de l'information qui manque pour assurer un suivi de qualité. «Ce qui m'a aidé le plus», expliqua Catherine, qui tenait la place de la patiente dans un tel entretien, «était que vous étiez touchée par ce qui m'arrivait». Ce commentaire se suffit à lui-même.

Le niveau de communication le plus conscient et maîtrisable en principe, constitue le langage et la communication verbale. Il s'agit des contenus explicites, du récit, des questions et réponses partagées. C'est à ce niveau cortical qu'opère le partage de connaissances, le consentement éclairé, l'accordage au niveau du discours. C'est aussi ici que se construisent les hypothèses du thérapeute, l'éva-

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

luation de part et d'autre du processus thérapeutique et des modifications observées entre les séances, tout comme la planification d'actions futures.

Si nous souhaitons que les personnes avec lesquelles nous travaillons accèdent à leurs réseaux traumatiques et les dépassent pour en faire des expériences intégrées et normalisées, nous devons, nous thérapeutes, commencer par une attitude intégrée, c'est-à-dire cohérente à tous les niveaux de communication. Cela se traduit par une capacité à maintenir un état physiologique calme, des comportements non verbaux posés et univoques, une empathie permettant d'accueillir l'émotion de l'autre sans qu'elle ne déborde et d'aborder l'autre avec des hypothèses a priori constructives. Exprimé comme tel, cela peut ressembler à de la haute voltige. Pourtant cela s'apprend et s'exerce. Nous invitons le professionnel à appliquer les outils de stabilisation d'abord à lui-même avant de les proposer aux personnes, et de les faire également pour lui-même chaque fois qu'il le demande à l'autre. Nous l'invitons à concrètement questionner ses hypothèses de travail, et à choisir explicitement celles qui lui permettent d'avancer constructivement dans l'interaction.

La phase d'intégration et d'accompagnement au changement

Une fois les réseaux neuronaux traumatiques vidés de leur charge émotionnelle, la capacité d'auto-guérison de notre cerveau finit par les mettre en lien avec des réseaux ressources, inscrit l'expérience vécue dans la mémoire autobiographique, ce qui permet à la personne de considérer l'événement dont il est question avec plus de distance. Une évaluation devient possible, ce qui permet de distinguer le passé du présent, ainsi que planifier des objectifs et des actions futurs. Les anxiétés s'apaisent, les intrusions cessent, et les déclencheurs redeviennent des éléments du contexte sans signification particulière. L'expérience vécue devient une source précieuse d'apprentissage, même si cela ne la rend pas agréable pour autant.

La majorité des personnes tourne la page, la thématique abordée ne leur paraît plus pertinente, au point où les souffrances antérieures sont oubliées. Il arrive que des personnes expriment une gratitude envers la vie, et toujours bien plus d'indulgence et de bienveillance à l'égard d'eux-mêmes.

Les changements que cela entraîne peuvent alors être, à leur tour, générateurs de crise : les anciens repères ne fonctionnent plus, les nouveaux semblent si peu familiers. La Théorie des Habitudes que propose Luc Isebaert et coll. (2005) indique qu'il nous faut trois semaines à trois mois pour développer et consolider de nouvelles habitudes.

L'accompagnement au changement que constitue cette troisième phase de la thérapie en psychotraumatologie peut être très variable en durée. Entre une ou plusieurs séances, permettant de constater les modifications, l'avancée vers les objectifs atteints de manière satisfaisante, amenant la fin de l'accompagnement, c'est le choix intuitif de la personne qui nous guide.

Les personnes se relevant d'un ESPT complexe et de troubles dissociatifs nécessitent pour la plupart une phase d'intégration de l'expérience et des apprentissages ultérieurs, les amenant à faire des expériences nouvelles, jamais vécues auparavant. Ainsi Brigitte a-t-elle eu besoin de temps pour ne plus être déboussolée

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

par un nouveau conjoint bienveillant. Plusieurs mois ont été nécessaires pour qu'elle apprenne à ne plus craindre une agression ou une rupture soudaines. Brigitte a dû quitter une posture d'impuissance anxieuse, et apprendre à faire confiance à son compagnon, auquel elle se sentait dans l'obligation de cacher sa démarche, au début de sa thérapie. Brigitte a cheminé vers un apprentissage d'une intimité dont elle n'avait pas encore fait l'expérience.

Certains auteurs, dans le monde de la dissociation, mettent l'accent sur l'apprentissage et le dépassement de la phobie de l'intimité, notamment après s'être relevé de traumatismes relationnels ou d'agressions sexuelles. Ainsi, il arrive que des personnes refassent une demande, lorsque cette dimension pour eux devient prépondérante. En dehors d'une demande explicite, nous partons du principe que les personnes savent faire. Quoi qu'il en soit, elles ont déjà démontré leur capacité à demander de l'aide. Celle-ci étant acquise, nous nous orientons d'après les besoins exprimés des personnes et des objectifs définis ensemble.

D'autres personnes ont besoin de faire le deuil de relations soutenantes, de complicités d'enfants, étant donné qu'à l'âge adulte il s'agit d'une période révolue. Faire la différence entre le passé et le présent suppose aussi cela.

Finalement, s'ajoute également l'obligation de renoncer à ce qu'il n'y aura plus. Certaines personnes auraient aimé que leurs parents changent, que ceux-ci comprennent et cette attente nous semble parfaitement légitime. Néanmoins, aussi en fin de thérapie, la tâche du professionnel est d'accompagner la personne à faire avec ces limitations, tout en ne renonçant pas à ce qui est possible.

Il n'est pas rare que les relations envers les proches se modifient, lorsque des changements importants se font jour, les personnes s'affirment, sortent d'une posture de retrait où ils étaient d'emblée d'accord et ont davantage accès à leurs besoins et leurs désirs. Cela peut ne pas toujours être confortable pour l'entourage. Des parents nous décrivent des adolescents qui se comportent… comme des adolescents. C'est la tâche du thérapeute d'expliquer à des conjoints déboussolés ou à la famille surprise, que cela n'a rien de pathologique, même s'ils peuvent passer par des moments quelque peu inconfortables. Après une phase de restabilisation, tout le monde s'accorde en général pour préférer l'état actuel.

Plus la liste des traumatismes à désensibiliser est longue, plus ces trois phases à savoir la stabilisation, la confrontation aux traumas et l'accompagnement au changement se font par boucles successives. Ce sera l'atteinte satisfaisante des objectifs de départ qui guidera le tandem thérapeutique. Il n'est pas rare de voir des personnes alors formuler de nouveaux objectifs, invitant le professionnel à expliciter suffisamment les ressources mises en œuvre, afin de maintenir le cap sur l'autonomie.

Conclusion : tout traumatisme est complètement guérissable

Pour conclure nous aimerions insister sur le postulat que tant qu'il y a de la vie, tout traumatisme est guérissable, aussi sordide en soit le contenu. Dans le passé, les personnes ont déjà fait l'essentiel en restant en vie, même si par la suite le sentiment d'être blessé, voire handicapé peut être présent. Nous savons que cela n'est plus une fatalité, car la plasticité cérébrale permettant de remanier les réseaux neuronaux est aujourd'hui reconnue infinie.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

Quelles que soient les méthodes thérapeutiques choisies, nous invitons chaque professionnel à suivre les règles proposées en psychotraumatologie, amenant à donner au corps une place prépondérante, à l'inviter comme un cothérapeute plutôt que le considérer comme une entrave au processus.

La ressource d'un fonctionnement intégratif chez le thérapeute et le respect de la hiérarchie des besoins de sécurité, d'attachement et d'espoir donnent des ailes à la thérapie. La centration sur les compétences et l'absence de lutte de territoires qui en découle ne fera qu'en accélérer le déroulement et sont une puissante protection contre toute (re-)traumatisation.

Rester centré compétences en psychotraumatologie suppose de travailler spécifiquement et systématiquement avec les ressources et les compétences, et de manière non systématique avec les problèmes, c'est-à-dire uniquement lorsqu'ils émergent. Cela suppose une centration sur les tâches de la vie quotidienne avant tout.

Finalement, à l'issue de cette excursion, nous pouvons proposer notre définition du traumatisme psychique. Il s'agit d'une expérience d'apprentissage non encore aboutie, bloquée par une trop grande charge émotionnelle, provoquant des réactions physiologiques attirant toute l'attention sur la survie. Notre tâche se résumera alors à aider les personnes qui le souhaitent, à parfaire cet apprentissage, quel qu'en soit le contenu. Il n'est d'ailleurs pas rare, que ce dernier reste à jamais inconnu, cela n'entrave nullement le processus d'autoguérison.

Plus cet accompagnement peut se faire à la « bonne vitesse », plus la thérapie se déroule dans de bonnes conditions, construisant de la motivation et de la résilience.

Avoir rapproché la psychotraumatologie et l'approche centrée compétences nous amène au constat que la psychotraumatologie classique a besoin de l'approche centrée compétences pour avancer dans de bonnes conditions, surtout pour les personnes souffrant de traumatismes complexes. Il nous paraît important d'inviter le monde solutionniste à ne pas faire l'impasse sur les réactions émotionnelles, qui lorsqu'elles se montrent de manière exacerbée et répétitive, méritent une approche spécifique.

Correspondance :
Hélène Dellucci
Cercle de Compétences
19, rue de la République
69600 Oullins, France
helene.dellucci@wanadoo.fr

Bibliographie

1. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*
2. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D., 2000. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stess disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5, 748-766.
3. Brown D., Fromm E., 1986. *Hypnotherapy and hypno-analysis.* Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ.
4. Charbonnier J.J., 2012. *Les 7 bonnes raisons de croire à l'au-delà.* Ed. Guy Trédaniel, Paris.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

5. Chu J.A., 1998. *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. Wiley, New York.
6. Courtois C.A., 1999. *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. Norton, New York.
7. Delage M., 2007. Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie familiale*, 28, 4, 391-414.
8. Dellucci H., 2009. Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 2.
9. Dellucci H., 2009. *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10e Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.
10. Dellucci H., 2010. *EMDR Letters. How? Why? When?* Papier présenté au 11e Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne.
11. Dellucci H., 2010. *No matter how slow you go, as long as you don't stop: A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Poster présenté au 11e Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1er Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.
12. Dellucci H., Wolf F., 2011. Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Thérapie familiale*, 32, 2, 275-91.
13. Dellucci H., 2012. Les empreintes traumatiques précoces. Déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources. In : Coutanceau R., Smith J., Lemitre S. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.
14. Dellucci H., Vojtova H., 2012. *EMDR Solution Focused*. Actes du Congrès de l'EBTA 2012 à Torun, Pologne.
15. Dellucci H., Bertrand C., 2012. Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles. *Thérapie familiale*, 33, 4, 337-355.
16. Dellucci H., 2013. L'EMDR Centré Compétences. *Actes de l'Université d'Automne*, Pégase Processus à Rennes.
17. De Shazer S., 1985. *Keys to solution in Brief Therapy*. Norton & Company. Pour la traduction française : (1999). *Clés et Solutions en Thérapie Brève*. Editions Satas.
18. Dolan Y.M., 1991. *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. Norton & Company, New York.
19. Felitti V.J., Anda R.F., Nordernberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S., 1998. Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults : The adverse childhood experciences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
20. Foa E.B., Rothbaum B.O., 2001. *Treating the Trauma of Rape. Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. The Guilford Press, New York.
21. Garner D.M., Garfinkel P.E., 1985. *Handbood of psychotherapy for anorexia and bulimia*. Guilford Press, New York.
22. Hobfoll SE, et al., 2007. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention : Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
23. Hofmann A., 2005. *EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen*. Thieme, Stuttgart.
24. Hofmann A., 2009. The Absorption Technique. In : Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols – Special Populations*. Springer Publishing Company, New York.
25. Isebaert L., Cabié M.C., 1997. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Editions Erès, collection Relations.
26. Isebaert L., 2005. *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsortientierte kognitive Therapie*. Thieme Verlag, Stuttgart.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

27. Kluft R.P., 1998. Playing for time: temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.
28. Korn E.R., Johnson K. 1983. Visualization: *The uses of imagery in the health professions*. Irwin Professional, Chicago.
29. Korn D.L., Leeds A.M., 2002. Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.
30. Kutz I., Bleich A., 2005. Mental health interventions in a general hospital following terrorist attacks – The Israeli experience. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 10, 1/2, 425-437.
31. Kutz I., Resnik V., Dekel R., 2008. The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 190-200.
32. Leeds A.M., 2009. Resources in EMDR and other Trauma-Focused Psychotherapy: a Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 3, 152-610.
33. Levine P.A., 1997. *Waking the Tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books, Berkeley.
34. Nijenhuis E.R.S., 2004. Somatoform Dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues. Norton, New York.
35. Nijenhuis E.R.S., Van der Hart O., Steele K., 2002. The emerging psychobiology of trauma related dissociation and dissociative disorders. In D'Haenen H., Den Boer J.A., Willner P. (Eds.), *Biological Psychiatry*, 1079-1098. Wiley, London.
36. O'Shea M.K., 2009a. EMDR Friendly preparation methods for adults and children. In: Shapiro R. (Ed.) *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. Norton, New York
37. O'Shea M.K., 2009b. The EMDR early trauma protocol. In: Shapiro R. (Ed.) *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. Norton, New York
38. Ogden P., Minton K., 2000. Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 3, 149-173.
39. Ogden P., Minton K., Pain C., 2006. *Trauma and the Body. A sensori-motor approach to psychotherapy*. W.W. Norton & Company, New York.
40. Pace P., 2007. *Lifespan Integration. Connecting Ego States Through Time*. Self-edited.
41. Quinn G., 2009. Emergency Response Procedure, pp. 271-277. In Luber M. (Ed.): *EMDR Scripted Protocols. Basics and Special Situations*. Springer, New York.
42. Reinders A.A.T.S., Nijenhuis E.R.S., Paans A.M., Korf J., Willemsen A.T., Den Boer J.A., 2003. One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, 2119-2215.
43. Rose S.C., Bisson J., Churchill R., Wessely S., 2009. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*, Issue 2, 1.
44. Shapiro E., 2009. EMDR Treatment of Recent Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 3, 141-151.
45. Shapiro F., 2001. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Pour la traduction française: *Manuel d'EMDR: Principes, Protocoles*, Procédures. Inter Editions.
46. Siegel D.J., 1999. *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press, New York.
47. Tarquinio C., Montel S., 2014. *Les psychotraumatismes: histoire, concepts et applications*. Dunod, Paris.
48. Van der Hart O., Nijenuis E.R.S., Steele K., 2006. *The haunted Self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York.
49. Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L., 1991. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

50. Van der Kolk B., 1994. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 5, 253-265.
51. Zaghrout-Hodali M.A.F., Dodgson P.W., 2008. Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol with Children in an Area of Ongoing Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2,106-113.

Abstract

Solution focused psychotraumatology. – Psychological trauma was once a part of psychotherapeutic work that was among the most difficult to treat. Today with modern methods of therapy based on principles of psychotraumatogoly, full recovery from trauma is often easy. This article focuses on different types of traumatic reactions that occur after adverse events and suggests a solution-focused perspective for working therapeutically based on the Bruges Model. Starting with a discussion on phases of treatment used in psychotraumatology we will address stabilization, the importance of addressing attachment disorders before treating traumatic memories, and work conditions needed for clients to overcome psychological trauma.

Resumen

Psicotraumatología centrada en las soluciones. – Anteriormente, los traumas psíquicos formaban parte de los cuadros clínicos más recalcitrantes. Hoy en día, con los métodos de la psicotraumatología moderna, esta afección pasa a ser más fácilmente abordable. Este artículo da un panorama de los diferentes tipos de reacciones traumáticas después de eventos negativos y propone, a partir del Modelo de Bruges, una lectura y pistas centrada en las soluciones. A través de las diferentes fases de una terapia en psicotraumatología abarcaremos: la estabilización, la importancia del apego para iniciar el trabajo, y las condiciones para un trabajo psicoterapéutico que permiten liberarse de los traumas psíquicos.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Lorraine - - 193.50.135.4 - 14/07/2016 01h41. © Médecine & Hygiène

A l'issue de la description de ce modèle de prise en charge centré compétences en psychotraumatologie, il resterait beaucoup à dire sur la conjugaison de celui-ci, avec les théories de l'attachement. Sans détailler plus avant notre propos, il nous paraît néanmoins que notre approche est implicitement en accord avec ce que proposent les théories et les approches basées sur l'attachement, tant lorsque Giovanni Liotti nous appelle à partager avec nos patients une relation de coopération égalitaire (Liotti, 2012), que dans la proposition de Michel Delage, de transformer les traumatismes en un récit qui a du sens et qui permet aux membres d'un groupe, de partager des émotions, sans que celles-ci ne débordent (Delage, 2007).

Une relation d'attachement sécure permet à la fois aux protagonistes de s'engager dans le lien, et à chacun de regagner et conserver une autonomie relative. La thérapie centrée compétences propose que l'autonomisation passe par la prise de conscience du patient de ses propres ressources (Isebaert & Cabié, 1997 ; De Shazer, 1982, 1985, 1988).

En cohérence avec ce qui précède, nous avons mis au point un outil thérapeutique que nous avons appelé le « Curriculum Vitae de ressources ». A l'inverse du « Plan de ciblage étendu », qui est un outil pour le thérapeute, le CV de ressources appartient au patient et il lui revient en dernier lieu. Il s'agit d'un document sur lequel le thérapeute collecte des informations, au fur et à mesure qu'il explore les ressources du patient. Les personnes venues demander de l'aide en thérapie, ne mettent pas en avant leurs ressources, qui seraient nécessaires pour avoir les moyens d'être moins désespérés. Guy Ausloos (1995) précise que les personnes et les familles viennent voir le thérapeute, lorsqu'ils ont perdu confiance dans leurs propres ressources. C'est donc au thérapeute que revient la responsabilité de restaurer la conscience et la confiance du patient en ses propres ressources. Ce outil suit le cheminement de la psychotraumatologie centrée compétences. En premier lieu, après les questions générales, sont explorées les ressources de survie. Nous pensons que lorsque celles-ci sont suffisamment connues, cela permet non seulement à la personne de se reconnecter à ses valeurs existentielles, mais la confiance du thérapeute en son patient augmente également.

Les autres ressources sur lesquelles la personne a pu et peut encore s'appuyer viennent illustrer ces valeurs existentielles, pour davantage les personnifier. Ces deux types de ressources font de cette démarche du CV un outil identitaire au sens de la thérapie narrative (White, 1995 ; 2007/2009), en rapprochant la personne de sa dimension existentielle (Frankl, 1959).

La troisième partie est consacrée à la documentation détaillée des changements observés. C'est ici que le thérapeute examine, à la loupe, comment concrètement le patient s'y est pris pour mettre en œuvre les changements qu'il a pu observer dans sa vie quotidienne. Cette étape mérite de ne pas être bâclée, car c'est ici que se construit et se reconstruit, dans un cheminement qui nécessite d'être accompagné, la prise de conscience et la réalisation de ses propres ressources. Le thérapeute qui régulièrement initie et accompagne le patient dans ce questionnement, finit par l'inspirer à se poser lui-même ces questions, l'amenant ainsi à construire une habitude alternative (Isebaert, 2005 ; Isebaert et al., 2015).

