



UNIVERSITE PARIS 8 – SAINT DENIS

Mémoire de recherche de master 1

Psychologie clinique – parcours psychothérapies

Année universitaire 2014/2015

LE RÔLE DE LA SECURISATION DE L'ATTACHEMENT DANS LE TRAITEMENT DU TROUBLE DE STRESS POSTTRAUMATIQUE COMPLEXE

ETUDE CLINIQUE AUPRES DE 7 PATIENTS

FEDERICO PARRA

N° D'ETUDIANT: 10280304

Sous la direction du Professeur Michèle Montreuil



Résumé

Le diagnostic de Trouble de Stress Post Traumatique Complexe, ou TSPT-C, a été conçu et développé au cours des trois dernières décennies pour englober l'ensemble de la constellation de symptômes associés à un traumatisme du développement, chronique, tel qu'il se produit dans la maltraitance infantile. Les experts dans ce domaine proposent un protocole de traitement en trois phases. Une première phase dite de *stabilisation* qui porte sur le développement des ressources et capacités de base telles que la confiance en soi et la régulation émotionnelle a été celle qui nous a occupés d'un point de vue clinique et qui fait l'objet de la présente étude. Le champ de la théorie de l'attachement adulte offre un cadre théorique et des techniques thérapeutiques qui semblent compatibles, voire enrichissants pour cette première phase de traitement. Dans notre recherche à l'EPS Ville-Évrard nous avons utilisé une méthode de sécurisation de l'attachement (*Ideal Parents Figures Method*) avec l'objectif de diminuer des symptômes du TSPT-C chez sept patientes adultes victimes de traumatismes dans l'enfance. Suite au traitement nous avons trouvé une diminution de la sévérité des symptômes du TSPT-C et de la psychopathologie générale, ainsi qu'une augmentation de la qualité de vie et une diminution des éléments traumatiques dans les modèles internes opérants de l'attachement, ce qui représente un grand pas vers la sécurisation. Nous avons aussi relevé des signes cliniques qui suggèrent une sécurisation de l'attachement et une stabilisation telle qu'elles sont définies dans la littérature du TSPT-C. Nous offrons à l'issue de cette étude une discussion sur la sécurisation de l'attachement en général et la technique IPF en particulier comme une approche prometteuse pour la phase de stabilisation d'un traitement multi phases pour le TSPT-C, et une réflexion originale sur le rôle de l'imagination dans la clinique.

Abstract

The Complex Posttraumatic Stress Disorder or CPTSD diagnosis has been conceived and developed throughout the last three decades to include the full constellation of symptoms associated with a chronic, developmental trauma as it happens in child abuse. Experts within this field propose a three phase treatment protocol. For the present study we've focused on the first phase called *stabilization* that is oriented towards the development of inner resources and basic capacities such as self-trust and emotional regulation. The adult attachment theory field offers a theoretical framework and therapeutic techniques that seem compatible and potentially enriching for such a stabilization phase of treatment. Within our research at the EPS Ville-Évrard we've applied a method for the securisation of attachment (*Ideal Parents Figures*

Method) with the goal of diminishing symptoms of CPTSD in seven adult patients, survivors of childhood trauma and abuse. Following the treatment we've found a decrease of the severity of symptoms of CPTSD and of general psychopathology, as well as an increase in quality of life and a decrease in the number of traumatic elements within the internal working models of attachment of patients, which represents a big step towards securisation. We've also found clinical signs that suggest a securisation of attachment and a stabilization in the sense described within the CPTSD literature. Towards the end of this work we offer a discussion about securisation of attachment in general and the IPF method in particular as promising approaches for a stabilization phase in the treatment of CPTSD, as well as an original discussion on the role of imagination within clinical work.

Mots clés: attachement ; trauma complexe ; TSPT-C ; Ideal Parent Figures Method.

Remerciements

Nous voulons commencer par remercier le Dr. Dominique Januel, le Dr. Khalid Kalalou, et toute l'équipe du secteur 93G03 de l'EPS Ville Évrard de leur confiance. Ils nous ont accueillis pour réaliser cette recherche, apportant des conseils inestimables tout au long de notre travail. Nous tenons aussi à remercier le Dr. Carol George pour ses conseils et son aide désintéressée tout au long de l'élaboration de ce travail. Nous remercions aussi le Dr. David Elliot pour ses encouragements et conseils relatifs à la méthode Ideal Parents Figures Method. Nous remercions aussi notre collègue Wilfrid Nkodia pour son aide généreuse en traduisant le script de l'IPF en français, et l'écrivaine Barbara Lefebvre pour son aide en corrigeant notre manuscrit final en français, qui n'est pas notre langue maternelle. Nous tenons aussi à remercier le Dr. Joe Spinazolla et les autres membres du Trauma Center de Boston pour leurs conseils relatifs à l'instrument SIDES-SR. Nous adressons nos remerciements à notre directrice de mémoire, le Dr. Michelle Montreuil pour ses conseils et encouragements depuis le début de ce travail. Enfin, nous voulons remercier le Dr. Daniel P. Brown pour son généreux mentorat clinique entre 2011 et 2013. Il a déclenché chez nous le goût pour la clinique et l'intérêt pour la théorie de l'attachement et le traitement du trauma complexe.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
A. CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE	7
I. Le trouble de stress post traumatique complexe (TSPT-C)	7
1.1 Historique du concept de trouble de stress posttraumatique complexe	7
1.2 Prévalence de la maltraitance infantile	8
1.3 Les six sphères du dysfonctionnement dans le TSPT-C et l'impact développemental de la maltraitance infantile	9
1.4 Effort d'inclusion dans le DSM-5	11
1.4 Le problème du diagnostic différentiel	11
1.5 Le traitement du TSPT-C	14
II. Théorie de l'attachement et trauma complexe	15
2.1 Théorie de l'attachement adulte	15
2.2 Insécurité de l'attachement, psychopathologie et TSPT-C	17
III. La sécurisation de l'attachement par amorçage de figures d'attachement sécurisantes	19
3.1 Les études de Mikulincer et al.	19
3.3 Méthodes cliniques.....	20
3.4 Ideal Parents Figures Method (IPF)	21
B. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	22
I. Problématique et hypothèses.....	22
1.1 Problématique : IPF, sécurisation de l'attachement et stabilisation.....	22
1.2 Hypothèses générales et hypothèses spécifiques	23
II. Cadre institutionnel et population de la recherche	24
2.1 Cadre institutionnel : L'Établissement Public de Santé Ville Évrard	24
2.2 Population et critères d'inclusion.....	24
III. Instruments d'évaluation	26
3.1 SIDES-SR	26

3.2 Adult Attachment Projective Picture System (AAP)	27
3.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	29
3.4 Brief Symptom Inventory (BSI).....	30
3.5 World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF)	31
IV. Protocole de la recherche	32
C. RESULTATS	34
I. Données sociodémographiques.....	34
II. Traitement des données	34
1.1 Traitement des données quantitatives	34
1.2 Entretien clinique semi-structuré et traitement des données qualitatifs	35
III. Analyse des données et vérification des hypothèses spécifiques	38
2.1 Symptomatologie du TSPT-C (SIDES-SR)	38
2.2 Symptomatologie de psychopathologie général (BSI).....	38
2.3 Qualité de vie (WHOQOL-bref)	39
2.4 Sous-dimensions de symptomatologie du TSPT-C (SIDES-SR).....	39
2.5 Entretiens semi-structurés	39
2.6 Attachement (AAP).....	44
IV. Synthèse des résultats.....	45
V. Limites.....	45
D. DISCUSSION.....	46
I. IPF comme méthode de sécurisation de l'attachement.....	46
II. Un trouble d'attachement au cœur du TSPT-C ?.....	50
III. AAP et IPF : vers une clinique de l'imagination ?.....	51
IV. Études futures et perspectives	54
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	63

INTRODUCTION

Au cours des trois dernières décennies, un consensus croissant existe sur le fait que le diagnostic du DSM de trouble de stress posttraumatique (TSPT) ne parvient pas à saisir l'ensemble de la constellation de symptômes associés à un traumatisme du développement, chronique, du type qui se produit dans l'abus physique, émotionnel et / ou sexuel dans l'enfance (1–6). Après les essais sur le terrain pour la quatrième édition du DSM, une telle constellation des symptômes a été incluse dans le DSM-IV comme des «caractéristiques associées» du TSPT (3, 6, 7). Le syndrome a été ensuite soigneusement étudié jusqu'à nos jours. Un outil de diagnostic validé (le SIDES) a été développé (3, 4, 8) et le trouble a été largement proposé comme une entité diagnostique pour la 5ème édition du manuel sous le nom de Trouble de Stress Posttraumatique Complexe ou TSPT-C (7, 9).

Il y a un fort consensus parmi les cliniciens experts en psycho traumatismes sur le fait que le TSPT-C nécessite une approche de traitement multi phases, par opposition aux traitements monophasés par exposition qui fonctionnent avec le TSPT classique. La première des trois phases, appelé stabilisation, ne constitue pas une phase exploratoire mais se concentre complètement sur le développement des ressources internes, sous-développées au sein de cette population, pour arriver à être en mesure de faire face à la fois à la vie quotidienne et au traitement par exposition (EMDR, TCC ou hypnose par exposition, etc.) qui est recommandé mais seulement dans une deuxième phase (1, 3, 4, 10–13).

Selon la théorie de l'attachement, l'être humain se construit dans l'interaction avec ses figures dites d'attachement (souvent les parents) qui protègent l'enfant et facilitent, à travers des interventions spécifiques, le développement de ses capacités et ressources psychologiques fondamentales. Ces figures d'attachement et ces qualités sont plus tard internalisées sous forme de modèles internes opérants (MIO) qui continuent à agir sur l'état mental du sujet à l'âge adulte. La qualité de ces modèles internes, en lien avec la capacité du sujet à s'en servir face à la détresse, détermine le degré de sécurité de l'attachement (14–16).

Les interactions avec des figures d'attachement abusives, incohérentes, peu fiables ou insensibles, comme dans le cas de maltraitance infantile, interfèrent voire empêchent le développement normal de l'enfant en créant une vulnérabilité générale aux troubles mentaux. Cette situation annonce de façon significative la détresse et la dépression suite à un événement traumatique à l'âge adulte bien au-delà de la gravité de l'évènement lui-même (17). Internalisées, ces figures d'attachement aberrantes produisent des modèles internes

équivalents, des modèles qui n'aident pas à réguler la détresse psychologique ou qui, de fait, la créent. Dans ce cas, la sécurité de l'attachement est très basse ou inexistante, insécure ou désorganisée (5, 15, 18–27).

Mais la sécurité de l'attachement est loin d'être fixée pendant l'enfance. Plusieurs auteurs ont constaté que les interactions *imaginaires* avec des figures d'attachement sécurisantes produisent un sentiment de sécurité, déclenchent des émotions positives et augmentent des ressources psychologiques pour traiter les problèmes et les adversités (12, 28–30). De ce fait plusieurs techniques thérapeutiques se sont développées sur ce principe (12, 31). Brown a développé une méthode de sécurisation de l'attachement nommée Ideal Parents Figures Method ou IPF, qui vise à une reconfiguration positive des MIO chez le patient (28, 32, 33).

Nous avons conduit une recherche à l'EPS de Ville-Évrard avec des patients en consultation pour des symptômes de TSPT-C et avec un historique d'abus dans l'enfance. Nous leur avons proposé un protocole de soin de quatre séances hebdomadaires utilisant la méthode IPF de Brown au sein de l'EPS. Un CD avec la même méthode enregistrée en audio pouvait être écouté à domicile entre les séances. Nous avons fait passer un bilan psychologique avant et après le traitement avec des outils psychométriques pour mesurer les événements traumatiques à l'enfance, la sécurité de l'attachement, les symptômes spécifiques de TSPT-C, les symptômes de psychopathologie générale et la qualité de vie. Nous avons également conduit des entretiens semi-structurés dans les deux bilans et les quatre séances pour repérer les évolutions de façon qualitative.

Nous avançons l'hypothèse qu'à la fin de ce traitement court nous observerons une diminution des symptômes spécifiques de TSPT-C, une diminution des symptômes psychopathologiques en général et une augmentation de la qualité de vie. Nous avançons aussi l'hypothèse que les patients montreront des signes qualitatifs d'amélioration tels qu'ils sont attendus dans une thérapie de première phase dite de stabilisation dans le traitement du TSPT-C. Nous postulons enfin une augmentation de la sécurité de l'attachement.

A.CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

I. Le trouble de stress post traumatique complexe (TSPT-C)

1.1 Historique du concept de trouble de stress posttraumatique complexe

«Alors que la victime d'un seul traumatisme aiguë dirait qu'elle n'est plus "elle même" depuis l'évènement, la victime de traumatismes chroniques pourrait perdre la conscience d'avoir un soi» - Herman (2)

Dans les dernières décennies, les cliniciens experts en psycho traumatismes ont revendiqué la nécessité de distinguer l'exposition à un événement traumatisant isolé à l'âge adulte, dit parfois « traumatisme simple », de l'exposition à des situations traumatisantes dites « complexes », pour mieux comprendre les difficultés émotionnelles, cognitives et comportementales engendrées par ces dernières.

Le trauma dit *complexe* est bien défini dans le compte-rendu d'une enquête clinique auprès de 50 cliniciens experts :

« Circonstances telles que l'abus dans l'enfance ou les massacres de masse et génocides, pendant lesquelles les sujets sont exposés pendant un période de temps prolongé à des instances répétées et/ou formes multiples de traumatisme, typiquement d'une nature interpersonnelle, se déroulant dans des circonstances qui rendent impossible toute évasion en raison de contraintes physiques, psychologiques, de maturation, environnementaux ou sociaux » (1, 13)

Certains auteurs ajoutent à cette définition le critère suivant : le trauma complexe doit arriver dans un moment clé du développement et donc produire un impact négatif fort sur celui-ci, comme dans l'inceste par exemple (3, 4).

Une perspective intéressante est d'étudier les conséquences psychologiques à long terme associées aux traumatismes sur un continuum. D'un côté du continuum se retrouvent les symptômes classiques de TSPT remarqués chez les individus exposés au trauma simple tels que la reviviscence de l'évènement traumatique ou «flashbacks», l'évitement de tout ce qui rappelle l'évènement traumatique, et l'hyper activation émotionnelle. À l'autre extrémité du continuum, se retrouvent les symptômes associés à l'exposition au trauma complexe, qui survient généralement lorsque l'individu est vulnérable sur le plan développemental. Les efforts déployés par ces individus pour s'adapter à l'exposition quotidienne aux stressseurs majeurs mènent au développement d'une régulation émotionnelle et somatique déficitaire, à

une perception négative de soi, à l'apparition de symptômes dissociatifs, à des difficultés relationnelles, à l'adoption des croyances pessimistes en plus des symptômes traditionnellement associés au TSPT (2). Pour mieux définir et comprendre le syndrome survenant comme résultat de l'exposition au trauma complexe ainsi que pour mieux satisfaire les besoins spécifiques des sujets affectés, le concept de « trouble de stress posttraumatique complexe » (TSPT-C) a été développé au cours des années 1990 (2–4, 6, 9).

En bref : le type d'évènement traumatique (simple vs. complexe) et l'entité diagnostic (TSPT vs. TSPT-C) sont des concepts différents avec des noms similaires. Il est donc important de les différencier.

Près de vingt-cinq années plus tard, nous disposons d'une vaste littérature sur ce syndrome, avec des nombreuses recherches, un outil d'évaluation validé internationalement, un certain consensus clinique international sur la sémiologie du syndrome et son diagnostic différentiel, voire des recommandations de protocoles de traitement (1, 4, 6, 8, 10, 13, 34–36). En outre, on note des efforts pour l'inclure comme une entité diagnostic psychiatrique formelle dans les manuels internationaux DSM-5 et CIM-11 (1, 9, 37).

1.2 Prévalence de la maltraitance infantile

Alors que la maltraitance infantile était autrefois perçue comme des situations rares et isolées, nombre d'études récentes fournissent des données alarmantes concernant l'incidence et la prévalence des enfants qui vivent de telles situations traumatisantes. Selon Payer, en citant Tourigny et al., au Québec, les taux annuels de cas d'enfants dont le signalement est jugé fondé par la Direction de la Protection de la Jeunesse indiquent que de 1998 à 1999 au Québec 5.6 enfants sur 1000 ont été victimes de négligence (8533 enfants), 2.5 enfants sur 1000 ont subi des mauvais traitements psychologiques (4136 enfants), 1.9 enfants sur 1000 ont subi de mauvais traitements physiques (3162 enfants) et 0.9 sur 1000 ont été victimes d'agression sexuelle (1529 enfants) (4). Ces chiffres n'incluent pas les cas non reportés qui sont la majorité (38). Selon Paquette et al. par exemple, en France presque 20% des femmes ont subi un abus sexuel durant leur développement et 8 % des hommes. (39)

À la lumière des tels chiffres, une remarque semble opportune : nombreux sont les auteurs et cliniciens, à commencer par Freud (40, 41), qui se sont montrés sceptiques face aux souvenirs relatés rétrospectivement d'abus dans l'enfance provenant des adultes, plus

particulièrement s'ils ont été diagnostiqués avec un trouble psychiatrique. Cette méfiance n'est pas fondée et constitue un véritable préjudice pour le sujet qui souffre. En effet, la recherche sur la fiabilité des rapports d'abus dans l'enfance par des patients psychiatriques adultes, y compris ceux diagnostiqués avec des troubles psychotiques, montre qu'ils sont très fiables : **des preuves corroborant les souvenirs d'abus sexuel pendant l'enfance des patients psychiatriques adultes ont été mises en évidence dans 74% (42) et 82% (43) des cas.** Ces études de fiabilité ont montré que les patients psychiatriques en effet sous-exposent ces historiques autobiographiques d'abus aux soignants (44, 45). Pour exemple, une étude en Nouvelle Zélande a montré que le temps moyen que prend une femme pour avouer à une autre qu'elle a été abusée dans l'enfance est de seize ans (44). Read et al. ont conclu sur ce sujet que tout chercheur ou clinicien devrait être formé aux méthodes cliniques pour poser des questions relatives aux traumatismes dans l'enfance sans influencer la réponse, et que ces questions devraient être posées dans la prise en charge de tout patient psychiatrique. Un programme de formation aux telles méthodes pour chercheurs et cliniciens a été mis en place en Nouvelle Zélande avec des effets positifs (44).

1.3 Les six sphères du dysfonctionnement dans le TSPT-C et l'impact développemental de la maltraitance infantile

Selon le consensus sur la sémiologie du TSPT-C, six sphères du fonctionnement peuvent être affectées par le trauma complexe. Ces dimensions ont été décrites en détail par plusieurs auteurs (2–4). Voici une brève description des six domaines du fonctionnement pouvant être altérés chez les victimes du trauma complexe dans l'enfance :

Le **premier domaine** de fonctionnement inclut les **problèmes de régulation émotionnelle, notamment la difficulté à gérer la colère, l'anxiété et la peur.** La littérature sur le TSPT-C postule que l'exposition quotidienne d'un enfant à un environnement abusif entrave la possibilité pour l'enfant d'avoir accès à des adultes qui l'aident à réguler ses expériences corporelles, comportementales et émotionnelles pour ainsi développer sa capacité à identifier, exprimer et gérer de façon adéquate ses émotions à court et à long terme. Les problèmes de régulation émotionnelle s'observent pour certaines victimes dans le fait qu'elles sont déconnectées de leur expérience émotionnelle face à une souffrance qui leur semble intolérable. D'autres victimes ont tendance à avoir des réactions émotionnelles démesurées lorsqu'elles vivent des stressseurs mineurs.

Le **deuxième domaine** du fonctionnement affecté est **l'état de conscience et l'attention**. Cette altération se manifeste notamment sous forme d'amnésie, d'hypermnésie des événements traumatisants et d'épisodes dissociatifs. Dans les cas extrêmes, la présence de personnalités multiples peut être observée. L'utilisation de la dissociation comme mécanisme de défense par ces individus peut devenir problématique lorsqu'il mène à la fragmentation de la pensée, de la perception de soi ainsi que celle du monde et entrave ainsi l'intégration du trauma.

La **perception de soi** est le **troisième domaine** de dysfonctionnement. Les expériences traumatisantes peuvent empêcher le développement d'une image positive de soi. En effet, la **culpabilité, la dévalorisation de soi, l'impression d'être non-aimable ou endommagé de façon permanente** sont observées chez les survivants de mauvais traitements. Ils peuvent avoir développé la croyance qu'ils sont responsables et coupables des agressions qu'ils ont subies, ce qui alimente un sentiment intense de honte chez eux. L'incapacité à s'affranchir avec succès de certaines tâches développementales en raison des mauvais traitements subis en bas âge peut également être liée au développement d'un faible sentiment d'efficacité personnelle et de compétence.