La quatrième page est réservée à dessiner un génogramme, qui à la fois contient une valeur diagnostique, mais aussi identitaire. Nous conseillons au thérapeute de s'y prendre au papier crayon, car la pratique nous montre qu'il faut régulièrement recommencer. D'ailleurs le génogramme n'est pas une représentation statique, il peut évoluer. Notons qu'il est important de continuer l'exploration des ressources suffisamment longtemps, qu'elles soient présentes dans la famille ou à l'extérieur, jusqu'à ce que le patient puisse regarder son clan avec fierté (ressources) et compréhension (problèmes). Il s'agit bien sûr d'un cheminement qui peut prendre le temps de la thérapie. Nous conseillons au thérapeute, une fois le CV de ressources complété, d'en faire une copie et de remettre l'original au patient, car il lui appartient.

Curriculum Vitae de Ressources de : ……

Données générales

Age :

Mode de vie (faire un génogramme en fonction de ce qui est évoqué):

Profession :

Nombre de thérapies déjà faites auparavant :

Si oui : - qu'est-ce qui a été aidant :

- qu'est-ce qui aurait pu être différent pour que ça se passe mieux :

Ressources de survie

Si les personnes parlent d'expériences négatives et qu'elles ne sont pas encore stabilisées:

Veuillez noter brièvement un mot clé pour l'événement, puis explorez en détail

- comment avez-vous fait après cela (pour vous relever, … rester debout, … retourner au travail, … vous occuper de votre famille, …)
- S'il s'agit de maltraitances, de négligences dans l'enfance, explorez prudemment comment les personnes ont fait, en dépit de ce qui leur est arrivé, pour grandir quand même, … apprendre un métier, … avoir le courage de se mettre en couple, … fonder une famille, … avoir des amis, …
- S'il s'agit de relations d'emprise qui ont duré longtemps, du harcèlement, des conditions « chroniques », explorez ce que les personnes ont fait concrètement pour résister au quotidien.

événement	**âge**	**Compétence de survie**

Veuillez noter la tendance des réactions physiologiques de la personne (entourez la mention utile):

sur-activation physiologique ou sous-activation physiologique

Échelle de sécurité :

Sur une échelle entre 1 (je ne me sens pas du tout en sécurité) et 10 (je me sens complètement en sécurité ici et maintenant avec le professionnel), où êtes vous ?



Comment faites-vous pour être à ..... et pas à 1 ?:

Que **puis-je** faire pour vous aider à grimper sur l'échelle ?:

Qu'est-ce qui a déjà marché dans le passé, et qui vous a permis de vous sentir davantage en sécurité ?

Figures de soutien, bons souvenirs, activités stabilisatrices

Quelles sont les personnes sur lesquelles vous avez-pu vous appuyer :

- dans le passé
- dans votre vie aujourd'hui

Qu'est-ce que ces personnes/situations vous ont appris de précieux, qui peut vous aider ? aujourd'hui ? pour la suite ? Qu'est-ce que cela dit de vous (sur vous) en tant que personne ?

Personne étayante **souvenir positif,** **activité utile**	**âge**	**Qu'est-ce que cela vous a appris de précieux ?** **Qu'est-ce qui pourrait vous aider pour la suite ?** **Qu'est-ce que cela dit de/sur vous ?**

Veuillez noter les **émotions qu'il a été possible de partager** :

Et les **émotions** qui semblent **problématiques**, soit parce qu'elle ne peut pas être ressenties (sous-activation), ou parce qu'elles débordent (sur-activation) :

Dès que possible, définissez un ou plusieurs objectifs et souhaits

Supposez que nous fassions un travail efficace, à quoi verrez-vous que vous n'aurez plus besoin de venir ?

*

*

*

*

Explorez à la loupe les changements qui surviennent

Lorsqu'un changement se produit, veuillez l'examiner « à la loupe » : comment concrètement vous vous y êtes pris pour rendre possible ce changement ?

Si la personne insistent pour dire que quelqu'un d'autre a changé : Comment avez-vous aidé cette autre personne….

Si la personne insiste pour dire que ce sont les médicaments : Comment avez-vous fait pour accepter l'aide des médicaments ? Comment faites-vous pour être rigoureux dans la prise/pour pas oublier vos médicaments ?

N.B. Veuillez soigner le détail !

changement	Ressources mises en oeuvre

Exercices d'ancrage utilisés/efficaces :

Génogramme

Veuillez effectuer une représentation graphique de la personne et des membres de sa famille, au fur et à mesure qu'ils sont évoqués. Si la personne est d'accord, vous pouvez aussi faire le génogramme comme un exercice à part entière.
Veuillez explorer la qualité des relations, et

- repérez les points chauds (relations où vous repérez une hyperactivation : anxiété, colères débordantes, enchevêtrement, douleur exprimée, conflits, ...)
- et les points froids (relations où vous repérez une hypoactivation : pas d'émotion, manques d'empathie, ruptures, absence de parole « on ne se parle pas », ...)

N'oubliez pas d'ajouter toutes les autres personnes ressources, même si elles ne font pas partie de la famille d'origine, de même que des animaux, voire des activités qui sont/ont été importants. Veuillez explorer en détail des ressources des personnes, leurs points forts, comment elles se sont débrouillées pour que les choses ne soient pas pires.
Veuillez terminer par un slogan qui pourrait résumer les ressources et constituer un mot d'ordre pour la suite/à transmettre.

Pour compléter l'utilisation de cet outil qu'est le CV de Ressources, nous n'avons pas encore mentionné les premières données, apparaissant avant l'exploration des ressources.
Sous la rubrique profession, nous invitons le thérapeute de ne pas se laisser éconduire par un patient qui dirait « je ne suis rien », évoquant un métier qu'il n'aime pas, une période de chômage, voire une mise au RMI. Comme il s'agit d'un CV de ressources, nous invitons le thérapeute à prudemment questionner le patient sur ses aspirations, s'il n'y avait pas de contrainte.
Une rubrique qui est importante est celle des thérapies antérieures. Une grande majorité de survivants de traumatisations complexes n'en sont pas à leur première demande de thérapie. Le fait qu'ils se retrouvent devant un nouveau collègue est la preuve qu'ils ne sont pas retournés faire leur demande auprès de l'ancien thérapeute.
Rappelons que nous souhaiterions que notre co-équipier devienne aussi rapidement que possible un co-expert. Nous pensons qu'une grande part dépend des ouvertures du thérapeute, qui est mis en position haute par le patient demandeur. En le plaçant dans une posture d'expert, sans juger le travail qui a été fait auparavant, la relation peut s'équilibrer et le patient est invité dans la relation côté à côte. Par la question sur ce que le patient retient d'utile des thérapies précédentes, nous explorons ce qui a marché. Donc à refaire. A travers la question de que qui aurait pu être différent pour que cela se passe mieux, nous explorons les alternatives que le patient nous donne et qui pourraient l'aider. Par ailleurs, ce questionnement met le thérapeute dans une posture où il signale très clairement que l'avis du patient lui importe et qu'il souhaite que la démarche lui soit utile. C'est implicite, certes, mais pensons qu'il n'est pas inutile de le mentionner explicitement.

L'expertise du patient n'est pas utile uniquement au début de la thérapie. Tout le long, et particulièrement lors de séances-bilan, nous reposons ces deux questions. Les réponses des patients amènent une situation gagnant-gagnant où quelle qu'elles soient, elles offrent de nombreuses opportunités d'ajustement et se placent en contraste de toute velléité de prise de pouvoir.

6.1. L'évaluation de la part du patient, un co-équipier, expert de sa thérapie

Des bilans sont faits régulièrement, tous les trois à quatre mois, ou après une période de vacances qui a provoqué un écart plus important entre deux séances.
Une échelle centrée compétences que nous utilisons à cet effet est l'échelle de progression :
Sur une échelle entre 1, lorsque nous avons commencé notre travail ensemble, et 10, le moment où vous aurez suffisamment avancé pour ne plus avoir besoin de venir, où vous situez-vous aujourd'hui ?
La grande majorité des personnes peuvent répondre à cette question, en donnant un chiffre. Ce chiffre, choisi intuitivement, est toujours juste. Il n'est jamais remis en question, même si le thérapeute peut être surpris par la réponse. La prochaine démarche consiste à expliciter ce à quoi se rapporte ce chiffre dans la vie quotidienne du patient.
Ainsi sont listés et explorés les changements observés, les cheminements concrets pour y arriver, avec l'accent mis sur ce que le patient a pu mettre en œuvre entre les séances.

Le bilan est aussi une occasion pour le thérapeute EMDR, de faire le point sur les cibles abordées, terminées, en cours, depuis le dernier bilan. Il est toujours surprenant de constater, combien de cibles ont été laissées en suspens pour une autre urgence, combien ont été oubliées, évitées … .

Ensuite est discutée la continuité du travail à effectuer, l'évaluation du patient, ainsi qu'à quoi il verra qu'un prochain pas sera atteint. Il s'agit d'une vraie discussion d'équipe de travail.

Pour cette démarche de thèse, nous avons posé des questions plus étendues à nos patients, en leur demandant un retour par écrit. Nous avons posé ces questions à toute notre file active actuellement en thérapie ou ayant terminé depuis moins de trois mois.
La moitié des patients ont répondu, avec des réponses plus ou moins détaillées.

Voici les questions que nous leur avons posées :

1. Questions générales : âge, sexe, mode de vie
2. Vous souvenez-vous des objectifs que vous aviez pour ce travail thérapeutique ?
   Si oui : lesquels ?
3. Qu'est-ce qui a été aidant pour vous dans votre travail thérapeutique ?
4. Qu'est-ce qui aurait pu être différent pour que cela se passe encore mieux ?
5. Quels sont les changements et modifications que vous avez pu mettre en œuvre pendant ou après ce travail ?
6. Qu'avez-vous appris d'important pour vous ? Parmi ces choses, qu'est-ce qui vous est encore utile aujourd'hui ?
7. La vie vous a-t-elle mis devant d'autres défis ?
   Si oui : comment avez-vous fait par rapport à cela ?
8. Quels conseils donneriez-vous à des thérapeutes qui travaillent avec des personnes comme vous ?
9. Qu'est-ce que vous conseilleriez à d'autres personnes dans votre situation ?
10. Autre chose qui vous paraît utile d'exprimer ?

Deux personnes, dont nous avons décrit la thérapie au cours de ce travail, entre autres, ont répondu parmi les patients questionnés. Il s'agit de Marie et de Julie. Etant donné le volume déjà conséquent de ces pages, nous allons restreindre ce retour aux réponses de Marie, auxquelles nous joindrons des extraits des réflexions de Julie.

Concernant les objectifs (2), Marie souhaitait : « *arrêter la répétition transgénérationnelle et protéger mes enfants de mon histoire traumatique familiale et personnelle*. »
Julie précise que l'événement récent qu'elle a vécu et le travail enclenché dans le cadre de la thérapie : « *ont touché, réactivé voire fait imploser d'importantes mémoires traumatiques et mis à jour un fonctionnement psychique très coûteux dans la vie quotidienne*. » En termes d'objectifs, Julie décrit plus loin : « *percevoir, comprendre, accepter ce qui émerge en moi, puis tenter, un jour, de m'y confronter progressivement afin de désactiver, peu à peu, les charges émotionnelles envahissantes, pouvoir appréhender les intrusions, les évitements, les ressentis, les perceptions … de non sens … qui m'assaillent régulièrement … tout ça sans trop de déstabilisation … essayer de donner forme au silence de l'anéantissement … garder pied sur terre et en capacité de rester en vie, dans l'humanité, d'élever mes enfants, d'être en lien, d'intervenir professionnellement de manière bienveillante et éthique, de gérer intelligemment la vie quotidienne, d'être capable d'avoir une structure de vie cohérente, la capacité à penser, de lire le monde, de rester en lien dans une Humanité partagée …* » et elle ajoute : « *Je reste consciente que tous ces objectifs sont bien illusoires …* »

La réponse au questionnement de ce qui avait été utile pendant la thérapie (3), Marie indique : « *La bienveillance du thérapeute, sa lisibilité et sa prédictibilité. Tout le travail de psycho-éducation, son expérience et ses connaissances théorico-cliniques. Sa profonde conviction*

dans l'issue positive du travail entrepris. » Marie semble relever des éléments relationnels, mais aussi le partage de connaissances. Un dernier critère qui apparaît ici est l'espoir et la confiance que le thérapeute peut avoir dans le travail thérapeutique commun.
Julie s'exprimera de la même manière, en donnant davantage d'explications sur les interactions entre la capacité à être en lien du thérapeute et son style d'attachement : « *l'essentiel est la qualité de la présence proposée par la thérapeute* », puis « *Quand votre propre humanité a été disloquée, broyée, annihilée par des « êtres humains », c'est vraiment complexe, coûteux et extrêmement difficile de tenter de s'aventurer sur le chemin de la confiance avec quelqu'un…* ». Julie indique que la prédictibilité, la capacité d'ajustement de la thérapeute, son respect et son authenticité sincères ont été aidants pour elle. Ensuite elle évoque : « *l'espoir que porte la thérapeute, sans cesse … parfois malgré moi … cette capacité de penser et de croire qu'une évolution est possible, qu'un chemin existe vraiment … même pour moi* ».
Malgré toute l'ambivalence que peut susciter un style d'attachement insécure, les capacités du thérapeute d'être présent dans le lien, ses qualités humaines et sa capacité d'espoir semblent avoir leur importance.

Lorsque nous explorons des alternatives pour faire différemment (4), Marie indique des séances plus longues, en précisant que deux heures au lieu d'une lui ont permis de travailler plus efficacement. Cela a pu être mis en place au décours de la thérapie avec Marie.
Julie souligne combien cela a été coûteux pour elle de changer de lieu, tout d'abord dans le premier cabinet du thérapeute, où cette dernière n'avait pas de salle fixe pour la recevoir, puis le fait qu'elle change de cabinet, pour plus tard déménager dans une autre région. Julie ajoute qu'un lieu vraiment étanche en termes de bruits parasites serait également plus confortable.
A travers ces lignes, nous nous rendons compte combien des contingences extérieures peuvent venir bousculer un lien peu sécure, même si par ailleurs tous les ingrédients relationnels sont présents. Nous aurions sans doute dû inclure des exercices de stabilisation supplémentaires, de façon à tenter « d'insonoriser » le lieu de la thérapie, p.ex. : par un exercice d'hypnose.
Ces indications sont importantes et précieuses, et permettent au thérapeute, soit d'ajuster ce qui est possible et, si nécessaire, prévoir de traiter certains événements négatifs, après avoir entendu et reconnu les gènes ressenties.

En ce qui concerne les changements que les personnes ont pu mettre en œuvre dans leur vie et leur quotidien (5), Marie souligne : « *Je suis beaucoup plus sereine, confiante. Je ne suis plus hypervigilente et je peux profiter des bonnes choses, sans être dans l'angoisse de ce qui pourrait arriver.* »
Julie, tout en précisant qu'elle n'a pas le recul suffisant pour observer des changements dans sa vie, précise ce qu'elle comprend par rapport à la dissociation : « *Je crois, quand même, que j'ai entendu des choses, compris intellectuellement le fonctionnement psychique lié à la dissociation … même si je ne suis pas toujours dans son acceptation pour moi-même. Je comprends que plus je lutte pour ignorer que je suis le produit d'une histoire, plus cela s'impose à moi de manière désordonnée et plus j'en reste l'otage, la prisonnière … La thérapie me permet parfois une certaine mise à jours des mécanismes de survie restés auparavant sous silence…* »
Lorsque la capacité du patient à observer fait défaut, le thérapeute peut volontiers partager les changements qu'il a observés. Dans le cas de Julie, nous sommes d'avis qu'elle a beaucoup avancé. Elle a pu s'affranchir d'un certain nombre de traces mnésiques traumatiques, dont des empreintes précoces, des peurs du futur, des traumatisations transmises. Ses barrières dissociatives sont moins étanches et son fonctionnement peut faire l'objet, par moments,

d'une pensée plus réfléchie. Nous pensons que Julie est surdouée, mais elle a du mal à accepter cette idée, tant elle se sent désadaptée par rapport au monde environnant. Nous veillons à garder un équilibre entre exercices de stabilisation et restabilisation par rapport à ce que le quotidien peut avoir de déstabilisant, nous continuons à explorer le monde intérieur et soutenir des liens constructifs, nous désensibilisons des cibles non-traumatiques, ainsi que les bribes auxquels Julie peut avoir accès. Et nous restons présents, en tentant d'aménager des possibilités pour que la thérapie puisse continuer malgré le changement de région.
Le discours de Marie montre bien la prise de distance et un accès facilité aux ressources, avec plus de capacité à vivre le moment présent.

Par rapport à la question concernant les choses importantes apprises et qui sont encore utiles (6), Marie indique : « *L'espoir, que rien n'est immuable et que l'on peut changer les choses, que ce qui importe n'est pas ce qui nous est arrivé, mais ce qu'on en fait. J'ai appris à faire confiance et à croire dans la vie.* » Julie a du mal à répondre à cette question, en disant d'abord que cette question est impossible pour elle, puis qu'elle n'a rien appris. Plus loin, Julie indique avec une grande acuité qu'elle : « *prend conscience qu'elle n'a pas de représentation interne pour soutenir une figure d'attachement… et de ce fait, faire l'expérience d'une relation qui paraît sécure reste complexe… » et elle précise : « que c'est un vrai apprentissage d'accepter de rester en lien, par exemple …* ».
Les récits de personnes touchées par la dissociation et qui s'en sont relevées (Trujillo, 2011) contiennent ces messages d'espoir de ceux qui ont traversé ces moments difficiles. Notre espoir est que le discours de Marie puisse se partager, comme celui d'Olga Trujillo et qu'ils puissent permettre à des personnes comme Julie de pouvoir se dire : « alors peut-être que moi aussi, je pourrais éventuellement m'en sortir. Il y a un après … »

A la question suivante, explorant s'il y a eu d'autres défis dans la vie et comment les personnes y ont fait face (7), Julie fournit une réponse analogue à celle de la question précédente, en disant que pour elle toute la vie est un défi continuel. Marie précise : « *j'ai pu faire face différemment en prenant appui sur de nouvelles ressources et j'ai pu prendre beaucoup plus de distance*. »

Ce que nous pouvons dire à ce jour, est que nous espérons que la continuité de la thérapie avec Julie, lui permettra d'accéder un jour à ce que Marie a pu exprimer. Nous gardons espoir, d'une part parce que nous savons combien cela est important pour nos patients, d'autre part par ce que nous avons confiance. C'est le meilleur pari à faire, même si nous reconnaissons volontiers que nous ne sommes bien sûr pas tout puissants et que nous ne pouvons prévoir l'avenir.

Lorsque nous questionnons les conseils que nos patients donneraient à des thérapeutes (8), Marie est très claire : « *De ne jamais lâcher la main du patient, de toujours rester présent avec la même bienveillance, de faire preuve de patience et de disponibilité, d'être très explicite sur les modalités et objectifs du travail qui se déroule à l'intérieur de vous.* » Marie souligne encore l'importance de la qualité de la relation d'attachement, mais aussi sur des éléments qui viennent cadrer cette relation.
Julie va plus loin : « *Je leur dirai de rester très prudent, modeste et humble, de ne pas s'engager dans ce travail s'ils ne sont pas certains de pouvoir tenir personnellement et dans la durée sinon pour le patient c'est impossible, intenable, ça viendrait réactiver trop de choses douloureuses.* »

Le conseil que donnerait le patient à d'autres personnes dans sa situation (9) fait dire à Marie : « *de faire une thérapie et de travailler avec un praticien EMDR* ». Quant à Julie, elle estime qu'elle n'a pas de conseil à donner à qui que ce soit.