Le **quatrième domaine** concerne la **capacité à entrer en relation avec les autres**. L'exposition à des épisodes de violence ou d'abandon répétés et imprévisibles menace le développement des liens sécurisants chez l'enfant. D'ailleurs, le TSPT-C implique souvent qu'un adulte responsable de l'enfant n'a pas répondu adéquatement aux besoins de celui-ci. À l'âge adulte, **il demeure ardu pour ces individus de s'investir dans des relations significatives**. Leurs relations avec les autres sont souvent caractérisées par la **revictimisation** en raison de leur difficulté à détecter le danger et leur plus grande tolérance à la violence et à la violation des frontières interpersonnelles.

Une **cinquième dimension** altérée est la **régulation somatique**. Les victimes d'abus dans l'enfance rapportent de nombreux problèmes de santé physique tels que des difficultés digestives, des problèmes cardiaques, de la douleur chronique et des symptômes de conversion. Un sondage réalisé auprès de plus de 10000 adultes par Felitti en 1998 a démontré que les participants ayant subi des expériences relationnelles traumatisantes sont plus à risque de souffrir de problèmes cardiaques, d'un accident vasculaire cérébral, de diabète, de fractures osseuses, de cancers, des bronchites chroniques et d'emphysème (3). De plus, les mauvais traitements vécus à répétition placent les victimes en état d'alerte constant, ce qui peut mener

à des changements durables dans le fonctionnement du système limbique, neuro-hormonal ainsi que du système nerveux de ces dernières.

Finalement, le **système de croyances** est le **sixième domaine** pouvant être altéré chez cette population. Le **monde est souvent perçu comme menaçant**, dangereux et sombre. La **vie peut leur sembler dénuée de sens**. Des sentiments de désespoir et d'impuissance face à la vie peuvent accompagner ce changement par rapport à leur vision fondamentale du monde et du futur.

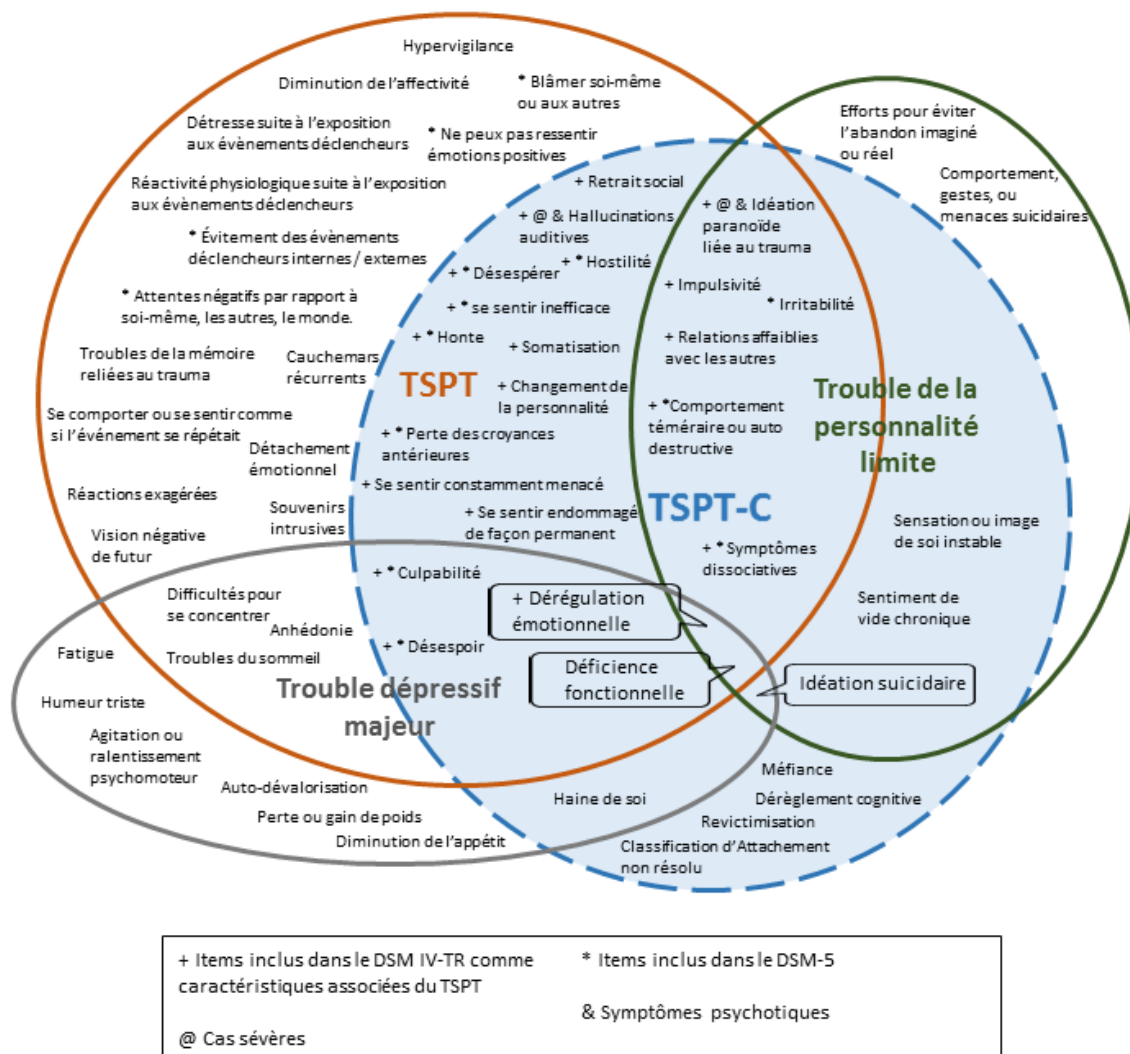
1.4 Effort d'inclusion dans le DSM-5

Suite à de nombreuses publications internationales pour défendre cette nouvelle entité diagnostique, une première forme de reconnaissance a fait son apparition dans le DSM-5 à travers l'introduction d'un sous-type de stress post-traumatique dit «**dissociatif**». On constate que les critères diagnostiques de cette nouvelle entité a plusieurs caractéristiques communes avec le TSPT-C, donnant l'impression d'un premier pas vers son inclusion formelle dans le futur (46).

Néanmoins, l'inclusion du TSPT-C dans le DSM-5 comme entité diagnostique indépendante a été finalement rejetée (9, 37). Une revue critique de la littérature sur le syndrome et la proposition de son inclusion a été publiée en 2012 analysant en profondeur la proposition d'inclusion et la trouvant prématurée, principalement en raison de problèmes méthodologiques dans les recherches existantes portant de façon générale sur le manque de critères d'inclusion suffisamment sévères (ex. mélange de patients avec historique de trauma et de trauma complexe ; mélange de patients avec symptômes du TSPT et symptômes de TSPT-C) et sur l'utilisation de plusieurs outils d'évaluation pour faire le diagnostic au lieu de créer un seul outil d'évaluation (ex. le outil SIDES mesure les symptômes de TSPT-C, mais pas les événements traumatiques eux-mêmes qui sont en général repérés à l'aide d'autres instruments comme le CTQ) (9). Toutefois, les symptômes du syndrome TSPT-C, eux-mêmes, ont été inclus comme «caractéristiques associées» du TSPT dans le nouveau manuel (9, 46).

1.4 Le problème du diagnostic différentiel

La constellation des symptômes du syndrome TSPT-C comprend de multiples domaines et il est facile pour le clinicien qui n'est pas au courant de ce syndrome de faire un diagnostic erroné (3, 9, 44).



Graphique 1: Symptômes du TSPT-C, TSPT, Trouble dépressif majeur et Trouble de la personnalité limite (9)

Plusieurs auteurs se sont aperçus du chevauchement entre TSPT-C et **trouble de la personnalité limite** sur le plan sémiologique (par exemple le fonctionnement interpersonnel avec facultés affaiblies, troubles de l'estime de soi, symptômes dissociatifs, la colère, l'impulsivité et l'automutilation) et sur le plan étiologique par ses liens de causalité à l'exposition aux traumatismes. Certains ont même débattu les mérites de ré-conceptualiser la personnalité limite comme un trouble du «spectre de traumatismes complexes» (47). Dans le cadre de ces similitudes, il est courant pour les cliniciens de donner un diagnostic de comorbidité de TSPT + personnalité limite à la place du TSPT-C (3, 47). Il serait trop long de développer ici qu'il est courant également de diagnostiquer un **trouble dépressif majeur**, ou des **troubles dissociatifs**, voire du **TSPT**, à la place du TSPT-C (2, 3, 9).

Les études sur le **trouble bipolaire** ont trouvé que la maltraitance infantile est liée à la sévérité de la manie, l'apparition du trouble, le nombre des épisodes maniaques, le pronostic

clinique, et les tentatives de suicide (44). Étant donné que des domaines comme la régulation émotionnelle et la vigilance sont complètement bouleversés dans le TSPT-C, il n'est pas étonnant pour les patients avec TSPT-C de recevoir un diagnostic erroné de comorbidité de TSPT + trouble bipolaire II (3).

Par rapport à la **psychose et la schizophrénie**, Read et al. ont conduit une revue de tous les articles publiés et disponibles sur la base de données PsychINFO depuis 1872 jusqu'à 2004 (plus de 200 articles) concernant la relation entre le traumatisme dans l'enfance et le développement d'une psychose. Ils sont arrivés à la conclusion que le trauma complexe est un *facteur causal* pour la psychose et la schizophrénie, plus spécifiquement pour les hallucinations, particulièrement de type automatisme mental (voix donnant des ordres et commentant) (44).

La notion plus importante à retenir est que **l'exposition au trauma complexe dans l'enfance est suffisante pour provoquer tous ces types de symptômes avec une forte intensité**. Dans le cas où les patients rapportent avoir été victimes d'abus dans l'enfance, le diagnostic recommandé pour les experts du psycho-traumatisme est celui du TSPT-C (1) et pas un autre pour au moins trois raisons :

- 1) Dans les autres diagnostics, ce qui est le plus vital pour le patient, la connexion avec les traumas à l'origine de ses symptômes, est perdu (2). Pour certains patients le simple fait de faire un lien entre ses symptômes incompréhensibles et ses histoires de vie peut avoir un impact thérapeutique significatif (44).
- 2) Le diagnostic de TSPT-C donne socialement au patient le rôle de «victime d'abus», un rôle peu stigmatisé socialement comparé à celui de «schizophrène», «borderline», «bipolaire», etc. Les symptômes de la «victime d'abus» sont perçus socialement comme le résultat direct des actes abusifs d'une ou plusieurs personnes contre lesquelles le patient n'avait aucune défense. En revanche, les diagnostics psychiatriques classiques sont souvent perçus socialement comme un déficit de la personnalité ou du caractère, avec une grande charge stigmatisante. Le TSPT-C offre donc un rôle social plus juste et moins négatif au patient abusé (9).
- 3) Le diagnostic de TSPT-C ouvre la porte aux traitements multi phases que nous allons décrire plus loin et qui ont démontré leur efficacité pour traiter l'ensemble de la constellation des symptômes (1, 7, 35, 44).