Julie et Marie ont en commun de souffrir toutes deux de troubles dissociatifs. Marie semble dans le derniers tiers de son travail thérapeutique et va bien au quotidien. Ce qui nous frappe est que les deux patientes disent des choses analogues, même si elles ne sont pas au même temps de leur thérapie. Julie a dû faire face à des aléas de la vie qui n'ont pas facilité son travail, mais nous continuons à lui proposer notre présence, en espérant que son courage suffira.

Pour nous, l'interaction réflexive au sujet du travail thérapeutique est importante, car cela nous permet d'instaurer et d'améliorer si possible, les conditions de travail dès le départ. Cette aide précieuse que nous apporte le patient de par son expertise nous guide, alimente notre réflexion et soutient notre créativité pour trouver les réponses les plus justes possible.

Les cinq points clés à retenir de ce chapitre 6 :

- Tant que la sécurité n'est pas garantie, les personnes ne sont pas en mesure de formuler une demande d'aide. Le patient qui se sent en sécurité formulera une demande d'aide.
- Si un attachement important est menacé, et tant que la relation thérapeutique n'est pas sécure, le patient ne peut pas se mettre au travail.
- Pour certains patients très carencés, avec un style d'attachement désorganisé, arriver à une relation d'attachement sécure est déjà une thérapie en soi, avant que soit abordé la dimension traumatique.
- Les patients ont besoin du thérapeute pour favoriser leur autonomie et faire confiance en leurs ressources, consciemment. Cela contribue à ce que le thérapeute puisse devenir inutile.
- Quel que soit le niveau de relation thérapeutique, traiter son co-équipier comme un co-expert est primordial pour inviter le patient dans cette posture.

CHAPITRE 7. CONCLUSION et PERSPECTIVES D'AVENIR

« We cannot solve our problems
with the same thinking we used when we created them. »

« Nous ne pouvons pas résoudre nos problèmes
avec la même manière de penser
que nous avons mise en œuvre pour les créer. »

Albert Einstein

Arrivant au terme de cette réflexion et de ce périple à travers des pratiques thérapeutiques et des vignettes cliniques, nous aimerions revenir à nos questions de départ pour évaluer quelles réponses nous pouvons y apporter.

- Y aurait-il un ou plusieurs éléments importants, dont il faudrait tenir compte, notamment dans la construction d'une alliance thérapeutique suffisante, pour qu'un travail psychique puisse avoir lieu ?

La réponse à cette question est clairement affirmative. La construction d'une alliance thérapeutique ne va pas de soi avec des patients qui sont blessés au sein même de leur capacité à s'attacher et qui ont surtout appris que le monde peut être imprévisible, transgressif, coercitif et inconstant. Julie nous le dit très clairement dans son retour à nos questions. Néanmoins nous pensons qu'il est possible d'établir une relation thérapeutique solide et soutenante, en suivant quelques règles fondamentales.
Nous savons aujourd'hui combien il est primordial de suivre les choix du patient, et de respecter ce qu'il nous demande et ce qu'il ne nous demande pas. Antoine nous a enseigné qu'au delà du respect de l'intégrité que cela entraîne, cette étape est essentielle, car sans sécurité, aucune thérapie n'aura lieu. La centration sur le sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant fera émerger une demande, s'il y en a une. Les patients qui reformulent des demandes et reviennent nous voir pour continuer leur cheminement, parfois à notre propre étonnement, confirment cette idée.
Un autre élément non négligeable est la capacité du thérapeute à instaurer de bonnes conditions de travail pour le patient et pour lui-même. Le thérapeute occupe une place importante dans le système thérapeutique, peu importe le nombre de personnes qui en font partie. Il est à la fois investi d'un savoir, mais il doit s'effacer suffisamment pour laisser au patient la part de son expertise qui lui appartient. Cela fait partie de sa responsabilité de thérapeute.
Au travers d'une relation thérapeutique faite d'un attachement sécure, nous avons vu combien le patient prend son thérapeute en modèle, malgré lui, dans le but de combler ses déficits développementaux et trouver au fond de lui ses propres zones de résilience.
Cohérents avec cette idée, nous souhaitons attirer, encore une fois, l'attention également sur les zones de résilience du thérapeute. Nous savons à quel point des résonnances peuvent s'avérer bloquantes, combien ses taches aveugles peuvent amener autant de cécité ou d'évitement. Nous pensons que le soin porté au thérapeute est loin d'être un luxe, mais qu'il s'agit d'une nécessité, surtout dans les prises en charge de survivants de trauma complexes. Ici la supervision est un outil essentiel, auquel les étudiants devraient être invités dès leurs études. Nous pensons qu'il est primordial d'inviter tout thérapeute, qui se destine à une pratique où il se prête avec tout son

être pour travailler sur le plan de la relation à l'autre, à un travail sur ses propres résonnances, ses zones de fragilité, afin d'être moins démuni face à des patients, dont la souffrance et les contenus qui la sous-tendent peuvent surprendre.
Parmi de bonnes conditions de travail, nous avons été assez impressionnés par les cercles d'entraide, qui ont pu se mettre en place, tant en Palestine à Est Jerusalem, où les membres d'une équipe n'hésitent pas à prendre soin les uns des autres, qu'à Haiti, où nous avons pu observer que des pratiques additionnelles sur du matériel propre du thérapeute, ont permis aux collègues de s'exercer aux protocoles mis en œuvre en créant une résilience d'équipe, qui permet de faire face à l'absurdité lorsqu'elle apparaît. Nous pouvons prendre exemple sur ces pratiques.
Les patients ne sont pas les seuls à profiter de zones proximales de développement (Vygotsky, 1978). La pratique en co-thérapie, à nos débuts de psychothérapeutes, nous a été d'une grande aide, d'une part pour voir nos collègues nous enseigner notre métier à travers une pratique de compagnonnage, qui nous a inspirée pour créer notre propre artisanat, d'autre part en nous invitant dans le bain des éprouvés de chaque situation, nous permettant de prendre le recul nécessaire, continuer à penser et apprendre à conceptualiser. Notre encourageons les jeunes psychologues à rechercher de tels lieux de compagnonnage. Nous lançons un appel aux thérapeutes aguerris en leur disant que les psychologues et les psychothérapeutes en formation ont besoin d'eux, pour prendre modèle et élaborer leur propre style. Outre la rigueur conceptuelle que cela demande aux praticiens pris dans leur routine, les questions des étudiants constituent autant d'invitations à éclairer différemment notre réalité habituelle et nous poussent à faire cet effort de clarification pour nous rendre intelligibles et transmettre.

- Quel est le degré de reconnaissance, de tous les efforts déjà fournis en amont de la demande, dont les personnes venues demander de l'aide ont besoin pour se sentir des interlocuteurs à la hauteur ?

Plus le problème est chronique, plus il faut considérer que le travail du patient pour faire face à ce qui lui pose problème est fondamental. Celui-ci mérite d'être explicité par le thérapeute, tout en ne quittant pas la position basse pour ne pas être réduit à prêcher. Nous invitons les thérapeutes à faire d'une posture « naïve » un atout, en posant des questions, tout en n'imaginant pas le contenu des réponses à l'avance.
L'exploration des changements avant la première séance, les bilans réguliers, les changements entre les séances contribuent à mettre en lumière tout le travail considérable du patient. Cela agit d'abord comme une reconnaissance des efforts du patient et de sa motivation pour s'affranchir de ses troubles. Dans la suite du travail, cette mise en lumière, en explorant les petites modifications « à la loupe », permet au patient de consolider la conscience de ses propres ressources, ce qui favorise son autonomie, une dimension non-négligeable dans la relation thérapeutique.
Plus le patient souffre d'un lien envers lui-même perturbé, plus nous pouvons partir du principe, que la reconnaissance de ses ressources, bien qu'importante, peut avoir un effet apparemment paradoxal, car ces personnes ont des difficultés à entendre ce qu'ils font de bien, de le croire, voire le conserver. Nous invitons les thérapeutes à ne pas se laisser éconduire de cette pratique, car nous pensons que cette étape est fondamentale, tant au début de l'interaction thérapeutique, que tout au long du processus. Nombre de patients nous font un retour, en fin de thérapie, en évoquant ce qu'ils avaient entendu de bien sur eux au début du suivi, en précisant que, même s'ils n'ont pas pu l'entendre à ce moment, ils ne l'ont cependant pas oublié. Cela a fait son chemin, en soutenant les réalisations au moment où elles pouvaient se faire.

- Comment construire une relation thérapeutique basée sur la coopération de deux experts, l'un en thérapie, l'autre de sa vie dans son contexte particulier ?

L'approche centrée compétences, avec le Modèle de Bruges, nous servent de guides et de métamodèle, aussi en psychotraumatologie. Celui-ci apparaît à notre avis particulièrement opérant pour les personnes que nous recevons. La centration sur les ressources et les compétences ne signifie nullement ne pas considérer les problèmes, bien au contraire. Cependant nous pensons qu'avoir à disposition un cadre, qui prescrit la centration sur les compétences avec une démarche structurée, facilite la tâche du thérapeute. C'est à ce dernier de guider le processus des interactions dès le départ. Une fois que le thérapeute traite son patient comme un co-équipier, expert dans son domaine, ce dernier aura plus de chances de répondre à ses invitations en prenant sa place.
Néanmoins, « *s'ouvrir et intégrer ne signifie pas perdre son identité et ses repères, mais grandir et s'enrichir* » (Silvestre, 2016). Tels sont les mots de Michel Silvestre, qui nous a accompagné en supervision pendant notre périple de thérapeutes, pour le travail avec les familles, les couples, les enfants et les adolescents. Nous soulignons que toute approche psychothérapeutique, quelle qu'elle soit, nécessite d'inclure un regard suffisamment centré sur les compétences et les ressources du patient, et de son entourage, pour maintenir une posture d'espoir. Julie a évoqué combien il est important pour elle que : « *le thérapeute ait de l'espoir pour deux* » face à ce qui la hante, parfois de manière imprévisible.

- Existe-t-il des aménagements à la mise en œuvre de l'EMDR, qui permettrait d'ajuster le soin en psychotraumatologie aux personnes souffrant de traumatismes complexes, sans pour autant perdre en rigueur, ni en efficacité ?

La réponse à cette question est clairement oui. Nous avons mis au point un modèle d'intervention en psychotraumatologie, qui nous permet de cheminer le long de deux axes en fonction des phénomènes émergeants, en nous ajustant au plus près des besoins du patient. Avoir à disposition un outil aussi dynamique et adaptable, tout en ne perdant pas le cap, nous permet d'intervenir dans une posture de « pilote qui ne perd pas le nord », tout en étant à l'écoute de ce qui peut émerger. En plus de l'effet rassurant que cette attitude produit sur le thérapeute et le patient, ce dernier a tout son espace de pensée disponible pour cheminer.
Nous avons vu la puissance de l'EMDR, et à quel point prendre en compte les ressources corporelles donne à la psychothérapie une dimension nouvelle. Même si l'EMDR est notre méthode d'intervention privilégiée, ce n'est pas la seule méthodologie psychotraumatologique qui existe. Nous sommes d'accord lorsque Helga Mattheß, qui en dehors de ses immenses connaissances en psychothérapie est aussi Docteur en Sciences Physiques, affirme que le regard de la psychopathologie par les lunettes de la psychotraumatologie est aussi révolutionnaire qu'a été la Théorie de la Relativité. Avec Cyril Tarquinio, nous pensons que non seulement tout traumatisme est guérissable, mais que ceux-ci, une fois traités, contribuent à ce que les tableaux psychopathologiques les mieux construits perdent en consistance.

- Est-il possible de travailler en EMDR tout en maintenant les bénéfices de l'approche centrée compétences ?

La confiance en les capacités d'autoguérison des personnes, tant qu'elles sont en vie, est une pensée que partage l'EMDR avec l'approche centrée compétences et bien d'autres. L'EMDR, étant une approche éclectique, laisse une place aux aménagements que peuvent inventer des praticiens soucieux du bien être de leurs patients. Cette créativité se produit à partir des connaissances existantes, parmi lesquelles les fondements de notre orientation psychothérapeutique. Nous y ajoutons l'exigence d'une démarche de recherche-action, à l'aide

de laquelle, d'une boucle réflexive à l'autre, la pratique reste rigoureuse et étayée par la pensée et la conceptualisation, au delà de l'intuition.
Tout en restant au plus près du protocole EMDR, nous y avons inclus notre pratique centrée compétences. Cela nous a paru non seulement possible, mais essentiel pour ne pas avoir à choisir l'une ou l'autre pratique. La Psychotraumatologie Centrée Compétences nous donne un cadre, au sein duquel nous pouvons mettre en œuvre le modèle bi-axial que nous proposons. Les cinq critères de Hobfoll et ses collègues (2007) nous donnent raison. Ces auteurs se sont concertés pour réfléchir aux critères minimum nécessaires pour les interventions de masse à court et à moyen terme après une catastrophe : 1. Pouvoir se sentir en sécurité, 2. Etre en capacité de s'apaiser, 3. Retrouver un sentiment d'auto-efficacité et d'efficacité pour sa communauté, 4. Etre relié à autrui, et 5. Avoir de l'espoir. Nous pensons que ces critères valent aussi pour la psychotraumatologie en général.

- Peut-on rester centré compétences, même avec les patients les plus traumatisés ?

Notre réponse à cette question est là encore affirmative, et même plus, dans le sens, où plus les personnes sont traumatisées, plus inclure le regard centré compétences est nécessaire. Les survivants de traumatisations complexes et chroniques ont déjà fait l'essentiel pour rester en vie. Au delà de la survie, ils nous sollicitent pour passer à une autre dimension. A ce titre, citons encore une fois Julie : « *ce serait de ne plus être en situation de survie mais d'accéder à la vie, pouvoir vivre pleinement les yeux ouverts, avec attention et conscience …* ».
Au regard des situations cliniques les plus diverses que nous avons présentées au long de ce travail, l'une des erreurs que nous avons pu faire était celle de manquer, par moments, d'être suffisamment centrés compétences. Cela souligne notre affirmation que la centration compétences nécessite une décision délibérée et consciente de la part du thérapeute. Nous ajoutons que le regard compétences n'est possible que si le thérapeute peut rester lui-même dans sa fenêtre de tolérance, pour être en mesure de maintenir un niveau de pensée réfléchie, où il peut choisir. Particulièrement avec les patients les plus traumatisés, ce défi est important. Julie le décrit parfaitement lorsqu'elle résume ses conseils aux thérapeutes, en utilisant une métaphore : « *Un tel voyage thérapeutique, ce serait comme accepter de naviguer en pleine mer de nuit, sans aucune visibilité, sans carte préétablie et être en capacité d'appréhender les obstacles qui surgissent devant soi au moment de leur irruption, être capable de dessiner une carte au fil du voyage, d'accepter de se sentir perdu sans perdre l'espoir, de tenir le cap envisagé tout en acceptant de modifier sa route et sa façon de naviguer au fur et à mesure, en fonction de ce qui advient, d'ajuster sa vitesse aux aléas rencontrés.* » Tentons quand même !

- Comment intégrer les différentes pratiques thérapeutiques et approches du trauma, de façon à ce qu'elles aient un sens ? Existe-t-il une hiérarchie d'intervention ?

En décrivant notre périple de thérapeutes, nous avons régulièrement vécu des moments de surprise : la rencontre avec la dissociation, l'émergence des traumatismes transmis, notamment transgénérationnels, la dimension des empreintes précoces, les contenus d'ordre transgénérationnel des PE, la puissance du retraitement de cibles hors trauma, … . Des recherches en épigénétique, en neurosciences et cliniques viennent confirmer la pertinence de considérer ces différentes dimensions.
La Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité nous offre à ce jour un cadre de pensée d'une précision et d'une pertinence extraordinaires pour conceptualiser les traumatismes psychiques, du plus simple au plus complexe. Ce texte nous permet d'avancer des hypothèses, de les mettre à l'épreuve du terrain et à travers des recherches, notamment avec des patients qui généralement sont exclus des études sur le trauma. Des récentes recherches (Lanius et al., 2010 ; Hopper et al., 2007 ; Reinders et al., 2014) viennent confirmer l'existence de la

dissociation et nous invitent à ne plus distinguer entre dissociation et traumatisme, quel qu'il soit. Dès lors, la TDSP devient un cadre de pensée général pour conceptualiser le trauma et non plus une théorie à la rescousse des cas cliniques où surgissent des phénomènes incompréhensibles.
L'EMDR constitue une méthodologie d'intervention de choix, qui peut entrer dans le cadre de la réflexion sur le trauma qu'offre la TDSP.
Nous avons proposé de différencier les ciblages, en distinguant les réseaux primaires des réseaux secondaires. Les réseaux primaires, constitués par les traumatismes du passé ontogénétique, les empreintes précoces traumatiques, ainsi que les blessures du lien traumatiques, seront nos cibles préférentielles chez les patients bien fonctionnels, avec des traumatisations peu complexes et des demandes restreintes. Chez les patients moins fonctionnels, avec des traumatisations complexes et des demandes plus globales ou peu formulées, nous préconisons d'abord le ciblage des réseaux secondaires, constitués d'appréhensions du présent et du futur y compris les scénarios catastrophe, des circuits émotionnels pollués, des blessures du lien venant perturber la régulation émotionnelle. Ces cibles non-traumatiques jouent leur rôle dans l'organisation psychique et la symptomatologie présente. Contrôler voire réduire celle-ci crée chez ces patients de la motivation et une participation active, avec l'espoir de retraiter avec la même efficacité les réseaux primaires.

Tout en respectant les recommandations internationales d'un traitement par phases, multimodal et orienté sur les habiletés et les compétences, (Brown, Scheflin & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999), le modèle bi-axial en EMDR que nous proposons indique une hiérarchie d'intervention précise : après une stabilisation suffisante et à chaque fois qu'il est possible, nous allons vers les réseaux primaires, en commençant, comme nous l'a enseigné Francine Shapiro, par le souvenir source, c'est à dire celui qui est supposé être à l'origine de la problématique.
Avec les patients traumatisés complexes et volontaires, nous commençons systématiquement le travail sur les réseaux primaires par le retraitement des empreintes précoces, car nous supposons qu'elles forment le socle des expériences ontogénétiques. Si une telle démarche n'est pas possible, alors nous réduisons nos ambitions en ciblant d'abord des réseaux secondaires, si nécessaire, à travers une démarche de fractionnement. En fonction des phénomènes émergeants, nous allons nous intéresser soit aux peurs, soit aux liens blessés, ou encore aux émotions per se.
Si nous décelons une traumatisation d'ordre phylogénétique, mettant la loyauté au service de la souffrance, plutôt que du côté des apprentissages utiles pour le collectif, nous allons, dès que possible, tenter de les retraiter, car nous connaissons maintenant leur capacité à verrouiller une problématique donnée.
A chaque fois qu'une cible s'avère être trop ambitieuse, nous avons la possibilité de réduire la surface de travail en choisissant une cible moins importante, mais en lien avec ce qui émerge. De cette manière, le processus ne stagne pas, même s'il avance à des vitesses différentes. Des bilans réguliers viendront ponctuer l'évaluation du travail thérapeutique et accentueront la conscientisation des avancées.

- ❖ Comment comprendre les tableaux cliniques complexes de ces patients, qui vont de thérapeute en thérapeute, en ayant l'impression d'être de plus en plus démunis ?

Si les patients vont de thérapeute en thérapeute, c'est qu'ils ont un avis sur chaque intervenant, avec un ensemble d'éléments, qui sans doute ont été utiles et certainement des choses qui ne leur convenaient pas. Il s'agit d'experts. Nous avons tout intérêt à leur faire une place dans notre équipe, sans oublier notre expertise, mais que nous sommes loin de tout savoir. Nous

connaissons l'importance de la co-morbidité chez les survivants de traumatisations complexes et chroniques, qui peuvent être autant de portes d'entrée d'un traitement trop restreint et partiel. Le plus souvent, les patients souffrant de troubles dissociatifs, ont derrière eux une histoire de thérapies arrêtées avant l'heure, ou délaissées, avec des thérapeutes qui n'ont sans doute pas su dépasser leurs états d'impuissance, leurs sorties de la fenêtre de tolérance, d'éventuels passages à l'acte. Ces patients ont une idée de ce qu'est une thérapie qui ne leur convient n'est pas. A nous de nous donner les moyens de trouver, avec eux, un cheminement original qui leur conviendra, un périple, comme le dit Julie : « *sans carte préétablie* », où il s'agit « *d'être capable de dessiner une carte au fil du voyage* ».
Lorsque nous avons traduit le livre de Luc Isebaert (2005), nous avions été interpellés par une remarque à la fin de l'ouvrage, où l'auteur indique que les meilleurs thérapeutes sont ceux qui font preuve de retenue et d'humilité. Nous lui avons demandé ce qu'il entendait par ces termes. Luc Isebaert nous a dit « *qu'un thérapeute qui fait preuve de retenue ne va jamais faire à la place du patient, ce que ce dernier est capable de faire lui-même* ». Tout à fait d'accord avec cette idée, et en passant au crible notre pratique, nous pouvions dire que cette maxime, au centre des démarches de rééducation, était aussi la nôtre. Et l'humilité ? « *Un thérapeute humble* », nous a appris Luc Isebaert, « *est un thérapeute qui ne croit pas que les changements que met en œuvre le patient soient du fait de la thérapie* ». « *Mais …* », a été notre seule réponse, suivie d'un silence. Après avoir repris une contenance, et en raisonnant, nous voulions argumenter en précisant quand même, « qu'en tant que thérapeutes EMDR, nous ciblons bien sûr des réseaux traumatiques, et puis, le blocage étant levé, les personnes … », « mettent en œuvre des changements dans leur vie quotidienne, dont ils sont les seuls auteurs », nous a coupé notre maître à penser. Merci Luc, de nous remettre ainsi les idées en place.

Nous en venons à considérer notre hypothèse de départ, à savoir :

> Si les usagers/patients/clients se montrent récalcitrants à l'intervention que les professionnels bien intentionnés souhaitent leur amener, cette résistance peut être vue comme une information sur la relation d'aide, dans le sens d'une nécessité d'ajustement de la part du professionnel, pour que le travail puisse avoir lieu.

Tout ce qui précède contribue à venir confirmer ces pensées. Nous proposons une approche Psychotraumtologique Centrée Compétences, qui inclut les idées et principes de l'approche solutionniste, et nous proposons un modèle d'intervention structuré qui permet au psychotraumatologue de s'ajuster en fonction des besoins du patient et des phénomènes émergeants.

Les perspectives d'avenir qui s'offrent à nous à ce jour, n'ont comme terrain d'expérience que celui de notre pratique clinique auprès de nombreux patients, ainsi celle des collègues que nous avons formés et que nous suivons en supervision. Nos observations empiriques nous ont permis de présenter ce travail et d'aboutir à ces conclusions, mais celles-ci restent insuffisantes. Il serait nécessaire de les étayer par des données rigoureuses et une comparaison inter-groupes éthique.

Parmi celles que nous aimerions mettre en œuvre se trouve en premier lieu la continuité du questionnement de nos patients, en y incluant les données provenant de nos collègues qui utilisent ce modèle d'intervention que nous avons décrit. Il serait nécessaire d'y assortir un diagnostic, une brève description du chemin thérapeutique effectué, pour évaluer, au delà d'une réponse générale, d'éventuelles différences en fonction du fonctionnement diagnostiqué. Par exemple, nous avons vu une nette différence, qu'avaient déjà relevé Reinders et coll. (2012), à

savoir que les patients dissociatifs sont ceux qui donnent les réponses les plus sobres, les plus droit au but, sans flatterie ni complaisances. Nous ne jugeons par les réponses des autres patients, mais nous y avons cru déceler des remarques qui auraient pu êtres destinées à faire plaisir au thérapeute qui a posé les questions. Il serait dès lors plus confortable pour tout le monde, si cette recherche avait lieu dans un collectif plus neutre.

Un autre dispositif fort intéressant serait la mise en place d'un système de monitoring permettant de retracer ces thérapies longues, d'en systématiser les points à observer, ainsi que les évaluations faites à intervalles réguliers, p.ex. : tous les quatre à six mois. Le modèle bi-axial se prêterait à merveille à un recueil de données, permettant une observation ultérieure sans trop de pertes qualitatives. Un tel système de monitoring serait idéal, s'il incluait plusieurs thérapeutes, qui pourraient préciser leurs outils et méthodes d'intervention. Les observations qu'un tel système permettrait seraient presque infinies et permettraient de constituer des hypothèses en lien avec la théorie.

Nous aimerions beaucoup avoir un retour sur l'utilisation du CV de ressources, dans des dispositifs thérapeutiques et non thérapeutiques, comme p.ex. : un bureau d'aide aux victimes.
En ce qui concerne les thérapies en psychotraumatologie, il serait fort utile de comparer les données recueillies dans le CV de ressources, avec des critères de stabilité, l'utilisation d'un calendrier annuel avec le nombre et le degré chaotique de crises ou de phénomènes anniversaire.

Enfin, un dernier axe de recherche qui nous intéresserait énormément serait le bien-être du thérapeute, en comparant des groupes de thérapeutes, qui auraient recours à une supervision régulière versus pas de supervision, à ceux qui bénéficient d'un groupe d'intervision régulier, et bien sûr, l'utilisation de la lettre d'influence.
Connaître le devenir des patients de thérapeutes qui vont bien nous intéresserait particulièrement, tout comme une comparaison entre les patients de thérapeutes qui utilisent les outils de supervision, d'intervision et des lettres d'influence et ceux dont les thérapeutes n'utilisent pas ces outils.

Ce qui est agréable, dans une telle projection dans l'avenir, c'est que nous pouvons laisser libre cours à notre mémoire proscopique, sans crainte d'être trop ambitieux ou maladroits.
Humberto Maturana dirait : « ce que nous croyons est ce que nous voyions », Marc Snyder ajouterait : « ce que nous pensons crée notre réalité » et nous aimerions conclure : « ce sur quoi nous mettons l'accent est ce que nous faisons exister dans la relation avec les personnes que nous rencontrons », donc aussi nos patients.

Nous ne pourrions conclure ce travail sans exprimer notre infinie gratitude envers nos maîtres à penser, qui se trouvent tant parmi ceux qui ont précédé notre réflexion, que nos patients, qui vivent, avec leurs tripes, les traitements que nous cherchons à leur appliquer. Nous réalisons à quel point les écouter aurait et a été primordial. Parfois il nous a fallu plus d'une simple remarque, faite timidement. Ils nous ont appris à quel point leur retour est essentiel pour ce travail que nous voulons en co-exptertise. Ne pas les consulter consisterait à les museler au silence dans lequel les traumatisations les ont enfermées. Les inviter au dialogue consiste, non seulement, à créer un contraste avec leur expérience, mais nous permet aussi, à travers eux, d'apprendre un peu mieux notre métier et d'aider d'autres personnes, auxquelles il peuvent prêter leurs mots et leur permettent de faire entendre ce qui leur est encore difficile de formuler.

BIBLIOGRAPIE

Albernhe, K. & Albernhe, T. (2000). *Les thérapies familiales systémiques.* Collection Médecine et Psychothérapie. Paris : Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-V)*, Washington, DC

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington (VA): American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S. & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime : the role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, pp. 69 – 73.

Atchinson M, McFarlane AC (1994) A review of dissociation and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, pp. 591-599.

Aubert-Khalfa, S., Roques, J. & Blin, O. (2008). Evidence of a decrease in heart rate and skin conductance response in PTDS patients after a single EMDR session. *Journal of EMDR Practice and Research, 2,* (1), pp. 51-56.

Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus.* Toulouse: Erès. Coll. Relations.

Baddeley, A. (2000). The episodic buffer : a new component of working memory ? *Trends in Cognitive Sciences, 4,* (11), pp : 417-423.

Barach, P.B. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation, 4,* (3), pp. 117-123.

Bateson, G. (1972). Form, Substance and Difference. In G. Bateson (Ed) : *Steps to an Ecology of Mind.* New York : Ballantine Books.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science, 1,* (4), pp. 251-264.

Berg, I. K. (1994). *Family based services : A solution-based approach.* New York : Norton.

Berg, I. K. & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker : A solution focused approach.* New York : Norton. Pour la traduction française (1998) : Alcool, une approche centrée sur la solution. Bruxelles : Satas , Le Germe.

Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I. & Shalev, A. (2002). *A Position Paper of the Israeli National Council for Mental Health : Guidelines for the Assessment and Professional Intervention with Terror Victims in The Hospital and the Community.* Jerusalem : Israel.

Blizard, R. (2003). Disorganized attachment: Development of dissociated self states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation, 4,*(3), pp. 27-50.

Boon, S. and Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry, 150,* pp. 489-494.

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). Coping with trauma-related dissociation. Skills Training for patients and therapists. New York : Norton. Pour la traduction française (2014). Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes. Bruxelles : De Boeck.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Les traumatises vicariants. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Bowen, M. (1974). *Toward the differenciation of self in one's family of origin.* Georgetown family symposium.

Boysen, G. A. & VanBergen, A. (2013). A review of published research on adult dissociative identity disorder : 2000-2010. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201,* pp. 5-11.

Bremner, J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma : where do we go from here ? *American Journal of Psychiatry, 156,* pp. 349-351.
Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R. & Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry, 149,* pp. 328-332.
Brenner, I. (2001). *Dissociation of Trauma : Theory, Phenomenology, and Technique.* Madison, CT : International Universities Press.
Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review, 103,* (4), pp. 670-686.
Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* pp. 748-766.
Brewin, C. R. (2001). Memory processes in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 13,* (3), pp. 159-163.
Briere, J. (1996). *Therapy for adults molested as children : beyond survival*. New York : Springer.
Brown, D., Scheflin, A.W., & Hammond, C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York : Norton.
Brunet, A., Orr, S. P., Tremblay, J., Robertson, K., Nader, K. & Pitman, R. K. (2008). Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research, 42,* (6), pp. 503-506.
Bucay, J. (1999). *Cuentos para pensar*. Pour la traduction française : (2004). Je suis né aujourd'hui au lever du jour. Pocket.
Butler, L. D., Duran, R. E. F., Jasiukaitis, P., Koopman, C. & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience : a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry, 153,* pp. 42-63.
Cabié, M. C. (2007). Génogramme et Thérapie brève. In : A. M Garnier & F. Mosca (Eds). *Génogrammes. Mille et un contes de familles.* Toulouse : Erès. pp. 67-84.
Cahill, L. & McGaugh, J. L. (1998). Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends in Neuroscience, 21,* pp. 294-299.
Cannon, W. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York : Norton.
Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In : S. L. Lynn & J. W. Rhue (Eds)., *Dissociation : Clinical and theoretical perspectives*. Pp. 15-31. New York : The Guilford Press.
Carter, E. A., & Orfanidis, M. (1976). Family therapy with only one person and the therapist's own family. In P. J., Guerin (Ed.), *Family therapy*. New York : Gardner. pp. 197-199.
Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J. Haaga, D. A. F., Bennett-Johnson S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. & Woody, S. R. (1998). Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51,* (1), pp. 3–16.
Christen, M., Heim, C., Silvestre, M. & Vasselier-Novelli, C. (2010). *Vivre sans violences ? : dans les couples, les institutions, les écoles.* Toulouse : Ed. Erès, Coll. Relations.
Chu, J. A. (1998). *Rebuilding shattered lives : The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorder.* New York : Wiley.
Cloitre, M., Koenen, , K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure : a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* (5), pp. 1067-1074.

Coons, P. M. , Bowman, E. S. and Milstein, V. (1988) Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, pp. 519-527.
Corcoran, J. & Pillai, V. (2007). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 10, pp. 1-9.
CREST (2003). The management of post traumatic stress disorder in adults. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.
Chemtob, C., Tolin, D., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. (2000). In : E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J.Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press.
Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines.* New York : Norton.
De Clercq, M. (1997). *Urgences psychiatriques et interventions de crise.* Bruxelles : De Boeck.
de Jongh, A., Ernst, R., Marques, L. & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, pp. 477-483.
Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale*, 28 (4), pp. 391–414.
Dell, P. F. (1998) Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, pp. 352-356.
Dell, P. F. (2001) Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*, pp. 7-37.
Dellucci (1995). *L'intervenance en cas de maltraitance*. Manuscrit non publié à l'issue d'un stage et d'une recherche effectués sous la direction du Pr. C.Mormont et de V.Despret, Université de Liège.
Dellucci, H. (2009). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 43*, 2. De Boeck
Dellucci, H. (2009b). *EMDR Letters*. Communication orale présentée à la 10ième conférence EMDR Europe à Amsterdam, Pays Bas
Dellucci, H. (2010). *No matter how slow you go, as long as you don't stop. A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma.* Poster présenté à 11ème conférence EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et à la 1ère conférence EMDR Asie à Bali, Indonésie.
Dellucci, H. & Wolf, F. (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Revue Thérapie Familiale*, 32, (2), pp. 275-291.
Dellucci, H. (2012). Les empreintes traumatiques précoces. Déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources. In : R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. (Eds). *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Paris : Dunod.
Dellucci, H. (2014a). Psychotraumatologie Centrée Compétences. *Revue Thérapie Familiale*. 34 (4), pp. 193-226.
Dellucci, H. (2014b). *Getting rid of Transgenerational Trauma through EMDR.* Communication orale présentée à la 15ième Conférence EMDR Europe à Edinbourg, Ecosse.
Dellucci, H. (2014c). *ESPT complexe et Troubles Dissociatifs : convergences, distinctions, modèle bi-axial d'intervention*. Communication orale au 4ème Metz Academic Meeting, Université de Lorraine, Metz, France.
Dellucci, H. & Tarquinio, C. (2015). L'EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – au service de la thérapie systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 55,* .pp 59-90. De Boeck.
Dellucci, H. (2016). *EMDR on stuck cases*. Communication orale présentée à la 17ième Conférence EMDR Europe à La Haye, Pays Bas

Dellucci, H. & Huntziker, I. (2016). Konstruktive und Nicht-konstruktive Beziehungen. Ein lösungsfokussierter Ansatz im Kontext von Paarbeziehungen. *Systemischer, 8,* pp. 66-75.
Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.
Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.
Demos, E. V. (1998). Affect and the development of the self : A new frontier. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in self psychology, Vol. 3*, pp. 27 – 52. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.
Department of Veterans Affairs, Department of Defense (2004). VA/DoD *Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress.* Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy.* New York: Guilford Press.
De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Guilford Press.
De Shazer, S. (1988). *Clues : Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.
Dolan, Y.M., (1991). *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors.* New York : Norton.
Dorahy, M. J., Middledton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M. & Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of Affective Disorders, 172,* pp. 195 – 203.
Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care. (2003). Multidisciplinary guideline anxiety disorders. Utrecht, Netherlands: Quality institute health care CBO/Trimbos Intitute.
Dutra, L., Bureau, J.F., Holmes, B., Lyubchik, A., Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma : a prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous & Mental Disease, 197,*(6) pp. 383-390.
Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal M. Z., Flor, H. & Bohus, M. (2009). Emotional learning during dissociative states in boderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 34,* pp. 214-222.
Ehling, T., Nijenhuis, E.R.S. & Krikke, A.P. (2007). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders : Preliminary findings. In E.R. De Kloet, M.S. Oitzl & E. Vermetten (Eds.), *Progress in Brain Research, Vol. 167,* pp. 307-310.
Ellason, J. W., Ross, C. A. and Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry, 59,* pp. 255-266.
Etkin, A. & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety : a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specifi phobia. *American Journal of Psychiatry, 164,* pp. 1476-1488.
Field, N. P., Om C., Kim, T. & Vorn, S. (2011). Parental styles in second generation effects of genocide stemming from the Khmer Rouge regime in Cambodia. *Attachment & Human Development, 13,* (6), pp. 611-628.
Foa, E.B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13,* (4), pp. 539 – 588.
Foa, E. B., Keane, T. M., et Friedman, M. J. (2009). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the international society for traumatic stress studies. New York: Guilford Press.

Fonagy, P.M. (1997). Multiple voices vs. metacognition: An attachment theory perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*, pp. 181-194.
Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning. An Introduction to Logotherapy.* Boston: Beacon Press.
Franklin, T. B., Russig H., Weiss, I. C., Gräff, J., Linder, N., Michalon, A., Vizi, S. & Mansuy, I. M. (2010). Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biological Psychiatry, 68,* pp. 408-415.
Frewen, P. A. & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: re-experiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Science, 1071,* pp. 110-124.
Friedl, M. C. & Draijer, N. (2000). Dissociative disorder in Dutch psychiatric inpatients. *American Jurnal of Psychiatry, 157,* pp. 1012-1013.
Fusco, R. A. et Fantuzzo J.W. (2009). Domestic violence crimes and children : A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children et Youth Services Review, 31,* (2), pp. 249-256.
Gallese, V. (2005). Embodied simulation : from neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4,* pp. 23-48.
Gallese, V. (2004). Intentional Attunement. The Mirror Neuron system and its role in interpersonal relations. http://www.interdisciplines.org/mirror/papers/1
Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189,* pp. 249-257.
Geuze, E., Westenberg, H. G. M., Jochims, A., De Kloet, C. S., Bohus, M., Vermetten, E. & Schmahl, C. (2007). Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 64,* pp. 76-85.
Gingerich, W.J. & Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process,* 39, pp. 477-498.
Gonzalez, A., Mosquera, D. & Fischer, J. (2012). Trauma Processing in Structural Dissociation. In: A. Gonzalez & D. Mosquera (Eds). *EMDR and Dissociation: The Progressive Approach.* Charleston: Amazon Imprint.
Gonzalez, A., Mosquera, D. (2012). *EMDR and Dissociation: The Progressive Approach.* Charleston: Amazon Imprint.
Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe Verlag.
Guerin, P. J., & Pendagast, E. G., (1976). Evaluation of family system and genogram. In P. J. Guerin (Ed.), *Family Therapy.* New York : Gardner. pp. 450-464.
Guitton, C. (2002). Risques majeurs et fonctions d'autorité. *Revue Thérapie Familiale, 23,* (2), pp. 147-155.
Gunter, R. W. & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behaviour Research and Therapy, 46,* (8), pp. 913-931.
Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of sytem. *General Systems Yearbook, 1,* pp. 18-28.
Hase, M., Schallmeyer, S. & Sack, M. (2008). EMDR Reprocessing of the Addiction Memory : Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research, 2* (3), pp. 170 – 179.
Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C. & Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior, 5,* (6), DOI: 10.1002/brb3.342

Hase, M. (sous presse). L'EMDR dans le traitement de la dépendance aux substances. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.
Heisenberg, W. (1927). Über den anschaulichen Inhalt der quantentheoretischen Kinematik und Mechanik. *Zeitschrift für Physik, 43*, (3), pp. 172-198.
Hobfoll et al. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Issues*
Hofmann, L. (1991). Une position constructiviste pour la thérapie familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 13*, pp. 79-100.
Hofmann, A.(2009) The Absorption Technique. In: Luber, M. (Ed). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* Springer : New York.
Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W. & Hase, M. (2014). Eye Movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression : a controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research, 8,* (3) 103 – 112.
Hopper, A. Ciorciari, J., Johnson, G., Spensley, J., Sergejew, A. & Stough C. (2002). EEG coherence and dissociative identity disorder: Comparing EEG coherence in DID hosts, alters, controls, and acted alters. *Journal of Trauma and Dissociation, 3,* (1), pp. 75-88.
Hopper, J. W., Frewen, P. A., Van der Kolk, B. A. & Lanius, R. A. (2007). Neural correlates of re-experiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *Journal of Traumatic Stress, 20*, pp. 713-725.
Horen, S.A., Leichner, P.P. & Lawson, J.S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 40*, pp. 185-191.
Howell, E.F. (2005). *The dissociative mind.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.
Hunter, E. C. M., Sierra, M. & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39,* (1), pp. 9-18.
INSERM. (2004). Psychotherapy: an evaluation of three approaches. Paris, France: French National Institute of Health and Medical Research.
Irwin, H. J. Affective predictors of dissociation-II : shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology, 54*, pp. 237 – 245.
Isebaert L. & Cabié M. C., (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Toulouse: Erès, coll. Relations.
Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsortientierte kognitive Therapie.* Thieme Verlag.
Isebaert, I., Cabié, M., C. & Dellucci, H. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapie brèves. Le Modèle de Bruges*. Ed. Erès, collection Relations.
Jackson, D. D. (1957). The Question of Family Homeostasis. *Psychiatric quarterly Supplement*, 31, pp : 79-90.
Jackson, J. H. (1931/1932). *Selected writings of John Hughlings Jackson* (Vol. 1 & 2). London : Milford.
Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris : Félix Alcan.
Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie, 1*, pp. 417 – 453.
Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York : Macmillian.
Janet, P. (1911). *L'état mental des hystériques.* Paris : Félix Alcan.

Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps.* Paris : A. Cahine.
Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques, 93,* pp. 329-366.
Kim, J.S., (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis. *Research on Social Work Practoce,* 18, pp. 107 - 716.
Kindt, M., Soeter, M. & Vervliet, B. (2009). Beyond extinction : erasing human fear responses and preventing the return of fear. *Nature, Neuroscience, 12,* (3), pp. 256-258.
Kluft, R. P. (1996a). Dissociative Identity Disorder. In : L. Michelson & W. J. Ray (Eds). *Handbook of Dissociation : Theoretical, empirical and clinical perspectives.* pp. 337-366. New York : Plenum Press.
Kluft, R. P. (1998). Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* pp. 90 – 98.
Kluft, R. P. (1985). *Childhood antecedents of multiple personality disorder.* Washington, DC : American Psychiatric Association.
Kluft, R. P., (2007). Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of dissociative identity disorder. In : E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Eds). *Traumatic Dissociation : Neurobiology and Treatment.* Arlington, VA : American Psychiatric Press, Inc., pp. 301 – 316.
Knipe, J.(2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* New York : Springer.
Knipe, J. (2010). « Shame is my safe place » : Adaptive information processing methods of resolving chronic shame-based depression. In : R. Shapiro (Ed). *EMDR Solutions II : For depression, eating disorders, performance, and more.* New York : Norton. pp. 49-89.
Knipe, J. (2014). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. New York : Springer.
Korn, D.L., & Leeds, A.M., (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, (12). pp 1465 – 1487.
Korzybski, A., (1933). *Science and Sanity : an introduction to non-aristotelian systems and general semantics.* New York : Institute of General Semantics.
Kowal, J. (2005). QEEG comparisons of persons with and without DID. In : *Proceedings of the 22nd Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation.* Toronto, Canada, P.47.
Kraus, A., Esposito, F., Seifritz, E., Di Salle, F., Ruf, M. Valerius, G., Bohus, M. & Schmahl, C. (2009). Amygdala deactivation as a neural correlate of pain processing in patients with borderline personality disorder and co-occurrent post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 65,* pp. 819-822.
Lanius, R. A., Hopper, J. W. & Menon, R. S. (2003). Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident : a functional MRI case study. *American Journal of Psychiatry, 160,* (4), pp. 667 – 669.
Lanius, R. A., Bluhm, R., Lanius, U. & Pain, C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD : heterogeneity of response to symptom provocation. *Journal of Psychiatric Research, 40,* pp. 709-729.
Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D. & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTDS : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry, 167,* pp. 640-647.
Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C. & Rudy, L. (2005). High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 17,* pp. 526-532.

Le Doux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American, 270,* (6), pp. 50 – 57.
Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Kirsch, I., Chaves, J.F., Sarbin, T.R. & Ganaway, G.K. (1999). Dissociative identity disorder and the socio-cognitive model : Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin, 125,* pp. 507-523.
Lilienfeld, S.O. & Lynn, S.J. (2003). Dissociative identity disorder : Multiple personalities, multiple controversies. In S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M.Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 109-142). New York : Guilford Press
Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J.Solomon & C.George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York : Guilford Press.
Liotti, G. (2012). *Attachment, Psychopathology and EMDR.* Keynote at the 13th EMDR Europe Conference, Madrid, Spain.
Lipsanen, T., Korkeila, J., Peltola, P., Jarvinen, J., Langen, K. & Lauerma, H. (2004). Dissociative disorders among psychiatric patients. *European Psychiatry, 19,* pp. 53-55.
Ludaescher, P., Valerius, G., Stiglmayr, C., Muchnik, J., Lanius, R., Bohus, M. & Schmahl, C. (2010). Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid PTSD : a pilot study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 35,* (3), pp. 177-184.
Lussier, R.G., Steiner, J., Grey, A. & Hansen, C. (1997). Prevalence of dissociative disorders in an actue care day hospital population. *Psychiatric Services, 48,* pp. 244-246.
Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T. & Van der Kloet, D. (2012). Dissociation and dissociative disorders challenging conventional wisdom. *Current Directions in Psychological Science, 21,* pp. 48-53.
Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile/Helpless states of mind on the AAI. *Attachment and Human Development, 5*(4), pp. 330 – 352.
Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associatied with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17*(1), pp. 1 -23.
Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R. & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation : Relational adaptations or traumatic experiences ? *Psychiatric Clinical of North America, 29,* pp. 63-86.
Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A. & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation in posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry, 151,* pp. 902-907.
Mattheß, H. & Dellucci, H. (2011). Théorie et diagnostic de la dissociation structurelle de la personnalité. In R.Coutanceau & J.Smith (Eds). *Violence et Famille. Comprendre pour prévenir.* pp.239 – 258. Dunod, Paris.
Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1973 pour la première édition), (1980). *Autopoïesis and Cognition : the Realization of the Living*. In : R. S. Cohen & M.W. Wartofsky (Eds), Boston Studies in the Philosophy of Science 42. D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Pays Bas.
Maxfield, L. et Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58,* (1), pp. 23-41.
Meares, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry, 156,* pp. 1850-1855.

Merckelbach H, Horselenberg R, Muris P (2001) The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): a brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences, 31*, pp. 987–995.
Miller, A. (1985). *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant.* Editions Aubier.
Miller, R. (2012). Treatment of Behavioral Addictions Utilizing the Feeling-State Addiction Protocol : A Multiple Baseline Study. *Journal of EMDR Practice and Research, 6,* (4), pp. 159-169.
Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M. & Erni, T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in actue psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 37*, pp. 355-361.
Moreau de Tours, J.-J. (1845). *Du Haschisch et de l'aliénation mentale*. Paris : Librairie de Fortin, Masson.
Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. J. (2008). *Psychois, Trauma and Dissociation. Emerging Perspectives on Severe Psychopathology.* London : Wiley.
Moskowitz, A. (2011). Schizophrenia, Trauma, Dissociation, and Scientific Revolutions. *Journal of Trauma & Dissociation, 12,* (4), pp. 347-357. DOI: 10.1080/15299732.2011.573770
Mosquera, D. & Knipe, J. (in press). Traiter les troubles narcissiques de la personnalité par la thérapie EMDR. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.
Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Traces in Neuroscience, 26,* (2), pp. 65-72.
National Institute for Clinical Excellence (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD): The mamagement of adults and children in primary and secondary care*. London: NICE Guidelines.
NCTSN - National Child Traumatic Stress Network, (2003). www.nctsn.org
Neuburger, R. (1995). *Le Mythe Familial*. Paris : ESF Editeur.
Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of traumarelated dissociation and dissociative disorders. In H.D'Haenen, J.A. Den Boer & P.Willner (Eds.), *Biological Psychiatry* (pp.1079-1098). London : Wiley.
Nijenhuis, E. R. S. & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma : A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation, 12,* (4), pp. 416-445. DOI: 10.1080/15299732.2011.570592
Ogawa, J. R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self : longitudianl study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology, 9* (4), pp. 855 – 879.
Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy : One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, (3), pp. 149-173.
Organisation Mondiale de la Santé (2013). http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health
Orgogozo, I. (1997). Les réseaux, une nouvelle représentation de l'espace social. *Thérapie Familiale, 18,* (4), pp. 329-347.
Origer, A. & Dellucci, H. (2002). Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage de drogues (1992 – 2000). *Séries de Recherche n°4*. Point Focal OEDT Luxembourg – CRP Santé, Luxembourg.
O'Shea, M. K. (2009). EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. New York : Norton.
O'Shea, M. K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. New York : Norton.

Pagani, M., Högberg, G., Salmaso, D., Nardo, D., Tärnell, B., Jonsson, C. & Sundin, Ö. (2007). Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder. *Nuclear Medicine Communications, 28,* pp. 757-765.

Palosaari, E., Punamäki, R. L., Aouta, S. & Diab, M. (2013). Intergenerational effects of war trauma among Palestinian families mediated via psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 37,* pp. 955-968.

Panksepp, J. (1998). Affective neuroscience : The foundations of human and animal emotions. New York : Oxford University Press.

Paris, J. (2012). The rise and fall of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200,* pp. 1076-1079.

Parnell, L. (2013). *Attachment-Focused EMDR. Healing relational trauma.* New York : Norton.

Popky, A.J., (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. In R. Shapiro (Ed.). *EMDR Solutions*. New York : Norton.

Popper, K.R. (1959). *The logic of scientific discovery*. Hutchinson Education. (2002 : Psychology Press)

Porges, S.W. (2001). The Polyvagal Theory : Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, pp. 123-146.

Poundja, J., Sanche, S., Tremblay, J. & Brunet, A. (2012). Trauma reactivation under the influence of propranolol : an examination of clinical predictors. *European Journal of Psychotraumatology, 3,* 15470, DOI : 10.3402/ejpt.v3i0.15470.

Putnam, F.W., Buchsbaum, M.S. & Post, R.M. (1993). *Differential brain electrical activity in multiple personality disorder.* Manuscrit non publié, cité par Van der Hart & Nijenhuis (2009).

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart : Klett-Cotta. 15. Auflage.

Reddemann, L. (2011). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart : Klett-Cotta. 7. Auflage.

Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M., Korf, J., Willemsen, A.T., & Den Boer, J.A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage, 20,* pp. 2119-2125.

Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M. et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder : A symptom provocation study. *Biological Psychiatry, 60,* pp. 730-740.

Reinders, A.A.T.S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., Nijenhuis, E. R. S., (2012). Fact or facitious ? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. PLoS One 7, e39279.

Reinders, A. A. T. S., Willemsen A. T. M., den Boer, J. A., Vos, H. P. J., Veltman, D. J. & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder : A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research : Neuroimaging, 223,* pp. 236-243.

Rizzolatti, G.., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research, 3,* pp. 131-141.

Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L. & Gast, U. (2011). Axis-I Comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous & Mental Disease, 199,* (2), pp. 122-131. doi: 10.1097/NMD.0b013e318208314e

Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings : Distortions in the attribution process. In : L.Berkowitz (dir.), *Advances in experimental social psychology*, 10, pp. 173-220. New York : Academic Press.

Ruesch, J. & Bateson, G. (1951). *Communication : The Social Matrix of Psychiatry.* New York : Norton.

Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2007). Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. *Psychiatry, 55,* pp. 284-290.

Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F. & Hofmann, A. (2008a). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movements desensitization and reprocessing (EMDR). Result of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 22,* pp. 1264-1271.

Sack, M. Hofmann, A., Wizelman, L. & Lempa, W. (2008b). Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. *Journal of EMDR Practice and Research, 2* (4), pp. 239 – 246.

Sapolski, M., R. (2004). *Why zebras don't get ulcers. 3rd edition.* New York : Henry Holt and Company.

Sar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B. & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 41*, pp. 216-222.

Sar, V., Unal, S.N., Kiziltan, E. Kundaki, T. & Ozturk, E. (2001). HMPAO SPECT study of regional cerebral blood flow in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation, 2, (2),* pp. 5-25.

Saxe, G.N., Van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & al. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 150,* pp. 1037-1042.

Schlumpf, Y., Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S. Luechinger, R., Van Osch, M . J. P. & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder : a controlled fMRI Perfusion study. PLoS One http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0098795

Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R. D., Di Salle, F., Greffrath, W., Ludaescher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Hennig, J. & Seifritz, E. (2006). Neural correlates of anitinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63,* pp. 659-667.

SFBTA – Solution Focused Brief Therapy Association. Texte N°17 : *Steve de Shazer. Thoughts about the miracle question.* http://www.sfbta.org/BFTC/Steve_de_Shazer_Insoo_Kim_Burg.html

Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and re- processing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* (6), pp. 35 – 67.

Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology, 9,* pp. 595 – 631.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the origin of the Self : The Neurobiology of emotional development.* New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.

Sherif, M. (1967). *Group Conflict and Cooperation.* London : Routhledge & Kegan Paul.

Siaud-Faccin, J. (2008). *Trop intelligent pour être heureux ? L'adulte surdoué.* Paris : Odile Jacob.

Siegel, D. J. (1999). *The developing Mind : Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience.* New York : Guilford Press.

Silvestre, M. (2015). *Une approche intégrative des dimensions diachronique et synchronique en psychothérapie du trauma au travers des perspectives intra et interactionnelles chez l'enfant et sa famille.* Thèse de Doctorat réalisée à l'Université Lorraine.

Silvestre, M. & Dellucci, H. (sous presse).Violences domestiques, troubles de l'attachement et dissociation. Axes de réflexion et de traitement en psychotraumatologie. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Sjöblom, P.O., Andréewitch, S. Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., & Körlin, D. (2003). *Regional treatment recommendation for anxiety disorders.* Stockholm: Medical Program Committee/Stockholm City Council, Sweden.

Spanos, N. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder : A socio-cognitive perspective. *Behavior and Brain Sciences, 116*, pp. 143-165.

Sparrer, I. (2004). *Wunder, Lösung und System*. Carl-Auer Verlag. Pour la traduction anglaise (2007) *Miracle, Solution and System. Solution-focused systemic structural constellations for therapy and organisational change*. United Kingdom : Solution Books.

Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds and post-traumatic stress disorder in multiple personality disorder. In Braun, B. G. (Ed.). *Treatment of multiple personality disorder.* American Psychiatric Press, Washington DC.

Spiegel, D. (1993). Multiple Posttraumatic personality disorder. In R.P. Kluft & C. G. Fine (Eds). *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* pp. 87-99. Washington DC : American Psychiatric Press.

Stams., G.J.J., Dekovic, M., Buist, K., de Vries, L. (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie. Een meta-analyse. [Efficacy of solution-focused brief therapy. A meta-analysis.] *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy),* 39, pp. 81 -94.

Steele, K., Van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex PTSD and dissociative disorder patients. *Journal of Trauma and Dissociation, 2*, (4), pp. 79-116.

Steele, K., Dorahy, M. J., Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2009). Dissociation versus alterations in consciousness : related but different concepts. In : P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds). *Dissociation and the Dissociative Disorder. DSM-V and Beyond*. New York : Routledge.

Steinberg, M. (1996). The psychological assessment of dissociation. In: Michelson LK, Ray WJ (eds) *Handbook of dissociation. Theoretical, empirical and clinical perspectives.* Plenum Press, New York, pp. 251-267.

Stickgold, R. (2002). EMDR : A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology, 58,* pp. 61-75.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories : Studies in social psychology.* Cambridge, UK : Cambrigde University Press.

Tarquinio, C. & Tarquinio, P. (2015). *L'EMDR: préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Paris: Elsevier Masson.

Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N. & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder, vol 821,* pp. 161 – 175. New York : New York Academy of Sciences.

Trevarthen, C., Kokkinaki, T. & Fiamenghi, Jr.,G. (1999). *What infant's imitations communicate: with mothers, with fathers, with peers.* In: J.Nadel & G. Butterworth (Eds). Imitation in Infancy. Cambridge University Press. pp. 9-35.

Trujillo, O. R. (2011). *The Sum of my Parts. A Survivor's story of Dissociative Identity Disorder*. Oakland: New Harbinger Publications.

Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L.I., Ozpulat, T., Yanik, M. & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry, 155*, pp. 800-805.
United Kingdom Department of Health. (2001). Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline. London.
Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories : Synthesis, realization and integration. *Dissociation, 6*, pp. 162-180.
Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.* New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Bruxelles : DeBoeck.
Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2009). Dissociative Disorders. In : P. H. Blaney & T. Million. *Oxford Textbook of Psychopathology.* 2nd edition. pp. 452-481.
Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and Information Processing in posttraumatic stress disorder. In : B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress : the effects of owerwhelming experience on mind, body, and society.* New York : Guilford Press. pp. 303-327.
Vermetten, E., Schmall, C., Lindner, S., Loewenstein, R.J. & Bremner, J.D. (2006). Hippocampal and amaygdalar volumes in dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, pp. 630-636.
Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between learning and development. *Mind and society* (pp. 79-91). Cambridge MA : Harvard University Press. In : M. Gauvin & M. Cole (Eds). Readings on the development of children. New York : W. H. Freeman.
Von Bertalanffy, L. (1950). An outline of general System Theory. *British Journal of the Philosophy of Science, 1*, pp. 134-165.
Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory*. New York : G.Brazziler. Pour la traduction française (1973). Théorie Générale des Systèmes. Paris : Bordas.
Von Foerster, H. (1981). Das Konstruiren einer Wirklichkeit. In : P. Watzlawick, (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben*, Munich : Piper. Pour la traduction française : (1988). La construction d'une réalité. In : P. Watzlawick, (Ed). L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme. Paris : Seuil. pp. 45-69.
Von Glasersfeld, E. (1981). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In : P. Watzlawick, (Ed). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben*, Munich : Piper. Pour la traduction française : (1988). Introduction à un constructivisme radical. In : P. Watzlawick, (Ed). L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme. Paris : Seuil. pp. 19-43.
Wade, A. (1997). Small acts of living : Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy, 19*, (1), pp. 23-39.
Waller, N. G. and Ross, C. A. (1997) The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, pp. 499-510.
Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York : Norton. Pour la traduction française : (1972) Une logique de la communication. Paris : Seuil.
Watzlawick, P. (1981). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben*, Munich : Piper. Pour la traduction française : (1988). L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme. Paris : Seuil.
Whorf, B. L. (1956). Science and Linguistics. In Carroll, J.B. : *Language, Thought and Reality. Selected Writings of Benjamin Lee Whorf*. Massachussets : The MIT Press. Pour une

traduction française : (1969). Linguistique et Anthropologie. Les origines de la sémiologie. Paris : Denoël.
White, M. (1995). *Re-authoring lives : Interviews and essays*. Adelaide, South Australia : Dulwich Centre.
White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York : Norton. Pour la traduction française : (2009). *Cartes et pratiques narratives*. Bruxelles : Satas, coll. Le Germe.
Wiener, N. (1948). *Cybernetics, or Contol and Communicationin the Animal and the Machine.* Paris : Hermann.
Winnicot, D. W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena – A Study of the First Not-Me Possession. *International Journal of Psycho-Analysis, 34*, pp. 89-97.
Wohlschläger A. & Bekkering H. (2002). Is human imitation based on a mirror neuron system? Some behavioural evidence. *Experimental Brain Research,* 134, (3), pp. 335 – 341.
World Health Organization (2004). *International statistical classification of diseases and health related problems* (ICD-10)
Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brynes, K. &Duvdevani, T. (1998). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry, 155,* pp. 1163-1171.
Yehuda, R. (2002). Post-traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine, 346,* pp : 108-114.
Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M. & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies or mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 90,* (7), pp : 4115-4118.
Yehuda, R., Blair, W., Labinsky, E. & Bierer, L. M. (2007). Effects of parental PTSD on the cortisol response to dexamethasone administration in their adult offspring. *American Journal of Psychiatry, 164,* pp. 163-166.
Yehuda, R., Teicher, M. H., Seckl, J. R., Grossman, R. A., Morris, A. & Bierer, L. M. (2007). Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of Holocaust survivors. *Archives of General Psychiatry, 64,* (9), pp : 1040-1048.
Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H. N., Makotkine, I., Flory, J. D., Bierer, L. M. & Meaney, M. J. (2014). Influences of Meternal and Paternal PTSD on Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor Gene in Holocaust Survivor Offspring. *American Journal of Psychiatry, 171,* (8), pp. 872-880.
Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personnality disorders : A schema-focused approach.* Sarasota, FL : Professional Resource.
Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide.* New York: Guilford Press. Pour une traduction française: (2005) La thérapie des schemas: Approche cognitive des troubles de la personnalité. Ed De Boeck.