1.5 Le traitement du TSPT-C

Selon Luxenberg et al., le traitement du TSPT-C exige une approche différente à celui du TSPT. Ce dernier est souvent traité avec réussite en utilisant des thérapies par exposition (EMDR, TCC ou hypnose par exposition, etc.), tandis que le traitement du TSPT-C doit être réalisé en étapes ou phases. Les chercheurs indiquent que les premiers écrits sur le TSPT-C délimitaient trois phases et que ces trois phases continuent à guider les traitements aujourd'hui (3).

Une enquête demandant l'avis de plus de 50 cliniciens experts en psycho traumatismes a été initiée par la Complex Trauma Task Force de l'International Society for Traumatic Stress Studies, dans l'objectif d'établir un consensus et d'exposer les désaccords quant aux meilleures pratiques dans le traitement du TSPT-C. Les résultats ont révélé que 84% des experts recommandent un traitement multi phases, identique à celui décrit par Luxenberg et al. (1, 13).

Plusieurs revues approfondies des traitements multi phases sont actuellement disponibles (38, 48). Les trois phases du traitement recommandées sont les suivantes: I. la stabilisation, II. le retraitement et le deuil des souvenirs traumatisants, et III. la reconnexion / réinsertion dans le monde (3).

La première phase du traitement, dite de **stabilisation**, consiste à la mise en place de la sécurité, la stabilisation, la contention et la réduction des symptômes. La thérapie au cours de cette phase de traitement doit *être réparatrice, non exploratoire*, car ces patients ne disposent pas encore des ressources et capacités dont ils ont besoin pour pouvoir tolérer un travail ciblé sur leurs mémoires traumatiques. De plus, pour réaliser un tel travail il faut déjà avoir accès à de tels souvenirs, ce qui n'est pas toujours possible avant que le patient ne soit stabilisé et donc ses défenses moins actives. La cible de cette première phase du traitement doit donc être les besoins physiques (sommeil, etc.), la confiance, la sécurité, l'auto-apaisement, et la construction des réseaux de soutien. Les domaines TSPT-C plus impliqués sont la régulation émotionnelle, l'altération de la conscience et l'attention, et les troubles dans la perception de soi (3, 35).

La deuxième phase, le **retraitement**, implique le travail d'exploration des expériences traumatisantes dans la profondeur, et l'intégration de ces expériences dans un récit de vie cohérente, qui touche principalement la perception de soi et la capacité des patients à être en relation avec les autres. Des thérapies d'exposition comme l'EMDR se sont montrées très

efficaces pour cette phase du traitement (13, 13, 49). Cette phase est équivalente au traitement monphasé par exposition normalement utilisée dans le TSPT (1, 3, 13).

La troisième phase, **reconnexion**, implique de se concentrer sur les soucis de la vie quotidienne – la reconnexion avec leurs pairs et continuer sa vie à travers l'exploration d'activités agréables, un travail utile, le confort physique et des relations constructives. Cette phase de traitement est principalement concernée par les relations avec les autres et les altérations dans le système de croyances (3).

Finalement, l'utilisation judicieuse des psychotropes (sertraline, ISRSs, benzodiazépines et parfois méthylphénidate) est aussi recommandée en particulier dans la phase de stabilisation lorsque le dérèglement émotionnel est évident et problématique (1, 3, 10, 13).

Nous continuerons par une revue de la littérature sur la théorie de l'attachement adulte, champ qui semble compatible avec la littérature sur le TSPT-C et qui offre tant un cadre théorique que des techniques thérapeutiques pouvant enrichir la compréhension théorique et l'efficacité du traitement de ce syndrome, plus particulièrement la première phase dite de stabilisation (19, 20, 26).

II. Théorie de l'attachement et trauma complexe

2.1 Théorie de l'attachement adulte

La théorie de l'attachement a été initialement conçue par le psychiatre et psychologue britannique John Bowlby pour expliquer une fonction évolutive fondamentale de la relation child-caregiver (enfant-aidant) (14). Inspiré par l'observation éthologique auprès des singes, Bowlby a théorisé que la chance de survie des gènes dans l'être humain était améliorée par la sélection naturelle des comportements qu'augmentait la proximité entre enfant et figure d'attachement conduisant à la plus grande probabilité de protection de l'enfant (16, 24, 50). Bowlby a affirmé que l'être humain possède un système psychobiologique inné (*le système comportemental d'attachement*) qui le motive à rechercher la proximité des êtres chers (*figures d'attachement*) en cas de besoin (25). Il a souligné (14) que l'objectif d'un tel système est d'atteindre un sentiment de protection ou de sécurité (appelé par Sroufe et Waters "sécurité ressentie") qui met fin à l'activation du système une fois atteint (30). Chez les enfants, ce système s'active pour exemple en présence d'une menace réelle ou symbolique, l'enfant utilise des stratégies de quête de proximité vers ses figures d'attachement afin d'être protégé et soulagé (14–16).

Pendant le développement, ces interactions avec les figures d'attachement seraient introjectées sous la forme des modèles internes opérants ou MIO qui sont des modèles mentaux dynamiques. Ces MIO sont dotés d'un pouvoir d'influence sur le psychisme semblable à celui de vrais parents pendant l'enfance, de sorte que son influence continue à agir sur les processus mentaux du sujet avec une sorte d'inertie. Donc, chez les adultes avec un attachement sécurisé, la sécurité ressentie peut être atteinte par l'activation de ces MIO agissant comme des figures d'attachement réconfortantes et apaisantes qui fournissent régulièrement soins et protection (16, 27, 50, 51).

Plus de quarante-cinq années de recherches dans ce domaine chez l'enfant et chez l'adulte ont démontré l'importance du lien enfant-figure d'attachement et l'impact de la qualité de telles relations sur la vie adulte (5, 17, 23–25, 36, 52–58).

À titre d'exemple, l'étude longitudinale du Minnesota de parents et d'enfants (5) a suivi **180 sujets à partir de 3 mois avant la naissance jusqu'à l'âge de 34 ans**. L'observation directe, ainsi que des bilans formels et entrevues auprès des parents, ont été utilisés à chaque âge, y compris huit bilans approfondis dans les 18 premiers mois. L'étude a couvert tous les domaines du développement (la cognition, le langage, le niveau social et émotionnel) et de multiples espaces (maison, école, laboratoire, et de groupes de pairs). Cette recherche a été en mesure d'évaluer le tempérament dans la petite enfance, ainsi que la qualité des soins au fil du temps. De nombreux aspects de la parentalité ont été examinés, y compris la provision d'une base sécurisée pour l'attachement, la structure et l'établissement de limites et la stimulation cognitive. Le contexte plus large du développement a été évalué (par exemple les caractéristiques des parents, le stress de la vie de famille et le soutien social), à des fins de contrôle statistique et pour fournir des facteurs pouvant influencer sur la continuité et le changement dans le développement de l'enfant (5). **Dans les résultats, les liens les plus théoriquement significatifs et empiriquement clairs entre l'expérience précoce et le comportement à l'âge adulte ont été basés sur des patterns d'attachement évalués à 12 et 18 mois d'âge. Il a été démontré que ces résultats étaient reliés aux mesures précoces de la réceptivité et de la réponse sensible des figures d'attachement, mais non liées à des mesures de tempérament précoce des jeunes enfants.** Ces résultats ont été soutenus par des méta-analyses et d'autres revues (59), par l'étude définitive Early Child Care Research Network de garde des enfants, qui est basée sur plus de 1200 participants dans plusieurs sites aux États Unis (60), et par des études utilisant des mesures physiologiques contemporaines du tempérament (5, 59).

Importante pour notre discussion, la recherche sur l'attachement montre que certaines compétences fondamentales du développement telles que l'auto-apaisement et la régulation émotionnelle, la confiance dans les relations, l'estime de soi, et la maîtrise de soi (entre autres) sont toutes développées à travers des interactions dyadiques entre enfants et figures d'attachement. Un exemple est celui de l'apaisement des enfants dans ses moments de crise : les effets neuropsychologiques d'un tel apaisement -l'inhibition des émotions débordantes- sont installés dans le cerveau de façon répétitive sous forme d'un savoir-faire neuropsychologique automatique, un prototype comportemental de régulation émotionnelle. La sécurité de l'attachement peut donc être conçue comme une pierre angulaire du développement et la cible sur laquelle travailler pour tenter de développer toutes ces qualités et capacités qui lui sont associées (15, 16, 22, 27, 30, 46, 50, 59, 61, 62).

Cette sécurité de l'attachement à l'âge adulte peut être mesurée à l'aide d'outils psychométriques (voir méthodologie) et peut être considérée quantitativement tout au long d'un continuum ou bien catégorisée en groupes selon des patterns spécifiques. Quelques catégorisations classiques sont : sécurisée/insécurisée (2 groupes), sécurisée/évitant/préoccupé/non résolu (4 groupes), organisé/désorganisé (2 groupes).

2.2 Insécurité de l'attachement, psychopathologie et TSPT-C

En plus de conceptualiser les aspects normatifs de l'activation du système d'attachement et le fonctionnement sécurisé, les experts ont identifié et étudié diverses formes d'insécurité de l'attachement, qui se produisent en réponse aux figures d'attachement abusives, négligentes, peu fiables ou insensibles (5, 15, 16, 60). Dans l'enfance, et lorsque les figures d'attachement ne sont pas disponibles et attentives, la recherche de proximité des enfants ne parvient pas à approcher ses figures d'attachement pour être aidés dans le soulagement de leur détresse. La sécurité ressentie n'est donc pas atteinte, et au cours du temps des MIO sont formés à l'image de ces interactions négatives. Des mécanismes de défense inadaptés sont développés pour faire face à la détresse psychologique qui monte et qui ne trouve pas de soulagement externe. Les compétences de base susmentionnées telles que la régulation émotionnelle, l'estime de soi et autres restent largement sous-développées, augmentant la probabilité de problèmes émotionnels et psychologiques ultérieurs. C'est ce que la théorie qualifie d'attachement insécurisé (16, 25, 46, 59, 60).