INDEX DES ARTICLES ET DES ENCADRES

Dellucci, H. & Wolf, F. (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Revue Thérapie Familiale*, 32, (2), pp. 275-291. …… 41

Dellucci, H. & Tarquinio, C. (2015). L'EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – au service de la thérapie systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 55,* pp. 59-90. De Boeck. ……. 75

Dellucci, H. & Bouvier, G. (sous presse). Les cognitions dans la thérapie EMDR. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann, (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. …….. 109

Dellucci, H. (sous presse). Les techniques d'oscillation – Construire une attention double. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmermann, (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. …… 118

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole EMDR standard inversé. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann, (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. ……. 125

Dellucci, H. (sous presse). Les empreintes précoces. Le retraitement EMDR des mémoires préverbales. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann. (Eds) *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. …… 140

Dellucci, H. (sous presse). Le Protocole des Lettres. Retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées ». In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. ……152

Dellucci, H. (sous presse). Les Traumatismes Transgénérationnels. Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse ... .
In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. ……162

Dellucci, H. (sous presse). La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychothérapie. S'adapter sans se perdre dans la thérapie au travers d'un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : J. Smith, *Psychothérapies de la dissociation et du trauma.* Paris: Dunod. ……..183

Dellucci, H., & Bertrand, C. (2012). Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles. *Revue Thérapie Familiale*, 33 (4) pp. 337 – 355. ……202

Bouvier,G. & Dellucci, H. (sous presse). Empreintes précoces traumatiques et dissociation. In : J. Smith (Ed). *Psychothérapies de la dissociation et du trauma.* Paris: Dunod. …….. 225

Dellucci, H. (2009). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *43*, 2. De Boeck ……. 238

Dellucci, H. (sous presse). Dissociation et traumatismes transgénérationnels. Trouver du sens dans le non-sens en prenant en compte ce qui nous dépasse. In : J. Smith (Ed). *Psychothérapies de la dissociation et du trauma.* Paris: Dunod …….. 262

Dellucci, H. (sous presse). La boîte de vitesses: une structure de traitement EMDR intégrative. S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann. (Eds).*Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. ……..... 286

Bouvier, G. & Dellucci, H. (sous presse). Les traumatises vicariants. In : C. Tarquinio, M. J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann. (Eds). *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod. …….. 321

Plan de ciblage étendu …… 332

Dellucci, H. (2014). Psychotraumatologie Centrée Compétences. *Revue Thérapie Familiale*. 34 (4). pp 193-…… 336

Curriculum Vitae de Ressources …… 371

ANNEXES

Dellucci, H. (2012). Les empreintes traumatiques précoces. Déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources. In : R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Paris : Dunod.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Les empreintes traumatiques précoces

Déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources

Par Hélène Dellucci

L'importance des interactions du début de la vie est reconnue à travers de nombreux courants psychologiques. Qu'il s'agisse de développement, d'attachement, de socialisation, de construction du Moi ou d'apprentissages fondamentaux, la qualité relationnelle qu'un enfant peut avoir avec son environnement est primordiale pour lui donner des bases sécures et des ressources pour s'épanouir et réussir sa vie.

Introduction : Pourquoi parlons-nous d'empreintes précoces ?

Nous entendons par empreintes précoces des traces mnésiques préverbales, qui se sont inscrites avant l'âge de trois ans, c'est à dire à une époque préverbale, où l'articulation symbolique de la parole n'est pas encore acquise. Il s'agit donc de mémoires non incluses dans le traitement sémantique, qui a trait au langage, au récit, à la construction biographique. Le matériel stocké est davantage iconique, implicite, non relié à la conceptualisation, uniquement éprouvé. De ce fait, nous ne pouvons parler de souvenirs. Ces mémoires ne peuvent être identifiées rationnellement, mais existeraient dans des structures archaïques du cerveau, en lien avec le corps sous forme d'empreintes sensorielles.
La mise en relief par la parole n'est bien sûr pas interdite, qu'il s'agisse d'intuitions ou bien de mises en contexte à partir d'éléments partagés par des membres de la famille. Pourtant, très souvent, la parole autour d'événements de la petite enfance est déconnectée de l'éprouvé. Les raisons peuvent être multiples :

- Le fonctionnement dissociatif : si ces éprouvés sont traumatiques, il n'est pas rare, que le récit familial, s'il y a, soit vécu comme dissocié des sensations repérables. La personne peut relater un décès survenu autour de sa naissance, et qui a été traumatique pour la famille, ou bien une tentative de suicide de sa mère lorsqu'elle avait un an, mais cela reste de l'ordre du récit factuel, non relié à l'émotion, ni aux sensations. Dès lors, il est possible que l'émotion dissociée soit ressentie plutôt par l'entourage ou bien par un thérapeute empathique. Pour la personne affectée, ces empreintes restent cependant sous le sceau de l'amnésie protectrice.
- Il existe une fausse idée largement répandue, selon laquelle ce que vit un bébé, ne peut être stocké. Jusqu'au début des années quatre vingt et avant, le monde soignant partageait l'idée, selon laquelle un nouveau-né ne pouvait pas ressentir de douleur, au vu de l'immaturité de son système nerveux. Heureusement, de nos jours, ces considérations ont été reconnues obsolètes. Cependant, l'idée est tenace, que ce qui s'est passé à un âge précoce n'a ni besoin d'être évoqué, ni parlé, étant donné l'absence de souvenirs conscients de cette période du début de la vie. La personne affectée n'a pas d'accès explicite à sa mémoire, et ne peut donc pas questionner précisément ces événements. Des émotions encore fortes, comme la honte, accompagnant certains événements, empêchent de mettre des mots sur des expériences qui ont laissé une blessure traumatique. Parfois les

personnes qui pourraient témoigner sont elles-mêmes touchées par l'amnésie, ou par le déni.

- Si des empreintes traumatiques existent, celles-ci sont devenues familières pour la personne, qui a du se construire malgré elles, et pour l'entourage de l'époque. Aujourd'hui, certains cliniciens suggèrent la dimension nosologique de « Troubles Traumatiques du Développement » (Van der Kolk, 2005, 2007 ; Van der Kolk et coll., 2009). A l'âge adulte, la comorbidité s'étend bien au delà. Il est fréquent, que les personnes développent des troubles de la personnalité, des troubles dissociatifs, des addictions, des tableaux de dépression chronique, pour n'en citer que les plus courants. Ces tableaux cliniques font souvent état d'expériences adverses précoces, de traumatismes multiples et complexes, impliquant des styles d'attachement insécures, des troubles massifs de l'estime de Soi, et une difficulté dans les relations interpersonnelles. La tolérance à l'affect est souvent très faible pour certaines émotions, comme la peur, la honte, ou la panique de perdre l'attachement, ainsi que le contrôle de l'impulsion.
  Si les personnes arrivent à se construire suffisamment pour parvenir à fonctionner tant bien que mal avec ce que la société leur demande, il n'est pas rare qu'il existe un malaise ressenti comme vague, qui va de pair avec une tendance à se négliger et se maltraiter. Ceci au prix d'une ambition extrême, de conduites d'échec ou compensatoires, qui mènent rarement à la vie souhaitée.
- Un facteur non négligeable peut être constitué par une pensée déterministe de la part des professionnels de santé mentale, qui, sachant l'importance des enjeux développementaux de l'âge précoce, pourraient avoir tendance à considérer la personne comme immuablement marquée par un passé indélébile. Si nous sommes d'accord avec le fait que nous ne pouvons changer le passé, ni ce qui a pu se produire, nous restons cependant confiants dans la plasticité des structures cérébrales sous-corticales, ainsi que dans la capacité du cerveau à établir des connexions, et donc à pouvoir se relever d'empreintes traumatiques précoces, aussi invalidantes puissent-elles paraître.

Comment pouvons-nous alors appréhender des phénomènes aussi perturbateurs que difficiles à saisir ? Est-il possible d'apprendre plus tard dans la vie, ce qui n'a pas pu se développer à un âge aussi charnière ?

Neurobiologie des empreintes traumatiques précoces

La raison pour laquelle nous tenons à écrire ces lignes est que nous pensons que tout traumatisme est par essence guérissable. Le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (Shapiro, 2001) nous enseigne que toute expérience peut être vue sous la forme d'un réseau neuronal, entre différentes aires cérébrales impliquées dans le traitement de l'information. L'hypothèse est faite que les réseaux traumatiques n'ont souvent pas de connexion avec les aires préfrontales, et restent dans un fonctionnement sous-cortical, c'est à dire plus archaïque et non-contrôlé. La charge émotionnelle impliquée et stockée dans ces réseaux provoque une réaction de survie, dès lors qu'un élément déclencheur dans l'environnement en suscite l'activation. Cette réaction de survie comporte à la fois des effets physiologiques et hormonaux, ce qui provoque une inhibition du lobe préfrontal, au bénéfice de réactions orthosympathiques de fuite ou de lutte. Dans le cas où la menace continue, et que le système s'épuise ou n'a que peu d'énergie ou peu de possibilité pour fuir ou lutter, alors une réaction parasympathique dorsale (Porges, 2001, 2011) viendra provoquer une sous-activation physiologique. Une réaction de survie extrême survient alors, avec des sensations de perte de force dans les

membres, une chute de tension artérielle, une chute de la fréquence cardiaque, une respiration extrêmement superficielle, et un arrêt pur et simple des fonctions cérébrales corticales, au bénéfice d'un fonctionnement au niveau du tronc cérébral, qui lui-même est perturbé. Des recherches en neuroimagerie (Lanius et coll., 2003) montrent bien ce contraste entre sur-activation et sous-activation physiologiques, consécutives à des réactions de type orthosympathique et de dissociation péri-traumatique, suggérant ainsi deux types de syndromes post-traumatiques (Lanius et coll. 2007), l'un se montrant de manière classique par des réactions émotionnelles fortes, l'autre apparaissant sous des signes plus discrets de sous-activation physiologique. Ce sont ces dernières manifestations que nous observons régulièrement, lorsque nous abordons les empreintes précoces en utilisant un protocole EMDR[1] spécifique (O'Shea, 2001, 2009).

Il va sans dire que plus la personne est jeune au moment de l'occurrence d'expériences adverses, plus le système physiologique est dépassé rapidement et plus la réaction parasympathique dorsale est probable. D'autre part, nous savons bien que les expériences adverses n'attendent pas que nous ayons un âge précis pour survenir. Les services de PMI, de Sauvegarde et d'Aide à l'Enfance nous apprennent que les expériences adverses ont lieu dès le début de la vie, parfois-même in utéro. Des recherches sur les rongeurs ont montré que les carences de soins maternels ont un effet durable sur les structures cérébrales et hormonales impliquées dans la gestion du stress (Liu et coll., 1997 ; Francis et coll., 1999). Ces auteurs suggèrent des mécanismes épigénétiques, c'est à dire que c'est l'expression des gènes qui est touchée. D'autres auteurs, tout en soutenant cette thèse, indiquent que ces effets sont stables jusque dans la vie adulte (Weaver et coll. 2004). Ces chercheurs rapportent, que ces données ne se limitent pas aux animaux, mais peuvent également être retrouvés chez les humains (Weaver et coll., 2004 ; Szyf et coll. 2005), notamment par le biais de recherches sur les personnes s'étant suicidées (McGowan et coll., 2008, 2009). Le syndrome du bébé secoué, par définition est une expérience dans laquelle sont impliqués au moins un parent dépassé et le bébé en détresse. Lorsqu'on explore des dimensions familiales et transgénérationnelles, il apparaît très souvent que les fragilités décelées peuvent être repérées également dans les générations précédentes (Dellucci, 2009). Ici, les expériences de débordement émotionnel et physiologique se conjuguent avec des défauts d'attachement et des réactions post-traumatiques, faites d'évitement, de silence, de honte, de déni. Ces stratégies sont loin d'une possible intégration, permettant de dépasser l'expérience si retentissante. Face à ce tableau très noir, il apparaît comment les personnes touchées, qui sont restées en vie et ont pu grandir malgré cela, développent ainsi des mécanismes de survie extrêmement ingénieux, souvent passés sous silence. En tant que professionnels de la relation d'aide, nous avons donc la responsabilité de mettre en lumière ces éléments précieux, qui non seulement vont teinter la relation thérapeutique, mais qui doivent être vus comme des ressources spécifiques, appartenant au style de la personne pour faire face, et ce depuis le début de sa vie. Ce dont nous pouvons être sûrs, c'est que ces stratégies de survie ont fonctionné. Il est donc évident, que la personne y aura recours, dès qu'elle se sentira en insécurité.

[1] EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 2001) pourrait être traduit en français par Désensibilisation et Réintégration Neuro-Émotionnelle par le Mouvement des Yeux (Servan Schreiber, 2003). Il s'agit d'une des thérapies les plus efficaces pour le traitement des traumatismes psychiques. Pour en savoir plus, nous renvoyons le lecteur intéressé au site de l'Association EMDR France : http://www.emdr-france.org/

Les considérer comme éléments de survie précieux, pourrait contribuer à préserver le professionnel d'un contre-transfert difficile et massif (Dellucci & Wolf, 2011).

La fenêtre de tolérance : zone d'activation physiologique optimale pour intégrer l'expérience

Ce concept, développé par Siegel (1999), puis Ogden & Minton (2000, 2006), nous est particulièrement précieux en psychotraumatologie, car il permet de prendre en compte la dimension de l'activation physiologique, quelque soit le contenu abordé. Cette lecture très près du corps et de ses réactions les plus archaïques trouve toute sa pertinence lorsque nous abordons des contenus préverbaux, qui par nature, restent dans une dimension sensori-motrice.
Lorsque nous nous trouvons dans notre fenêtre de tolérance, nous sommes en contact avec autrui, la physiologie se régule et le cerveau, entre autre, peut intégrer l'expérience vécue et apprendre. Il s'agit de l'état que Steven Porges (2001, 2011) appellerait activation parasympathique ventrale, un état où le système physiologique est en équilibre, et qui rend l'attachement sécurisé possible. En suivant le déroulement d'une vague émotionnelle, en général, même lors d'abréactions importantes, l'activation physiologique se régule. Cela permet à la personne en thérapie, de transformer le réseau neuronal traumatique, en évacuant la charge émotionnelle devenue inutile lors des circonstances sécurisées actuelles, en créant des liens synaptiques avec les réseaux ressources. Si nous sortons de notre fenêtre de tolérance, le ressenti émotionnel peut nous amener à une sur-activation, en passant par différents degrés. Lorsque nous approchons des limites d'intégration, l'apprentissage s'arrête, et nous avons tendance à revenir à des réflexes de survie. Alors nous ne sommes plus en lien, donc plus en lien avec le thérapeute. Le thérapeute averti reconnaîtra une courbe émotionnelle qui ne suit pas un dessin en vague comprenant un pic, puis un apaisement. Plus la personne est en crise, plus la fenêtre de tolérance est réduite. Lorsque celle-ci n'est pas suffisante, un travail préalable sera nécessaire (O'Shea, 2009 ; Dellucci, 2010), avant d'aborder le contenu traumatique. Une tolérance à l'affect suffisante permettra de contenir l'activation émotionnelle et physiologique correspondante, et permettra au système de se réguler et de s'apaiser. Les émotions qui peuvent mener à une sur-activation sont la peur, la colère et la panique de perte d'attachement. Celles qui provoquent des vécus de sous-activation sont la honte, la terreur, la tristesse. Les recherches en neurophysiologie et en physiologie sont unanimes pour dire que d'abord nous sur-activons, et qu'ensuite, si le danger ne passe pas, il y a une sous-activation (Porges, 2001). La durée de la sur-activation dépend de la force physique de la personne, étant donné que cet état est très couteux en énergie. Il semblerait qu'en moyenne, les hommes soient capables de sur-activer plus longtemps que les femmes, et ce pour des raisons de complémentarité sociale : les mâles des premières hordes défendaient le groupe, les femelles avaient pour tâche de cacher les petits. Plus un enfant est jeune lorsqu'il fait des expériences adverses, plus la tendance à sous-activer va être forte. Cependant, l'explication post-traumatique n'est pas la seule cause reconnue pour provoquer des empreintes traumatiques précoces. Nous savons aujourd'hui que lorsqu'un tout petit grandit dans un milieu fait d'hostilité et d'indifférence répétées, les séquelles post-traumatiques sont importantes et complexes, le plus souvent accompagnées de troubles dissociatifs et d'attachements désorganisés (Lyons-Ruth et coll. 2005).