Mikulincer et Shaver ont examiné des centaines d'études transversales, longitudinales et prospectives des échantillons cliniques et non-cliniques. Ils ont constaté que l'insécurité de

l'attachement était fréquente chez les personnes avec une grande variété de troubles mentaux, allant de la détresse légère à des troubles graves de la personnalité et même la schizophrénie. Des résultats systématiquement compatibles ont également été signalés dans des études récentes (24, 25, 61, 63, 64).

Dans l'étude longitudinale de Minnesota précédemment citée, les prédictions de psychopathologies en corrélation avec la sécurité de l'attachement à l'enfance étaient étonnamment fortes après contrôle de tous les autres facteurs y compris le tempérament. L'attachement désorganisé dans l'enfance, la classification d'attachement la plus rare, a été liée à de nombreux indicateurs de psychopathologie dans l'adolescence et l'âge adulte, souvent au-delà de toute autre mesure dans les premières années de la vie (avec des corrélations dans la gamme de 0.40) (5). Il a été confirmé que l'attachement désorganisé était prédite par le comportement effrayant des parents : lorsque les parents sont à la fois source de la peur et de la sécurité ressentie, l'enfant est confronté à un dilemme impossible qui ne peut être résolu qu'en ségrégant l'expérience et par un effondrement de l'organisation comportementale (18, 65).

La sécurité de l'attachement joue un rôle important dans la détermination des symptômes du TSPT qui vont se développer ou non suite à l'exposition à un traumatisme à l'âge adulte (17, 52, 63, 66). L'attachement insécure peut interférer avec la restauration de l'équanimité émotionnelle suite à un traumatisme et augmenter les chances de développer des symptômes du TSPT (17, 30, 52).

Les effets négatifs rapportés au sein de la littérature sur le TSPT-C par rapport au trauma complexe sur le développement de l'enfant sont presque identiques à ceux rapportés par les auteurs dans la littérature sur l'attachement en relation aux figures d'attachement abusifs et le développement d'un attachement insécure et plus précisément sa variété la plus grave, l'attachement désorganisé (18). Les experts de chaque domaine suggèrent que les figures d'attachement négligentes ne parvenant pas à satisfaire les besoins psychobiologiques de leurs enfants, obstruent indirectement leur capacité innée pour le développement de compétences internes fondamentales pour un fonctionnement humain sain. Il a été démontré dans les deux domaines que cette négligence dans les relations de soins précoces laisse une impression profonde et durable chez l'enfant, conceptualisée comme des MIO chez Bowlby ou comme des «systèmes de croyances» dans la littérature TSPT-C, qui continuent d'affecter négativement les comportements et les expériences futurs de la personne, y compris une diminution de la

résilience face aux événements négatifs futurs telles que des traumatismes à l'âge adulte. En outre, dans le cas du TSPT-C et de l'attachement désorganisé, en plus de la négligence, des soignants ont pu abuser de l'enfant physiquement, émotionnellement ou sexuellement, interactions effrayantes qui sont internalisées et qui continuent à affliger l'esprit du sujet à l'âge adulte (18).

Mais la sécurité (et donc la classification) de l'attachement n'est pas de toute façon figée à l'enfance, et la théorie de l'attachement est loin d'être déterministe. En effet, les MIO construits en interaction avec des figures d'attachement pendant l'enfance peuvent changer au cours de la vie (12, 19, 29, 30, 67). Il y a des nombreuses formes dans lesquelles un tel changement peut se manifester : parfois le sujet s'implique dans une relation de couple stable avec quelqu'un de sécurisant et à long terme ses MIO sont affectés ; parfois le sujet entre dans une relation thérapeutique avec un professionnel sensible qui sert de modèle pour modifier ses MIO et il y a aussi des cas où des sujets religieux utilisent leur relation intérieure aux personnages spirituels pour modifier les MIO (29, 30). Mais Brown affirme que tous ces «chemins vers la sécurité» sont incertains, longs, et mal ciblés. Selon lui, si nous voulons changer des MIO, il est beaucoup plus facile, rapide, et effectif de les cibler directement en tant que représentations (28, 32, 33). Les recherches et techniques explorées à continuation proposent un forme de réalisation précise : des interventions créées avec la mission d'affecter voire de changer les MIO des sujets.

III. La sécurisation de l'attachement par amorçage de figures d'attachement sécurisantes

3.1 Les études de Mikulincer et al.

Dans leurs expériences, Mikulincer et al. ont utilisé des techniques de recherche validées dans le domaine de la cognition-sociale pour activer expérimentalement des représentations mentales des figures d'attachement sécurisantes chez des adultes et mesurer leurs effets émotionnels (29, 30). Ces techniques comprenaient la présentation subliminale des images suggérant la disponibilité de figures d'attachement sécurisantes (par exemple, un dessin de Picasso d'une mère berçant un enfant dans ses bras) ou l'imagerie guidée concernant la disponibilité et le soutien d'une figure d'attachement imaginaire. Ils ont comparé les effets de ces amorçages aux effets de stimuli émotionnellement positifs mais sans rapport à l'attachement (par exemple les visages de connaissances qui ne sont pas des figures d'attachement) ou stimuli émotionnellement neutres (par exemple des photos des meubles). De

façon constante, les représentations de la disponibilité de figures d'attachement sécurisantes ont amélioré l'humeur des participants et en général l'ont fait de façon plus fiable et puissante que d'autres stimuli positifs. Mikulincer, Hirschberger, et al. (2001) ont conclu que l'amorçage temporaire des représentations mentales des figures d'attachement sécurisantes chez les adultes produit un effet calmant et apaisant similaire aux effets des interactions réelles avec figures d'attachement bienveillantes dans l'enfance (30).

En 2006 Mikulincer et al. ont mené une expérience pour déterminer si un tel amorçage pouvait atténuer les réponses cognitives et émotionnelles au traumatisme provoqué par les attentats sur les villes israéliennes. Ils ont trouvé que la disponibilité symbolique de représentations d'attachement sécurisant provoquée par les techniques d'amorçage susmentionnées avait un effet apaisant en réduisant l'intensité des symptômes du TSPT, ce qui contribuait à expliquer pourquoi les personnes avec attachement sécurisé sont moins susceptibles que leurs homologues insécures de développer le TSPT. Les auteurs offraient des pistes par rapport à la possibilité d'induire une telle disponibilité symbolique à long terme, ce qui constituerait un véritable changement des MIO (30).

3.3 Méthodes cliniques

En 1990, Murray-Jobsis a décrit dans un manuel de techniques d'hypnose sa technique appelée «reparentage» créée pour travailler avec des populations victimes d'abus dans l'enfance. Il s'agit avant tout de faciliter la régression en âge dans l'enfance et donner au patient, à travers des suggestions hypnotiques, des expériences d'un parentage sécurisant dont il a manqué. La méthode met l'accent sur l'expérience d'être physiquement tenu, le sentiment d'aimer et être aimé par la mère, d'être en sécurité et en confort, la découverte du corps physique et ses limites, et ensuite la séparation de la mère et l'individuation, l'acceptation du monde imparfait, et l'exploration autonome (31). Le «reparentage» n'était pas conçu originellement comme une technique de sécurisation de l'attachement (l'auteur ne mentionnant pas du tout ce cadre théorique) néanmoins sa description correspond aux critères soulignés par Mikulincer & Shaver, avec l'addition particulière de la régression hypnotique qui permet a priori d'installer ces expériences imaginaires à un niveau représentationnel plus profond.

Parnell (2013) a créé une autre méthode qui utilise aussi l'imagination pour créer la figure d'une mère idéale. Dans le cas de Parnell, son travail est spécifiquement inscrit dans le cadre de la théorie de l'attachement et le TSPT-C, sa méthode étant conçue pour être utilisée dans la phase de préparation d'un protocole EMDR (12). A l'instar de Murray-Jobsis, Parnell

a pour but d'assister les patients traumatisés avec la réparation de déficits développementaux et de blessures d'attachement. Dans la méthode de Parnell, c'est le patient qui va imaginer puis décrire les qualités souhaitées pour sa mère idéale, parfois en prenant plusieurs séances pour parvenir à la définir, souvent en utilisant des caractéristiques qui contrebalancent les déficits de sa propre mère (pour exemple si la mère réelle souffrait d'un trouble bipolaire, la mère idéale serait émotionnellement stable). Cette mère imaginaire est utilisée alors dans l'imagerie guidée qui met le patient dans la peau d'un enfant en relation avec un tel personnage sécurisant (12).

3.4 Ideal Parents Figures Method (IPF)

Brown, Elliot et ses collègues ont développé la méthode clinique la plus complète de sécurisation de l'attachement, nommée Ideal Parents Figures Method (IPF, Méthode de Figures Parentales Idéales). Elle consiste en un protocole d'imagerie semi-structuré guidé par le thérapeute qui conduit le patient à travers des expériences d'attachement sécure. Celui-ci se visualise en tant qu'enfant en compagnie des figures parentales imaginaires qui expriment à son égard cinq qualités particulières et ce tout au long de plusieurs scènes consécutives. Ces cinq qualités ont été soigneusement choisies dans la littérature de l'attachement car il a été démontré qu'il s'agissait de qualités fondamentales du parentage menant à la constitution d'enfants sécures (5, 15, 59). Ces qualités sont : la sécurité et la protection, l'accordage, l'apaisement, l'expression de la joie vis-à-vis de l'enfant et la promotion d'une estime de soi forte et unique (5, 14, 15, 28, 32, 33)

Dans l'application de la méthode, l'imagerie varie légèrement selon la classification d'attachement du patient au début de la thérapie. Comme dans la méthode de Parnell, les patients sont encouragés à modeler ces figures parentales imaginaires selon l'image de personnages de la littérature, des films, de l'histoire etc. qui manifestent les qualités susmentionnées. Dans des cas particuliers, il peut s'agir de personnes de la vie réelle qui ont montré ces qualités envers le patient, pouvant ainsi être utilisées comme modèle pour les parents imaginaires (28, 32, 33).

La méthode IPF vise directement à une reconfiguration positive des MIO chez le patient et à l'augmentation de la sécurité de l'attachement. D'une certaine façon, l'IPF offre au patient une nouvelle opportunité pour revivre des épisodes clés de son développement dans une situation beaucoup plus favorable, ce qui ouvre la porte à un résultat différent. Reprenons un exemple déjà évoqué dans ce travail : tandis que dans sa véritable enfance un sujet peut avoir

eu l'expérience de la négligence des parents face à ses besoins émotionnels d'apaisement, donc empêchant le développement de sa capacité neuropsychologique d'inhibition des émotions débordantes, au contraire, pendant les séances d'IPF le sujet aura l'opportunité de vivre l'expérience d'être un enfant apaisé pendant ses crises émotionnelles par des parents sensibles et bienveillants. Comme dans l'enfance véritable, la répétition imaginaire d'une telle expérience d'apaisement produirait une internalisation du comportement d'inhibition et deviendrait le prototype de la régulation émotionnelle (12, 22, 27, 28, 32, 33).

Une particularité de cette méthode est qu'elle est souvent enregistrée en version audio par le clinicien et donnée au patient pour une écoute quotidienne à la maison. L'enregistrement audio peut aussi être utilisé comme méthode de «coping» lors des épisodes déséquilibrants dans la vie quotidienne. De cette façon, la méthode IPF augmente son efficacité par le biais de la répétition quotidienne (33).

Les cliniciens qui ont utilisé cette méthode avec réussite clinique sont nombreux (32). Un livre/manuel détaillé de la méthode, écrit par Brown, Elliot et Al. sera publié dans le premier trimestre de 2016 (28), et des formations à l'IPF sont actuellement offertes par Brown et Elliot à l'échelle internationale.

B. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. Problématique et hypothèses

1.1 Problématique : IPF, sécurisation de l'attachement et stabilisation

«Si l'insécurité de l'attachement est un facteur de risque pour le développement des psychopathologies, alors la création, maintien ou rétablissement d'un sentiment de sécurité de l'attachement devrait augmenter la résilience et améliorer la santé mentale» – Mikulincer (25)

Nous avons décrit différentes méthodes conçues pour produire une sécurisation de l'attachement visant à augmenter la résilience face aux événements traumatiques, améliorer l'humeur, et dans le cas des méthodes cliniques, améliorer des symptômes psychiatriques.

À ce jour, seules les méthodes de sécurisation temporaires de Mikulincer et al. ont été vérifiées par la recherche. La preuve des effets de sécurisation et des effets positifs d'un point de vue clinique des méthodes de Murray-Jobsis, Parnell et Brown et al. repose sur des études de cas et il n'y a pas eu à notre connaissance de recherche pour la vérifier.

Notre étude vise donc à vérifier les effets dans la sécurisation de l'attachement d'une de ces techniques, Ideal Parents Figures Method de Brown (IPF), et les effets cliniques que cette sécurisation peut avoir sur des sujets avec un des diagnostics les plus complexes et sévères de la littérature clinique : le TSPT-C.

La revue de littérature sur le traitement du TSPT-C indique un traitement en trois phases commençant par la stabilisation. Notre étude vise à vérifier si une thérapie focalisée sur la sécurisation de l'attachement pourrait produire des effets cliniques analogiques à ceux attendus dans cette première phase du traitement du TSPT-C.

1.2 Hypothèses générales et hypothèses spécifiques

Hypothèses générales

Hypothèses spécifiques

A) Suite au traitement IPF il y aura une amélioration clinique générale des patients TSPT-C.

- A1) Réduction de l'intensité de la symptomatologie spécifique TSPT-C avant / après mesurée par le score de sévérité des symptômes de l'instrument SIDES-SR.
- A2) Réduction de l'intensité de la symptomatologie de psychopathologie générale mesurée par l'indice de sévérité générale de l'instrument BSI.
- A3) Une augmentation de la qualité de vie mesurée avec le score général de l'instrument WHOQOL-BREF.

B) Cette méthode thérapeutique remplira au moins en grande partie les attentes d'une thérapie de stabilisation pour le TSPT-C.

- B1) Amélioration dans les 3 domaines du TSPT-C impliqués dans le traitement de stabilisation (régulation émotionnelle, altération de la conscience et l'attention, troubles dans la perception du soi) mesurés par l'instrument SIDES-SR.
- B2) Signes qualitatifs d'amélioration clinique analogiques à ceux envisagés par la phase de stabilisation d'un traitement multi phases pour le TSPT-C.

C) Suite au traitement IPF il y aura une augmentation de la sécurité de l'attachement chez les patients.

- C1) Une augmentation de la sécurité de l'attachement, mesurée par le Agency Score de l'instrument AAP.
- C2) Signes qualitatifs de sécurisation de l'attachement
- C3) Réduction des marqueurs de trauma dans les MIO des patients, mesurée par les Segregated System Trauma Markers de l'instrument AAP.

II. Cadre institutionnel et population de la recherche

2.1 Cadre institutionnel : L'Établissement Public de Santé Ville Évrard

L'étude a été effectuée au sein des services dans lesquels nous effectuons notre stage de Master 1, le Centre de psychothérapie et le Centre médicopsychologique de l'Établissement Public de Santé Ville-Évrard, respectivement à Saint-Denis et Epinay-sur-Seine.

Tout au long de l'étude nous avons reçu des conseils de collègues chercheurs au sein de l'Unité de Recherche Clinique de l'EPS, où nous avons aussi fait notre stage et où nous avons présenté à plusieurs reprises au cours de l'année les avancées de notre recherche.

Le Centre de psychothérapie de Ville Évrard offre des méthodes thérapeutiques particulièrement indiquées pour des patients traumatisés, qui viennent consulter pour des séances d'Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy (EMDR), de TCC, d'hypnose, de thérapie familiale etc.

L'emplacement du Centre de psychothérapie et du CMP dans des zones urbaines de banlieue assez pauvres facilite la concurrence des sujets de faibles ressources économiques.

2.2 Population et critères d'inclusion

Notre échantillon est composé des sept femmes, de la tranche d'âge 23-63 ans, qui sont venues consulter soit au CMP, soit au Centre de psychothérapie, pour des symptômes de TSPT. Au fil de la consultation, elles ont mentionné une histoire de traumatisme dans l'enfance (et dans plusieurs cas, à l'âge adulte également).

Nos critères d'inclusion pour les patients étaient :

- Jugement clinique d'un psychiatre du centre ou CMP, lors de la première consultation.
- Un score au-delà de la valeur seuil dans une ou plusieurs sous-échelles d'abus à l'enfance du test Children Trauma Questionnaire (CTQ) administré lors du premier bilan.
- Un score égal ou supérieur au moyen des patients TSPT publié dans le manuel de cotation de l'instrument SIDES-SR lors du premier bilan.

Bien que cela ne soit pas un critère d'inclusion, la majorité (N=6) de notre échantillon avait un attachement non résolu (qui correspond dans l'attachement adulte à la classification «désorganisée» dans l'enfance) lors du premier bilan selon l'instrument Adult Attachment Projective Picture System (AAP). Nous n'avons pas utilisé la classification d'attachement dans

notre étude (ni comme mesure de sécurisation ni comme critère d'inclusion) car ces classifications ne sont pas suffisamment sensibles pour évaluer certains niveaux de variation dans la sécurité de l'attachement.

Nous observons aussi avec intérêt qu'aucun sujet du sexe masculin n'est venu consulter pour trauma dans l'enfance durant la réalisation de cette recherche, et ce bien que les études montrent qu'ils sont aussi abusés (39, 42). Elaborer des hypothèses explicatives pour ce phénomène n'est pas dans l'objet de ce travail.

Graphique 2: Mesures au moment de l'inclusion

Prénom	SIDES-SR	CTQ Violence physique	CTQ Abus sexuel	CTQ Violence psychologique	CTQ Négligence psychologique	CTQ Négligence physique	CLASSIFICATION DE L'ATTACHEMENT
	33.6 ou +	11 ou +	11 ou +	16 ou +	16 ou +	14 ou +	
Mimi	45	13	9	17	5	18	non résolue
Claire	37	21	5	17	9	12	non résolue, avec deuil pathologique chronique
Marie	63	9	12	9	15	12	non résolue, avec deuil pathologique chronique
Margaux	37	19	5	18	9	18	non résolue, avec deuil pathologique chronique
Cynthia	55	6	7	22	19	12	évitant
Delphine	81	16	17	15	13	11	non résolue, avec deuil pathologique chronique
Laura	60	13	7	18	15	11	non résolue, avec deuil pathologique chronique

Nous présenterons davantage d'informations sur chaque patient et leur historique de traumatismes particuliers dans la section présentant nos données qualitatives. Evidemment, les

prénoms ont été changés ainsi que certaines informations personnelles afin de protéger l'anonymat de nos sujets.

Nous avons rédigé le formulaire de consentement avec le personnel de Ville Évrard ; il a été signé par toutes les patientes. Une copie est visible en Annexe.

III. Instruments d'évaluation

3.1 SIDES-SR

Bien que plusieurs instruments psychométriques soient disponibles pour mesurer certains symptômes spécifiques du TSPT-C, seuls deux instruments ont été développés pour évaluer la constellation entière de ces symptômes. Il s'agit du Structured Interview of Disorders of Extreme Stress (SIDES, entretien structuré pour troubles de stress extrême) et du Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR, auto-questionnaire pour troubles de stress extrême). Le SIDES a été utilisé pendant les essais sur le terrain pour le DSM-IV (8).

Le SIDES-SR est un instrument sous la forme d'auto-questionnaire à 45 items, développé par Van der Kolk comme outil diagnostique pour évaluer la présence du TSPT-C, et comme une méthode d'évaluation continue de la sévérité des symptômes dans le temps (68). Cette dernière méthode d'utilisation a été recommandée pour évaluer l'efficacité des traitements et c'est celui que nous avons décidé d'utiliser pour notre processus d'inclusion et pour notre évaluation d'évolution avant-après (3).

Le SIDES-SR évalue la présence de symptômes chez le répondant au cours de sa vie en utilisant une échelle dichotomique (oui/non), et l'intensité des symptômes vécue plus récemment à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points. Pour faciliter l'administration, les auteurs ont développé des exemples comportementaux culturellement appropriés pour chaque point Likert (4).

Les items de l'instrument ont été dérivés d'une revue de la littérature sur les réactions au trauma complexe et la validité des items a été évaluée par environ 50 experts dans le domaine (8).