Cette distinction faite par Vermetten, Dorahy et Spiegel (2007) nous permet de comprendre les éléments dissociatifs dans leur dimension phénoménologique. Ces trois niveaux permettent au clinicien d'avoir des repères clairs pour orienter ses actions en fonction des éléments surgissant au cours du processus thérapeutique :

1. Le premier niveau est la dissociation **sous forme de symptôme.**
   Il s'agit simplement d'informations contenues dans un réseau neuronal, le plus souvent provenant d'un vécu de dissociation péritraumatique. Les éléments de sous-activation, contenus dans les empreintes traumatiques précoces, vont souvent apparaître sous cette forme. La tâche du thérapeute sera de vérifier le contact avec le patient, de le soutenir et de continuer le retraitement. Il sera important d'orienter l'attention de la personne vers le moment où ces éléments régressent. Si tel n'est pas le cas, ou si le contact relationnel se perd, alors il sera important de considérer le deuxième niveau.
2. La dissociation apparaissant **dans le processus relationnel**.
   Le thérapeute attentif se rend compte qu'il commence à perdre le contact avec le patient. Il est important alors de stimuler la personne sans attendre, en commençant avec des exercices d'ancrage à tisser dans le processus de travail, et de vérifier le temps de réaction, par exemple : demander à la personne si elle sent bien ses pieds dans les chaussures, tout en observant ses mouvements. Si la réaction est immédiate, et que la personne bouge ses pieds dès que le thérapeute le lui demande, le contact est bon. Toute hésitation ou réaction plus longue doit donner lieu à davantage d'exercices d'ancrage, jusqu'à rétablir un contact et un sentiment de sécurité suffisants. Le processus de retraitement est alors interrompu. En cas de dissociation apparaissant dans le processus relationnel, il est important de stopper la sous-activation immédiatement. En cas de défaut, cette réaction extrême peut aller jusqu'à une bradycardie et une chute de tension artérielle importantes. Chez les enfants, cela peut aller très vite. La tâche du thérapeute sera toujours de stimuler la personne, physiquement, en lui demandant de participer, sans laisser s'installer la sous-activation, et de stabiliser ensuite.
   La reprise du travail sur le traumatisme ne reprendra que si la personne est suffisamment stable, et d'abord sous forme de techniques d'oscillation (Levine, 1997 ; Twombly, 2000 ; Fine & Berkowitz, 2001 ; Knipe, 2009), lui permettant d'apprendre ou de renforcer sa capacité à maintenir une attention double.
3. Le troisième niveau est la **dissociation sous forme de trouble de la personnalité**.
   Il s'agit d'un trouble dissociatif pathologique, à ne pas confondre avec des phénomènes d'absorption. La théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) décrit cette forme de dissociation pathologique en distinguant entre deux types de fonctionnement : d'une part un fonctionnement « apparemment normal », orienté vers les tâches de la vie quotidienne, la survie de l'espèce, le futur, et d'autre part un fonctionnement d'ordre émotionnel, en lien avec des vestiges traumatiques, orienté vers la survie individuelle, en réponse à des menaces existentielles.
   Ces mécanismes de survie individuelle, lorsqu'ils sont déclenchés, se présentent grossièrement de deux ordres : d'une part un fonctionnement émotionnel « contrôlant » qui manifeste une phobie de l'attachement, mûe par une prédiction du type « si je m'attache, ça va mal se passer », et un fonctionnement émotionnel

> dit « de victime », tellement en manque de besoins inassouvis, notamment de besoins d'attachement, et qui pousse vers une proximité plutôt qu'une sécurité. Le résultat est un conflit incessant et paradoxal entre la peur de s'attacher et la panique de perdre l'attachement (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Les niveaux de dissociation ultérieurs incluent les premiers. Si la personne se déconnecte de la relation de manière répétée, cela est à comprendre comme une sortie de la fenêtre de tolérance, et il sera important de retourner vers un travail dont le but est une amélioration de la tolérance à l'affect (Dellucci, 2010, O'Shea 2009). Cela peut concerner une appréhension particulière ou une émotion intolérable qui surgit et à laquelle il faudra prêter attention. Si des fonctionnements dissociatifs pathologiques apparaissent, le retour vers un axe de stabilisation est nécessaire. Cela inclut un travail d'exploration de ces réseaux neuronaux particuliers, qui se comportent comme une carapace fermée et autonome par rapport au reste du psychisme. Ce travail devra se faire avec précaution parce qu'en général, la partie de la personne fonctionnant au quotidien a développé une forte phobie pour ce fonctionnement émotionnel (Van der Hart et coll. 2006). Un travail de reparentage visera à dépasser cette phobie, et permettra de créer un lien de coopération suffisant. La psychopédagogie pourra être utile également.

Travailler à retraiter les empreintes précoces revient à s'adresser à un niveau de souvenirs source supposés en deçà de l'installation de la dissociation. Cela implique que nous considérons les troubles dissociatifs consécutifs à une traumatisation, même précoce, comme appris, et donc sensibles au retraitement. Cela fonctionne bien si la tolérance à l'affect est suffisante. Il arrive cependant, qu'un fonctionnement dissociatif pathologique émerge au cours du travail, nécessitant des interventions spécialisées. Nous encourageons le clinicien à se former suffisamment pour rester efficace par rapport à ce type de phénomènes.

Phénoménologie des empreintes précoces et indications

Nous savons que les traumatismes familiaux provoquent des défauts d'attachement de la part des parents à l'égard de leurs enfants, soit parce que les capacités d'attachement et de prendre soin sont directement touchés, soit parce que les parents, au moment où ils sont activés par un déclencheur, si celui-ci les mène hors de leur fenêtre de tolérance, ne peuvent pas soutenir leur enfant dans ce moment crucial. Les parents, même les plus attentionnés par ailleurs, lorsqu'ils sont aux prises avec leurs propres séquelles post-traumatiques, ne peuvent pas répondre au besoin de l'enfant, qui serait d'être apaisé, conforté dans le fait qu'il s'agit d'une histoire qui a été difficile, mais que maintenant les choses sont à nouveau en ordre. Des parents débordés peuvent être en manque d'empathie, ce qui provoque des ruptures d'attachement. Les enfants par contre, même tout petits, restent dans une empathie sans pareil, s'attachant malgré eux, car il en va de leur survie.

Comme ces enfants sont bien outillés, qu'ils ont des ressources, en grandissant, ils font face tant bien que mal. Cependant en grandissant avec ces empreintes, il se peut que leur personnalité ou leur fonctionnement s'organise autour de ces empreintes traumatiques. La particularité des empreintes traumatiques précoces, c'est qu'elles deviennent familières, au point qu'on ne les distingue plus du fonctionnement général.

Très souvent, nous voyons arriver en thérapie des personnes adultes en demande d'aide, se plaignant d'un sentiment vague de malaise, de dépressions répétées, d'un mal-être qu'ils n'arrivent pas à qualifier autrement. S'ils sont en mesure d'être plus précis, ils

disent ne pas être capables de mettre des limites, qu'ils se mettent en danger. Il n'est pas rare de voir des personnes qui souffrent d'une timidité telle, qu'elle dépasse la seule phobie, ou qui ont tendance à avoir des troubles de l'estime de Soi envahissants. Ou encore ils n'arrivent pas à développer des attachements sécures, des relations de couple durables.

C'est ainsi que Sylvie, 35 ans, cadre de santé, formule son problème qui l'amène en thérapie. Accompagnée d'une vague sensation de blocage, elle évoque : « J'avais toujours dans l'idée de fonder une famille. Là j'ai trente cinq ans, et si je ne fais rien, je ne vais pas y arriver. » Plusieurs femmes se sont retrouvées en consultation avec cette demande qui semble dissociative, car elle ne concerne pas tant le fait d'être en couple. Le conjoint existerait, mais presque de manière fonctionnelle, non investi d'un quelconque désir, comme si cette dimension était restée muette.

Nous proposons à toutes ces personnes, que leur demande comporte des aspects dissociatifs ou non, d'aborder les empreintes précoces. Nous proposons aussi ce type de travail, lorsqu'il y a eu des événements potentiellement traumatisants dans la petite enfance, autour de la naissance, voire même avant, tant pour la famille, que pour les personnes venues consulter.

Katie O'Shea, qui est l'auteur de ce protocole EMDR spécifique (2001, 2009) propose une liste d'indications plus précise, qui comporte l'adoption, des placements multiples, si la grossesse ou/et l'accouchement ont été traumatiques, si la mère a été en détresse physiquement ou émotionnellement pendant la grossesse, l'accouchement ou après, s'il y a eu des difficultés dans le développement, des hospitalisations ou des chirurgies précoces, des maltraitances ou des négligences connues, s'il y a eu un syndrome d'exposition à l'alcool du fœtus, un trouble de l'attachement, des troubles autistiques, un syndrome d'Asperger, des troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité, des troubles du sommeil, de l'alimentation ou de l'élimination, s'il y a ou il y a eu des détresses émotionnelles envahissantes, des symptômes dissociatifs, des somatisations un discours incohérent ou bien toute intuition que le malaise puisse être en lien avec une période ressentie comme précoce.

Comment, concrètement, aborder les empreintes précoces ?

Aborder les empreintes traumatiques précoces dans un cadre approprié et limité permet de traiter celles-ci, sans qu'elles ne fassent irruption de manière imprévisible et incompréhensible lors du travail sur un autre souvenir, ou bien qu'elles mènent à une déstabilisation en continuant de sous-alimenter un vécu dont la charge émotionnelle ne baisse pas.

Rappelons que le retraitement des empreintes précoces, dans la plupart des cas, se concentre sur des mémoires préverbales traumatiques. En l'absence d'empreintes traumatiques, ce qui arrive rarement, ce travail se résumera à un protocole de ressources.

Il est primordial, que la personne ait pu marquer son accord pour travailler sur ses empreintes précoces. Nous supposons une stabilisation suffisante, et qu'au préalable ait été questionnée la dimension d'une appréhension perturbante, et s'il y a, que celle(s)-ci ai(en)t déjà pu être retraitée(s). Nous supposons aussi la vérification ou l'installation d'une tolérance à l'affect suffisamment contenante.

Une fois que le thérapeute s'est rendu prédictible, le travail peut commencer. Trois périodes de vie seront abordées l'une après l'autre : la période fœtale, la période néonatale et celle allant de zéro à trois ans. Même si nous n'avons pas de souvenirs conscients de ces étapes de notre vie, Katie O'Shea, l'auteur de ce protocole, nous

indique que s'il y a des empreintes traumatiques précoces, elles émergent lorsqu'elles sont ciblées. Nous confirmons cela, pourvu que la personne se sente suffisamment en sécurité.

Le ciblage se fait en demandant au patient de penser à une période donnée et à lui-même « en tant que » fœtus, nourrisson ou petit … [2], p.ex : « veuillez penser à vous, en tant que fœtus, porté par votre mère, dans son ventre, pendant la grossesse ». Ce qui émerge peut être de l'ordre de contenus émotionnels, sensoriels, mais aussi des images, des impressions, des pensées. Nous entendons fréquemment des expressions comme : « Ma mère se demande si elle va avorter », « Mon père n'est pas du tout content », « une sensation d'agitation », « rien, c'est noir », « une impression d'immobilité » allant de pair avec des symptômes d'hypoactivation, qui ne sont pas rares. Ces contenus peuvent être associés à des sensations physiques comme des acouphènes, des tensions, des sensations de froid, ou bien un mouvement particulier, une sensation de cordon ombilical autour du cou. Etant donné la nature préverbale des empreintes, nous centrons notre attention sur les traces mnésiques émergeant dans le corps. Nous demandons régulièrement à la personne de localiser son ressenti corporel et de le suivre. Tant que le corps est actif, il y a un processus en cours, et le retraitement continue. Rappelons que la centration sur les sensations du corps permet également de fractionner le retraitement.

Le contenu, quel qu'il soit, est secondaire pour le thérapeute. Ce dernier ne peut s'associer à la recherche de souvenirs précis. Le contenu est affaire du patient uniquement. Ce dernier est parfois désireux de questionner et discuter des éléments qui ont émergé en séance, avec des personnes proches. Nous informons la personne que ce qui émerge peuvent être des choses qui ont été vécues, perçues, des éléments qui peuvent avoir été transmis, captés, ou reconstruits. Mais nous ne pouvons pas en déterminer la nature exacte. Pour nous thérapeutes, ce qui se présente en termes de contenu, ce sont des éléments existant dans le psychisme de la personne, qui traite l'information. Nous invitons la personne à laisser se dérouler le processus comme il se présente, à ne pas juger, ni guider ce qui émerge.

Parfois, les abréactions peuvent être impressionnantes. Comme pour d'autres manifestations émotionnelles, il sera important que le thérapeute puisse offrir un accompagnement soutenant et calme, permettant ainsi à la personne d'évacuer les traces mnésiques et l'émotion, tout en restant dans sa fenêtre de tolérance.

A la fin d'un canal associatif, deux éléments neutres ou positifs, qui ne changent plus, amènent le thérapeute à retourner vers la cible, c'est à dire à reposer la question de départ. D'autres éléments associatifs émergent alors, et le travail de retraitement continue. La personne chemine ainsi jusqu'à la fin du retraitement de cette période, pour aboutir à une sensation du corps calme et présent et à une représentation largement partagée. Pour la période fœtale, il s'agit pour la plupart de l'image d'un fœtus comme on peut la voir dans des documentaires. L'impression qui accompagne cette image est que ce fœtus va bien, qu'il mène sa vie de fœtus tranquillement, sans plus d'autres associations.

La continuité du travail se focalisera sur la période néonatale, en demandant à la personne de penser à soi-même, « en tant que nourrisson ». Le retraitement continue selon le même cheminement que pour la phase fœtale. Il arrive souvent, que les associations et les ressentis de cette période soient plus forts, sans que cela ne gène le

[2] Pour la période de 0 à 3 ans, nous utilisons le prénom usuel de la personne. Pour Sylvie la consigne aura été : « veuillez penser à vous en tant que petite Sylvie, de 0 à 3 ans » …

cheminement. La fin de cette phase néonatale est caractérisée par des sensations du corps calme et une représentation partagée, le plus souvent en termes d'un nourrisson calme, endormi ou éveillé.
La période entre zéro et trois ans mène à des représentations plus spécifiques de la personne. Dans la majorité des cas, elle se voit en tant qu'enfant de cette époque, jouant calmement, avec la sensation d'un corps calme et présent.
Les stimulations bilatérales, utilisées dans le travail sur les phases fœtale et néo-natale, se font par des tapotements. Si des personnes n'aiment pas être touchées au niveau des genoux, le thérapeute pourra faire des tapotements doux sur les mains, posées sur un support. Tous les ajustements du thérapeute afin d'augmenter le confort physiologique de la personne, renforcera la relation de soutien et ainsi la fenêtre de tolérance.
A la fin d'une séance, nous demandons aux personnes de confiner le matériel restant, pas encore retraité, dans un contenant, installé préalablement pendant la phase de stabilisation. Nous terminons par un exercice d'apaisement et un débriefing comme il se fait classiquement en EMDR.
Le temps du retraitement des empreintes précoces prend en moyenne entre trois et quinze séances. Il n'est pas possible d'en prédire le nombre a priori. Cela dépendra du nombre d'empreintes travaillées et de la longueur des canaux associatifs. Il est possible que le retraitement des empreintes précoces prenne plus de temps, notamment lorsqu'émergent des fonctionnements dissociatifs. Dans un dispositif de thérapie intensive ce temps est généralement raccourci.

Extraits d'une séance de retraitement pendant la phase fœtale : Marie-Odile

L'exemple de Marie-Odile permet d'illustrer un déroulement typique de retraitement pendant la phase fœtale. Très souvent, ce processus n'est pas tant explicité.
Marie-Odile, une professionnelle en santé mentale, était venu consulter avec les symptômes de troubles de l'estime de Soi, un sentiment d'usurpation de vivre, de n'exister qu'en tant que professionnelle, d'utiliser des stratégies coûteuses pour faire face, qui l'ont épuisée.
Cette retranscription est le fruit du travail à sa seizième séance. Il y a déjà eu quatre séances de retraitement des empreintes précoces, de la 9ème à la 13ème séance. La 14ème séance a été consacrée à une appréhension de parler en public, devenue invalidante à ce moment-là. A la fin de cette séance, cette appréhension est devenue gérable. Pendant la 15ème séance, nous avons été amenées à travailler sur un sentiment de tristesse envahissant, lié à l'approche d'une période familiale de « nid vide ». A la 16ème séance le retraitement sur les empreintes précoces reprend. Nous en sommes à la phase fœtale :

Thérapeute : Quand vous pensez à vous, en tant que fœtus, porté par votre maman, dans son ventre, pendant la grossesse, qu'est-ce qui vous vient maintenant ?

Marie-Odile : (montre sa gorge) j'ai la gorge serrée

Thérapeute : Concentrez-vous sur la gorge. Est-ce que je peux toucher vos genoux ?
(MO acquiesce)
(le thérapeute fait des SBA[3])

Marie-Odile : Une hypersalivation. Ça me fait penser à ma sœur handicapée, qui salivait beaucoup

[3] SBA : stimulations bilatérales alternées du corps, un procédé communément utilisé en EMDR.

Thérapeute : Et votre gorge ?

Marie-Odile : Il y a encore un peu

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA), prenez une respiration. Que remarquez-vous maintenant ?

Marie-Odile : Des sensations d'appui sur ma tête et les épaules, des restes dans la gorge, je salive

Thérapeute : Est-ce qu'il y a des images ou des pensées qui vont avec cela ?

Marie-Odile : Je pense à mon père, ce qu'il a vécu, je sens toujours ma bouche, et des manchettes sur les avant-bras, ils sont douloureux.

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA), prenez une respiration. Que remarquez-vous maintenant ?

Marie-Odile : Toujours les avant bras douloureux, et j'ai une peur qui arrive ici (montre le plexus)

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA),

Marie-Odile : Des douleurs de migraine, sur le crâne à gauche (touche partie avant gauche de la tête), j'ai de la nausée, toujours les douleurs aux avant-bras, plus forts à gauche qu'à droite, des vertiges.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration. Que remarquez-vous ?

Marie-Odile : J'ai l'impression d'être dedans. J'ai des douleurs sur tout le côté gauche, et dans le bas du dos.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : Ça s'apaise. Il y a des restes dans les mains, les poignets, une pression lumineuse sur le visage, à gauche, et les épaules pesantes.

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA). Et maintenant

Marie-Odile : (fait une abréaction) J'ai l'impression de manquer d'air .

Thérapeute : Laissez-vous sentir cela, je vous accompagne. (fait des SBA) Prenez une grande respiration (thérapeute respire avec Marie Odile) Qu'est-ce qui vous vient ?

Marie-Odile : De l'apaisement. Une petite barre dans le ventre, les douleurs toujours plus importantes à gauche qu'à droite.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : C'est pareil dans les avant-bras. La peur a diminué, je respire mieux, je suis comme en attente.

Thérapeute : Très bien, continuez avec ça. (fait des SBA)

Marie-Odile : Je ne suis pas confortable, ça m'appuie derrière la tête et ça me fait pencher, j'ai des vertiges, de la nausée.

Thérapeute : Continuez avec ça, je vous accompagne. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : Il y a toujours des restes de la douleur à gauche, j'ai l'image d'un crâne qui s'ouvre comme une noix, une coquille vide.

Thérapeute : Et les douleurs dans le corps ?

Marie-Odile : C'est un petit peu mieux, je n'ai plus de douleurs, il reste une pression sur les épaules et la partie gauche du crâne.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Respirez.

Marie-Odile : (sursaute) J'ai senti toute mon enveloppe corporelle, un frisson, ma peau est une sorte de gangue un peu épaisse.

Thérapeute : Comme si vous étiez à l'étroit ?

Marie-Odile : Oui, il y a peu d'espace à l'intérieur. Cette peau est épaisse, elle me gêne.

Thérapeute : Continuez avec ça, laissez-vous simplement sentir cela. (fait des SBA), Prenez une respiration.

Marie-Odile : J'ai l'impression d'avoir de grosses bottes lourdes, qui pèsent une tonne. J'ai de grosses manchettes lourdes et une pression sur la nuque.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Respirez.

Marie-Odile : (se redresse) Je sens un redressement, une légèreté sur mon visage et sur le dos de mes mains, le bas est toujours lourd.

Thérapeute : Très bien, continuez avec ça. (fait des SBA)

Marie-Odile : L'allègement continue, mon pied droit est douloureux.

Thérapeute : Y a-t-t il des images ou des pensées qui vont avec ça ?

Marie-Odile : Je pense à mon père.