Les qualités psychométriques de la traduction francophone du SIDES-SR, traduit par Payer (2012) dans sa thèse doctorale, ont été testées par le biais d'analyses préliminaires auprès de 438 adultes canadiens francophones. Payer a trouvé que l'instrument possède une structure factorielle de 5 facteurs, analogue à celle trouvée pour l'instrument en anglais par d'autres chercheurs américains. Payer rapporte une cohérence interne de 4 facteurs sur 5 qui varie

d'acceptable à très satisfaisante, et une stabilité temporelle, validité convergente, divergente et concurrente assez satisfaisantes (4).

Il n'y a pas encore de valeur seuil établie pour le SIDES-SR. Néanmoins, dans le manuel de cotation les auteurs offrent les résultats d'une étude de validation auprès d'une population américaine (N=63) d'individus avec un diagnostic de TSPT. La moyenne rapportée au score de sévérité est de 33.62 avec un écart type de 19.12. Nous avons utilisé cette valeur de moyenne comme valeur seuil pour notre inclusion, et nous l'avons aussi incluse dans notre graphique 2 comme norme à titre indicatif.

3.2 Adult Attachment Projective Picture System (AAP)

L'Adult Attachment Projective Picture System ou AAP est un instrument d'évaluation de l'attachement pour adultes et adolescentes basé sur l'analyse des réponses libres à un set standardisé d'images. Le AAP a été développé pour offrir aux chercheurs et aux cliniciens une mesure de l'attachement basée sur la théorie qui préserve l'emphase sur les représentations mentales et les processus de défense qui sont les caractéristiques fondamentales de la théorie de l'attachement (14, 16, 69, 70).

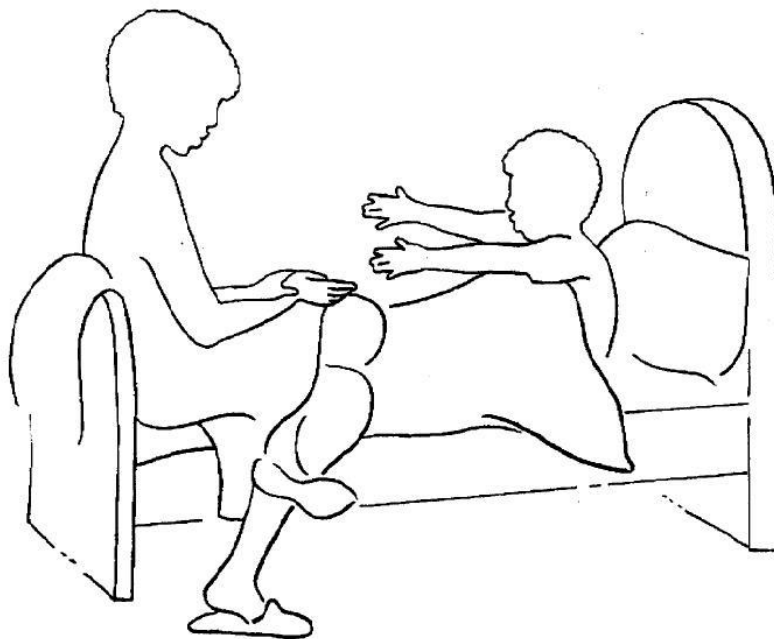
L'AAP est composé des huit images désignées : sept dessins liés à l'attachement et un dessin d'une scène neutre pour l'échauffement. Ces dessins dépeignent des événements qui, selon la théorie de l'attachement, activent le système d'attachement : mort, séparation, solitude, maladie et abus. Les dessins contiennent des dyades d'adultes, des dyades adulte-enfant, des adultes seuls, des enfants seuls et ils évoquent l'attachement tout au long de la vie de l'enfance à la vieillesse (69, 70).

L'AAP a une convergence de 90% par rapport aux classifications dans le test AAI, qui est reconnu par sa capacité démontrée de prédire la classification des interviewées dans «la situation étrange» d'Ainsworth dans l'enfance (15, 71). La fidélité inter-juge de l'AAP est de 85% à 90%. La fiabilité test-retest est de 84%. Bien que l'AAP soit un test projectif, les auteurs ont démontré empiriquement qu'il peut être utilisé plusieurs fois sans problèmes avec une même population entre périodes très courts (69, 70).

L'AAP évite l'inconvenance de l'administration et le phénomène d'omission de contenu qui sont communs avec l'Adult Attachment Interview (AAI). Tandis que l'AAI peut durer jusqu'à 120 minutes pour être administré (71), l'AAP peut durer 20 minutes (69). En outre, lorsque les sujets omettent de mentionner un contenu autobiographique lié au trauma

dans les interviews de l'AAI pour plusieurs raisons (72) le recours de l'AAP s'appuyant sur des caractères imaginaires aide à révéler des contenus traumatiques sans besoin d'invoquer l'autobiographie.

L'AAP contourne aussi les processus défensifs et l'effet de désirabilité sociale typiques des auto-questionnaires de l'attachement. Pour exemple, il est fréquent pour un sujet avec une classification d'attachement évitant de cocher dans un auto-questionnaire plusieurs items qui correspondent aux sujets sécures, ayant pour conséquence une mauvaise classification (73).



«Lit», Adult Attachment Projective Picture System (69)

Dans l'AAP les sujets sont classifiés dans une des quatre catégories d'attachement adulte qui sont équivalentes à celles de l'AAI : sécure, évitant, préoccupé, et non résolue. L'instrument différencie aussi des formes de deuil pathologique, basées sur l'opérationnalisation de George et West du model de Bowlby qui incluait trois groupes : «deuil échoué», «préoccupation avec la souffrance personnelle», et «deuil chronique» (14, 69).

En plus de cette classification générale, les individus sont décrits dans plusieurs dimensions dérivées de la théorie : Agency of Self (agentivité), Connectedness (connectivité) et Synchrony (synchronie), ainsi que des différences individuelles dans les modèles des processus défensifs basés sur l'attachement : Deactivation (désactivation), Cognitive Disconnection (déconnexion cognitive), et Segregated Systems – disorganisation (systèmes ségrégués - désorganisation). L'Agency of Self score mesure le degré où le soi est impliqué

dans un mouvement psychologique vers l'autonomisation, l'intégration, ou la compréhension face au stress d'attachement en utilisant les MIO. Ce score a été utilisé comme un score continu de la sécurité de l'attachement (62).

L'AAP permet un deuxième niveau de cotation appelé «trauma coding» (cotation de trauma) qui doit être utilisé une fois la classification du cas réalisée. Il évalue des marqueurs de systèmes traumatiques ségrégués et des indications de dépersonnalisation dans la transcription. Cette approche est utile pour examiner la façon dont le trauma d'attachement du passé continue ou pas à affecter les MIO (69).

Suite à nos conversations personnelles avec George, co-auteur de cet instrument et du fameuse AAI, nous avons décidé que le score Agency of Self et le score Segregated System Trauma Markers étaient les plus appropriés pour notre étude. Nous avons aussi vérifié avec lui que les classifications (ex. sécure, évitant, etc.) n'étaient pas assez sensibles pour évaluer le changement de la sécurité de l'attachement à court terme.

Toutes les transcriptions depuis nos administrations d'AAPs ont été cotées par George en aveugle, sans savoir quelle transcription correspondait à quel bilan ou à quel participant. Toute information privée a été enlevée ou changée dans les transcriptions avant de les envoyer pour garder l'anonymat des participants.

Le AAP a été validé par une population francophone au Québec par Béliveau et Moss en 2005 (74).

3.3 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Le CTQ est un questionnaire auto-rapporté qui permet d'évaluer cinq différentes formes de maltraitance dans l'enfance : la violence physique, l'abus sexuel, la violence psychologique, la négligence psychologique et la négligence physique. (39)

La violence physique implique des attaques physiques dirigées vers l'enfant par un individu plus âgé, qui impliquent des blessures ou un risque de blessure. L'abus sexuel renvoie à des attouchements ou à d'autres comportements de nature sexuelle entre un enfant et une personne plus âgée ; la contrainte est fréquente mais non essentielle dans l'abus sexuel. La violence psychologique se réfère à tout comportement humiliant, abaissant ou menaçant dirigé vers l'enfant par une personne plus âgée ; des attaques verbales qui concernent la valeur de l'enfant en tant que personne, ou son sentiment de bien-être. La négligence psychologique réfère à des situations où les personnes en charge de l'enfant ne répondent pas à ses besoins

psychologiques de base, notamment l'amour, l'apaisement, l'encouragement et le support. Finalement la négligence physique fait référence à des situations où les personnes en charge de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins physiques de base comme le fait de se nourrir, se loger et veiller à la santé de l'enfant (39).

Le questionnaire CTQ original a été développé par Bernstein et al. (1994). Il comprend 70 items avec une échelle de type *Likert* en cinq choix de réponse (de 1 = « jamais vrai » à 5 = « très souvent vrai »). Il a été élaboré à partir d'une revue détaillée de la documentation sur la maltraitance et à partir aussi de l'expérience d'une entrevue structurée, le *Childhood Trauma Interview*, développée par les mêmes auteurs.

Bernstein et Fink (1998) ont aussi développé et validé une version courte du CTQ (28 items), celle utilisé dans notre travail, où ils ont ajouté une échelle de déni à 3 items et les cinq échelles principales, représentant les types de trauma précédemment décrites, à 5 items chacune. Ces auteurs l'ont validée auprès de 378 sujets abuseurs de drogues et 396 patients adolescents avec troubles psychiatriques. Les données psychométriques indiquent que la consistance interne des échelles, évaluée par les alphas de Cronbach, est excellente et varie entre 0,68 et 0,91, et que la stabilité temporelle (test-retest) est excellente, variant entre 0,73 et 0,94. (39)

Cinq experts de la maltraitance, professeurs et chercheurs, ont spécifié pour chacun des items le score à partir duquel ils considèrent qu'il y a un risque de maltraitance. La valeur seuil pour chacune des cinq échelles est la moyenne des scores (entre 1 et 5) des juges-experts arrondie à l'unité la plus proche.

Paquette et al. ont démontré que les cinq échelles de maltraitance des versions longue et courte du CTQ sont valides et utilisables avec la population francophone au Québec (39). Paquette et al. signalent que plusieurs études ont démontré la validité des instruments rétrospectifs pour rapporter l'histoire d'abus et de négligence (39).

3.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

Le Brief Symptom Inventory (BSI, Inventaire abrégé des symptômes) de Derogatis (1993) est un auto-questionnaire de 53 items (à l'aide d'une échelle *Likert* à 5 points) qui permet d'évaluer neuf patterns de symptômes psychologiques cliniquement significatifs. Il est une version abrégée du Symptom Checklist List 90-R (SCL-90-R) de Derogatis. Les corrélations entre le BSI et le SCL-R-90 sont reportées dans l'ordre de .92 à .99 (75). Le BSI

est fréquemment utilisé comme une mesure avant-après dans l'évaluation des psychothérapies (76, 77), et il a été démontré que l'instrument est fiable et valide dans de nombreuses études transculturelles (75).