Thérapeute : Continuez avec ça (fait des SBA) Et maintenant ?

Marie-Odile : Les mêmes sensations, le lourd, le léger. J'ai une pensée : Je peux tenir debout. Pas d'images.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA) Prenez une respiration.

Marie-Odile : Ma mère ne m'a pas eu trois semaines après la naissance, mais ce n'est pas la réalité.

Thérapeute : Continuez avec ça. (fait des SBA). Et maintenant, qu'est-ce qui vous vient ?

Marie-Odile : Je sens une oppression (montre le haut du sternum). Je suis nue contre elle, contre son sein, mais elle n'est pas contente, comme si je dérangeais.

Thérapeute : Là on repart sur autre chose. Est-ce que je peux vous demander de mettre cela, et tout ce qui n'est pas encore fini de retraiter, dans votre contenant ?

Marie-Odile : (acquiesce, s'exécute, puis respire).

Thérapeute : Comme nous arrivons en fin de séance, je vous propose que nous reprenions cela la prochaine fois. (MO acquiesce) Avez-vous réussi à tout mettre dans le contenant ?

Marie-Odile : (se concentre à nouveau, sourit) Ça va pas mal.

Thérapeute : Maintenant je vous propose de retourner faire un tour dans votre lieu sûr.

Marie-Odile : (ferme les yeux, prend une grande respiration, sourit), OK.

Thérapeute : Très bien. Comme d'habitude, il peut y avoir des choses qui vous viennent, des rêves. Je vous propose, que s'il y a des choses qui émergent, de les mettre dans le contenant, et nous en reparlerons la prochaine fois. Est-ce que ça va si nous terminons la séance maintenant ?

Marie-Odile : Très bien.

Particularités à prendre en compte pendant le retraitement des empreintes précoces

Le travail sur les empreintes précoces est un travail qui se fait par thèmes. Ainsi, le travail sur la phase fœtale amène souvent des thèmes autour de la notion d'existence-

même, quel que soit le contenu mis en lien par rapport à cela. Il n'est pas rare de voir ensuite des associations dont le contenu concerne différents moments de la vie. Cela peut aller jusqu'à la vie quotidienne. Leur point commun est qu'elles sont organisées autour de cette thématique.

Outre les événements qui ont pu être identifiés et parlés, se traitent en général pendant la période néo-natale des thèmes autour de l'attachement, et de la place reçue dans la famille, tandis que pendant la phase de zéro à trois ans émergent des thèmes liés à la capacité de prendre sa place activement. Il ne s'agit là que d'indications générales, observées dans la pratique clinique.

Parfois au cours du travail concernant la période fœtale émergent des contenus transgénérationnels, qui peuvent entraîner des abréactions importantes. Ainsi, Chantal était venue en thérapie pour travailler ses empreintes précoces, en suivant une intuition qu'elle devait avoir perdu un jumeau pendant la phase fœtale, ce qu'elle ressentait à l'origine de son malaise. Lorsque nous commençons la phase fœtale, Chantal est prise par une peine et une détresse importantes, en évoquant qu'elle voit de longues files de gens marchant sur des chemins. A priori nous pouvons penser qu'il ne s'agit pas là d'une trace préverbale. C'est la personne qui trouve du sens par rapport à ses contenus. A ce moment, Chantal indique que sa famille est d'origine arménienne, et qu'elle ressent la peine provenant de l'exode de ses aînés au moment du génocide et du peuple entier auquel elle se sent appartenir. Nous avons retraité ces éléments, comme n'importe quel autre contenu. Par la suite, les manifestations de Chantal ont rapidement évolué vers des contenus cohérents avec des empreintes fœtales, et le retraitement a continué. Il n'a jamais plus été question d'exode, ni de génocide arménien par la suite.

En tant que thérapeute nous nous intéressons moins au contenu qu'au processus, que nous tentons de maintenir actif et continu. Quel que soit le contenu, nous choisissons de le traiter « comme n'importe quelle autre information » et nous continuons les stimulations bilatérales. Il est important voire crucial de ne pas oublier l'attention portée au corps. Nous invitons le thérapeute à résister à toute possible fascination concernant le contenu, car à notre sens, cela ne ferait qu'entraver le processus de retraitement.

Rappelons finalement que la capacité du thérapeute à rester calme et à avoir confiance en ce qu'il fait est très importante, car c'est ce qu'il va transmettre à la personne. Sur le plan de l'apaisement physiologique, l'outil de la cohérence cardiaque peut être ici d'une aide précieuse, non seulement pour la personne, mais aussi pour le thérapeute.

Une autre particularité sur laquelle nous attirons l'attention, sont des images faites de noir ou de blanc, d'immobilité, des sensations de lassitude, d'engourdissement ou simplement une évocation de « rien ». Ces éléments n'indiquent pas une fin de canal associatif, mais constituent des éléments de sous-activation. Lorsqu'une personne passe en mode de sous-activation, elle se distancie de son ressenti tant perceptif que corporel. Cela signifie que ces personnes peuvent avoir une diminution de leurs perceptions auditives et visuelles, ne plus entendre le bruit autour d'elles, ou bien l'entendre de manière sourde, comme s'ils écoutaient à travers du coton, voir comme à travers un brouillard. Elles peuvent devenir insensibles à la douleur, ne plus ressentir ce qui se passe dans leur corps. Ces empreintes sont également encodées et peuvent dès lors émerger lors du retraitement. Par conséquent, lorsqu'elles apparaissent au cours du retraitement, ne ressentir « rien », c'est déjà ressentir plein de choses. Nous vérifions le contact relationnel avec la personne et nous lui demandons de se laisser ressentir cela « comme n'importe quelle autre émotion ». Cette normalisation a pour but de démystifier les sensations ressenties comme bizarres, et leur redonne un statut de pur

ressenti, désensibilisable, tant que la personne reste dans sa fenêtre de tolérance. Nous invitons le thérapeute à suivre très phénoménologiquement ce qui émerge, sans aucune interprétation, ni intervention autre qu'un soutien habituel en EMDR.
Si la personne continue d'indiquer qu'elle ne voit ni ne ressent rien, il est intéressant de rechercher quel mouvement ce « rien » incite dans le corps ? En général, la réponse est : aucun mouvement. Alors le thérapeute peut reprendre la désensibilisation en demandant à la personne de se laisser sentir cette « sensation d'immobilité ».
Lors du retraitement des empreintes précoces, les traces mnésiques de sous-activation sont fréquentes. Nous conseillons au thérapeute de les traiter comme des symptômes dissociatifs, tout en vérifiant qu'il garde bien le contact avec la personne. S'il y a un risque de perdre le contact, ne serait-ce qu'un petit peu, nous conseillons d'ajouter des tissages sous la forme d'exercices d'ancrage. Chez des personnes où un « style de sous-activation » est perceptible a priori, chez ceux qui se comportent de manière complètement effacée, il est important d'installer d'abord un ancrage positif sécurisé dans l'ici et maintenant, permettant un contraste avec le moment où les sous-activations apparaîtront.
Parfois, les personnes vont avoir des mouvements du corps inattendus, ou avoir envie de pousser des cris. Nous avons remarqué qu'il est alors important de leur demander de se laisser sentir l'impulsion du mouvement ou du cri. C'est l'impulsion du mouvement qui va donner l'amorce du réseau neuronal, et ce que nous souhaitons est que les personnes retraitent leurs réseaux neuronaux, sans avoir besoin d'effectuer des passages à l'acte pour cela, aussi minimes soient-ils.
Une autre particularité que nous aimerions souligner est le fait que les empreintes précoces, contrairement à d'autres souvenirs traités en EMDR, ne donnent pas lieu à une continuité de retraitement entre les séances. C'est comme si la capacité naturelle du cerveau à métaboliser l'information ne pouvait accéder à ce matériel. Ceci est une constatation empirique partagée (O'Shea, 2010). Les personnes reviennent aux séances ultérieures en continuant exactement au même point, où le travail s'est arrêté précédemment. Même si le temps entre deux séances est long, cela ne change pas.
Katie O'Shea (2009) évoque l'importance de tissages imaginatifs orientés vers les besoins du tout petit. Elle propose régulièrement aux personnes d'effectuer des actions mentales allant dans le sens de faire de manière imaginaire ce dont le bébé aurait pu avoir besoin, si tout s'était passé normalement. Nous n'avons pas cette habitude, étant donné notre centration prononcée sur le corps et les traces mnésiques. Cependant, en cas de blocage, nous pensons que ce type de tissages peut s'avérer intéressant.

Changements observés, résilience modifiée après consolidation des empreintes précoces

C'est notre tâche de thérapeutes, d'être attentifs aux changements qui peuvent se produire à la suite du travail effectué, de même qu'aux ressources et aux compétences mises en œuvre par la personne entre les séances, ainsi qu'à leurs effets. Comme ces empreintes sont familières pour la personne, les changements peuvent être très discrets quoique fondamentaux. La personne peut mettre en place des modifications de comportements, de réactions, de schémas tout entiers, sans se rendre compte qu'il y a eu changement. Ainsi une phobie peut disparaître en même temps que le souvenir qu'il y ait eu, un jour, cette phobie. Il est même possible que la personne mette en place de nouveaux modes de fonctionnement, des ressources, tout en se disant aussi dysfonctionnelle qu'avant. En accompagnant ces modifications, l'aide du thérapeute consiste à les rendre conscients et explicites.

Les principaux changements après le travail sur les empreintes précoces se laissent regrouper dans trois grandes catégories :

- Une sécurisation des attachements intimes : Les personnes sécurisent leurs attachements, ils deviennent capables de gérer les conflits sans avoir peur que la relation ne se casse. Elles peuvent s'affirmer, trouver leur place dans la relation, tout en gardant la confiance que le lien va perdurer. Les séparations momentanées se gèrent mieux, les personnes semblent moins dépendantes, et montrent une capacité à être seules, ce qu'elles n'avaient pas auparavant.
- Une augmentation de l'assertivité : Les personnes deviennent capables de mettre des limites avec un aplomb et un naturel qui peut même surprendre le thérapeute. C'est ainsi que Julie, affirme avoir dit à son supérieur « qu'elle ne pouvait pas assumer la charge de travail en plus qu'il lui demandait, car elle était déjà surchargée, et que lui en demander plus n'allait pas améliorer la qualité de son travail. Et que de toute façon, si ça allait continuer, elle était prête à se mettre en recherche d'un autre travail. » Prête à passer à autre chose, Julie ne s'était manifestement pas rendue compte de la portée de ce qu'elle avait dit. Venue en thérapie pour des souffrances liées à une énième séparation douloureuse, se plaignant de harcèlement de la part de son supérieur, ce changement était tel, que Julie semblait avoir oublié sa demande première. Elle s'exprimait, comme si ce qu'elle disait allait de soi et que ça avait toujours été ainsi. Ce n'est qu'au moment où le thérapeute lui demande si elle se rend compte du changement depuis ces trois mois, si elle se rappelle de ses propos du début, que Julie, après un moment de silence, sourit et ajoute : « c'est vrai, ce n'est plus pareil ».
  Les personnes semblent avoir davantage conscience de leurs besoins, et les font valoir. Les mises en danger s'arrêtent, les auto-mutilations deviennent plus rares, voire occasionnelles. Dire « non » devient possible, et entamer des négociations pour tenir compte de leurs limites plus probable.
- Une amélioration de l'estime de Soi : Les personnes modifient l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, peuvent accepter de ne pas être parfaites tout en étant capables de se dire qu'elles sont bien comme elles sont. Elles arrêtent de se cacher, peuvent intervenir en groupe. Tout cela comme si cela n'avait jamais été un problème.

Au delà du retraitement, la tâche du thérapeute va donc consister à mettre en lumière ces comportements nouveaux, les effets de ceux-ci sur ce que la personne peut être en mesure de faire par la suite, ainsi que les réactions de l'entourage. Parfois, après les empreintes précoces, des relations de couple et de famille peuvent passer par un moment de crise, du au fait que la personne commence à s'affirmer, à sortir d'une torpeur de sous-activation, à s'affranchir d'une étiquette de porteur-se de symptômes. Cela peut être inconfortable pour un entourage s'étant habitué à quelqu'un d'effacé, cachant ses besoins et ses aspirations. Il n'est pas rare alors que nous invitions les conjoints, plus rarement la famille, en entretien, pour faire le point ensemble. En général, s'il existe des liens d'amour constructifs, de nouveaux repères seront rapidement trouvés et le système se stabilisera. Mais il n'est pas rare que cette crise du changement en entraîne d'autres.

Parmi d'autres modifications, nous notons que les processus dissociatifs deviennent bien plus souples, et la suite des souvenirs traumatiques se traite comme dans le cas des personnes souffrant de traumatismes multiples, c'est à dire l'un après l'autre, simplement, sans heurts ni déstabilisation.

Comme en EMDR classique, une fois que les blocages sont levés, il peut y avoir une dimension d'apprentissage nécessaire. Cela concerne par exemple l'apprentissage de s'occuper de tout petits, surtout si la personne n'est pas parent. Notre pensée va aussi vers ces personnes, qui après des années de relations intimes abusives et empreintes de violences, ont du faire l'apprentissage d'être dans une relation de couple sans emprise, une relation où les interactions bienveillantes prévalent. Cet apprentissage peut en lui-même être déstabilisant parce que non familier.
Katie O'Shea écrit (2006) que ce protocole EMDR s'adressant aux empreintes précoces sert à reconstruire et à consolider les fondations du Moi. Selon elle, les personnes, à la suite de cette consolidation, développent une force du Moi plus importante.
L'auteur du protocole précoce travaille aussi dans le domaine de la prévention des empreintes traumatiques précoces, notamment avec des parents de très jeunes enfants. Par le biais de l'accompagnement parental et beaucoup de psychopédagogie, elle tente d'aider ces parents à s'apaiser efficacement, de façon à maintenir leur enfant dans la fenêtre de tolérance, et qu'ainsi les empreintes traumatiques précoces soient diminuées à la génération suivante.

Conclusion

Pour conclure, nous aimerions souligner à quel point la considération et le traitement des empreintes précoces peut être une démarche puissante, au service de changements fondamentaux chez la personne. Le travail avec plusieurs milliers de patients traités ainsi, nous amène à pousser tout psychotraumatologue à considérer et à aborder cette période cruciale du début de la vie. Les patients qui s'engagent dans un tel travail, montrent des changements fondamentaux de l'ordre d'une sécurisation de leurs attachements, une plus grande prise en compte de leurs besoins, une meilleure capacité à négocier leurs limites et une estime de Soi améliorée et ce de manière totalement intégrée entre le pensée, le ressenti et l'action comportementale.
Il y a près de trente ans, les traumatismes psychiques étaient parmi les tableaux cliniques les plus difficiles à traiter. Aujourd'hui, grâce à des thérapies qui ont fait leurs preuves, tout ce qui est traumatique devient guérissable, même si le nombre et la précocité des expériences adverses nécessitent d'être prudent et prennent du temps. L'avènement de l'EMDR, entre autres, donne aux thérapeutes une puissance de traitement sans pareil et aux personnes touchées par des blessures émotionnelles encore actives, la possibilité d'espérer en sortir. Classiquement en EMDR, il fallait connaître le souvenir, pour pouvoir le traiter. Aujourd'hui nous savons que ce n'est plus nécessaire. Des protocoles nouveaux permettent aux thérapeutes bien formés d'accéder et d'aider les personnes à s'affranchir de blessures provenant d'une période où il n'y avait pas de mots pour les nommer.
Cependant, même si les observations cliniques sont encourageantes, il serait utile et nécessaire de les valider par une démarche de recherche rigoureuse, qu'il s'agisse de recherches fondamentales en physiologie et en neurosciences, ou bien des études cliniques contrôlées.

Bibliographie

Dellucci, H. (2009). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre des traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43 (2), 197-216.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Dellucci, H. (2010). No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma. Poster présenté au Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et EMDR Asie à Bali, Indonésie.

Dellucci, H. & Wolf, F. (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Thérapie Familiale,* 32 :2, 275-291.

Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. Eye Movement Desensitization Reprocessing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 275-290.

Francis, D., Diorio, J., Liu, D. & Meaney, M.J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 286 : 1155-1158.

Lanius, R.A., Hopper, J.W. & Menon, R.S. (2003). Individual Differences in a Husband and Wife who developed PTSD after a Motor Vehicle Accident : a Functional MRI Case Study. *American Journal of Psychiatry,* 160 :4, 667-669.

Lanius, R.A., Bluhm, R. & Lanius, U. (2007). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Provocation and Neuroimaging : Heterogeneity of Response. In E. Vermetten, M.J. Dorahy & D. Spiegel (Eds). *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment.* American Psychiatric Publishing Inc. London.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger. Healing Trauma.* North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.

Liu, D. D. J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D., Plotsky, P.M. & Meaney, M.J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 277 : 1659-1662.

Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17*(1), 1-23.

Knipe, J.(2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations.* New York: Springer Publishing Company, Incorporated.

McGowan, P.O., Sasaki, A., Huang, T.C., Unterberger, A., Suderman, M., Ernst, C., Meaney, M.J. Turecki, G. & Szyf, M. (2008). Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *PloS ONE* 3 : e2085

McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., Turecki, G. & Meaney, M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 12 : 342-348.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology,* 6(3), 149-173.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). Trauma and the Body : a Sensorimotor Approach to Psychotherapy. W. W. Norton & Company, New York.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

O'Shea, M. K. (2001) Accessing and repairing preverbal trauma and neglect. Papier présenté au Congrès EMDR Canada, Vancouver, Colombie Britannique, Canada.

O'Shea, M.K. (2006). Rebuilding the Foundation. Reconnecting the Self. Atelier présenté au Congrès EMDR Europe à Istanbul, Turquie.

O'Shea, M. K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. W. W. Norton & Company, New York.

O'Shea, M. K. (2009). EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed.) EMDR Solutions II: for Depression, Eating Disorders, Performance and More. W.W. Norton & Company, New York.

O'Shea, M.K. (2010). Formation EMDR sur les empreintes précoces à Lyon, France.

Porges, S.W. (2001). The Polyvagal Theory : Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology,* 42, 123-146.

Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory : Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-Regulation*. W.W. Norton & Company, New York.

Servan Schreiber, D. (2003). *Guérir du Stress, de l'Anxiété et de la Dépression, sans Médicaments ni Psychanalyse.* Robert Laffont, Paris.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols, and procedures.* Pour la traduction française : Manuel d'EMDR : Principes, Protocoles, Procédures. Inter Editions.

Szyf, M., Weaver, I.C., Champagne, F.A., Diorio, J. & Meaney, M.J. (2005). Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat. *Front Neuroendocrinol* 26 : 139-162.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.

Van der Hart, O., Nijenuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted Self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique. Ed. De Boeck, Bruxelles.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408.

Van der Kolk, B.A. (2007). The Developmental Impact of Childhood Trauma. In J.L. Kirmayer, R.Lemelson & M.Barad (Eds). *Understanding Trauma : Integrating biological, clinical and cultural perspectives*. Cambridge University Press, New York.

Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloître, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., Lieberman, A.F., Putnam, F.W., Stolbach, C. & Teicher, M. (2009). Proposal to include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for children and adolescents in DSM-V.

Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (2007). *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment.* American Psychiatric Publishing Inc. London.

Chaptire publié dans R., Coutanceau, J., Smith & S., Lemitre. *Trauma et Résilience. Victimes et Auteurs*. Ed Dunod, Paris.

Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne, F.A., D'Alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R., Dymov, S., Szyf, M. & Meaney, M.J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7 : 847-854.