Les neuf dimensions évaluées par l'échelle sont la somatisation, l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, l'idéation paranoïde et les symptômes psychotiques (75).

Le BSI comprend aussi trois indices de stress globaux: Global Severity Index (GSI, indice de sévérité globale), Positive Symptom Distress Index (détresse par symptômes positifs), et le Positive Symptom Total (total des symptômes positifs). Les indices globaux mesurent le niveau présent de symptomatologie, intensité des symptômes et nombre des symptômes reportés respectivement (75).

L'indice de sévérité globale (GSI) a une forte cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach de .97. Cette bonne cohérence interne est rapportée par plusieurs autres études indépendantes (75).

Derogatis montre une bonne cohérence interne pour les neuf dimensions, de l'ordre de .73 jusqu'à .88 (selon la dimension). La fiabilité test-retest pour les neuf dimensions était de l'ordre de .68 à .91, et pour les indices globaux, de .87 à .90 (pour le GSI). Les corrélations entre le BSI et autres outils qui évaluent des symptômes similaires vont de modérées à fortes (77).

Les estimations de cohérence interne et la triangulation du score global et des sous échelles de chaque individu avec évaluations cliniques et reports verbaux démontrent que le BSI est un outil relativement fiable et valide transculturellement comme instrument d'évaluation de détresse psychologique globale (75).

Nous allons utiliser l'indice de sévérité globale (GSI) pour mesurer avant/après le traitement l'intensité des symptômes psychopathologiques.

3.5 World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF)

Dans la but de faciliter l'inclusion d'un outil mesurant la qualité de vie dans des batteries de tests de plusieurs disciplines, le groupe WHOQOL a décidé de construire et valider une version abrégée de l'échelle de qualité de vie World Health Organization Quality of Life 100 (WHOQOL-100, Qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé), instrument très réputé. Pour cela, l'équipe a essayé de maintenir l'aspect compréhensif de l'instrument original

en gardant au moins une question de chacune des 24 facettes liées à la qualité de vie. Pour cette version abrégée les auteurs ont choisi les items de chaque domaine du WHOQOL-100 qui étaient plus fortement corrélés avec le score total de qualité de vie (78).

Leur travail a donné le WHOQOL-BREF, un auto-questionnaire à 26 items. Les réponses sont données à l'aide d'une échelle Likert à cinq points. L'outil permet d'évaluer 4 domaines de la qualité de vie : le domaine physique, le domaine psychologique, le domaine des relations sociales et le domaine de l'environnement, en ajoutant deux items pour évaluer la qualité de vie en général et la santé physique.

L'équipe WHOQOL a trouvé de fortes corrélations entre les scores des domaines dans le WHOQOL-100 et le WHOQOL-BREF, de l'ordre d'entre .89 et .95 selon le domaine. Les valeurs de Cronbach alpha pour chacun des domaines étaient de l'ordre de .66 à .84 en démontrant une bonne cohérence interne. La version abrégée était aussi comparable au test original dans sa capacité de discriminer groupes de sujets malades et sujets sains. En résumé l'outil WHOQOL-BREF fournit une alternative adéquate au WHOQOL-100 pour l'évaluation de la qualité de vie (78).

Pour notre recherche nous avons utilisé le score général du WHOQOL-BREF, consistant à la moyenne de chaque domaine, y compris la moyenne des deux items séparés, multiplié par 4 pour arriver à un score de 0 à 20 équivalent à celui du WHOQOL-100.

IV. Protocole de la recherche

Notre protocole de recherche consistait à six rendez-vous avec chaque patient avec le plan suivant :

1. Premier bilan - inclusion
2. Psychoéducation théorie de l'attachement et fonctionnement d'IPF. Premier séance IPF. Le patient emporte le CD avec l'enregistrement audio de la visualisation
3. Deuxième séance IPF
4. Troisième séance IPF
5. Quatrième séance IPF
6. Bilan final

Le temps entre chaque rendez-vous était en général d'une semaine, mais cela a changé à plusieurs occasions devenant plus long ou plus court pour répondre aux besoins particuliers

des patientes ou du thérapeute. La durée moyenne de la thérapie jusqu'au deuxième bilan (rendez-vous 2 à 6) était de 7.4 semaines (ÉT 2.3). Nous n'avons trouvé aucune corrélation entre la durée totale de la thérapie et d'autres variables.

Chaque séance IPF était accompagnée d'un entretien semi-structuré qui est détaillé plus loin dans la section sur le traitement de nos données qualitatives.

La première séance IPF était précédée par une introduction psychoéducative aux éléments de la théorie de l'attachement et au fonctionnement de l'IPF.

Au cœur de chaque séance se trouve la pratique de l'IPF elle-même qui a été décrite dans la section de la revue de la littérature. Cela durait environ 15 minutes par séance.

Un CD était donné à chaque patiente à la fin de la première séance contenant un enregistrement audio de la visualisation narrée par le thérapeute. Cet enregistrement devait être écouté à la maison une fois par jour, exception faite des jours de séance. Néanmoins chaque patient l'a écouté un nombre différent de fois, avec un moyenne de 24.3 (ÉT 14). Nous n'avons trouvé aucune corrélation entre quantité de fois écouté et autres variables.

Nous signalons que Brown conseille six mois des séances IPF au minimum pour produire des effets d'amélioration clinique (33). Nous avons fait le choix de proposer seulement quatre séances hebdomadaires pour répondre aux contraintes de temps de notre étude.

Il est important de remarquer aussi que dans la méthode IPF il y a des variations que le thérapeute est sensé faire dans la visualisation pour s'adapter aux besoins particuliers de chaque classification d'attachement (28, 33). Dans le cadre de cette recherche, et pour permettre une comparaison plus valide des effets de cette technique sur plusieurs sujets, nous avons décidé d'utiliser un script identique avec toutes nos participantes ; elle se trouve en annexe. Nous avons donc sacrifié cet aspect clinique, potentiellement réduisant l'efficacité de la méthode, pour prioriser la rigueur scientifique.

Pour raison d'éthique scientifique il est important de remarquer que le thérapeute qui a conduit les séances d'IPF est aussi l'auteur de cette étude.

Nous avons été formés à la technique au cours de deux formations aux États-Unis, les diplômes correspondants se trouvent en annexe. Un diplôme de formation complémentaire en traitement hypnothérapeutique des troubles anxieux a été aussi inclus dans l'annexe. Nos interventions ont été supervisées et évaluées par des psychologues cliniciens et des psychiatres dans les centres respectifs susmentionnés, et ce à chaque étape du processus.

Nous voulons signaler enfin que le protocole de recherche que nous venons de présenter a dû changer par rapport à celui que nous avons originalement conçu. En effet, le protocole original était plus ambitieux et proposait un deuxième groupe des patients recevant un traitement d'EMDR (à la place d'IPF) pour 6 séances. Le groupe IPF, suite au deuxième bilan, devait rentrer aussi dans une thérapie d'EMDR pendant 6 séances. Un tel projet aurait pu permettre une comparaison entre EMDR et IPF en tant que thérapies pour le TSPT-C et une comparaison entre une thérapie monophasée (EMDR) versus une thérapie multi phases (IPF + EMDR) pour le traitement du TSPT-C. Nous avons finalement dû simplifier notre protocole original pour pouvoir finir le travail dans les délais imposés par le calendrier universitaire.

C. RESULTATS

I. Données sociodémographiques

Notre étude a été réalisée auprès de sept patients, dont 100% étaient des femmes. L'âge moyen était de 39 ans (ÉT 14.48). Sur le plan professionnel, 28.6% des sujets étaient au chômage au moment de l'inclusion, 28.6% avaient un emploi, 28,6% poursuivaient des études et 14.3% étaient à la retraite.

II. Traitement des données

1.1 Traitement des données quantitatives

Nous avons utilisé le logiciel SPSS version 23 pour le traitement des données.

La taille réduite de notre échantillon nous a obligés à utiliser des statistiques non paramétriques.

Nous avons choisi le test des rangs signés de Wilcoxon pour évaluer la significativité statistique des valeurs avant/après des variables.

Nous avons aussi utilisé le test non paramétrique rho de Spearman pour chercher de possibles corrélations entre nos différentes variables pour de possibles pistes de recherche, mais aucune corrélation significative n'a été trouvée.

Lorsqu'elles étaient disponibles, nous avons inclus les normes des tests utilisés dans les résultats, à titre indicatif et pour faciliter des discussions ultérieures.

1.2 Entretien clinique semi-structuré et traitement des données qualitatifs

Pendant le déroulement des deux bilans et des quatre séances d'IPF, le thérapeute a pris des notes en temps réel capturant parfois sous forme verbatim, parfois en paraphrasant, les paroles des patientes ainsi que des observations cliniques.

Au début de chacune des quatre séances d'IPF, le thérapeute a posé une série de questions à la patiente :

- «Est-ce que vous avez eu l'opportunité d'écouter le CD chez vous ? Si oui, combien de fois ? » – toujours avec la remarque «Sachez que vous ne serez pas jugée par la quantité rapportée et que rapporter une quantité erronée peut fausser notre étude».
- Si le patient avait écouté le CD au moins une fois le thérapeute posait les questions suivantes : «Est-ce que vous avez remarqué des effets pendant, et suite à l'écoute? »
- «Au-delà des séances formelles d'écoute, est-ce que vous avez remarqué des effets dans la vie quotidienne ? Lesquels ? »
- Et finalement «Est-ce que vous avez trouvé des soucis ou blocages particuliers en relation avec le CD ? Lesquels ? »

Les deux questions relatives aux effets étaient qualifiées par la remarque «les effets peuvent être négatifs, positifs, neutres, soit n'avoir aucun» pour encourager des réponses plus honnêtes et complètes.

La dernière question relative aux possibles blocages était conçue pour faciliter un échange par rapport aux possibles difficultés subjectives des patientes en relation au processus mené par IPF, donnant au thérapeute l'opportunité de pouvoir proposer des solutions à ces problèmes, basées soit sur des solutions standards proposées par les auteurs de la méthode, soit à partir d'un jugement clinique.

Suite à cette discussion, la séance continuait toujours par la pratique d'IPF avec le thérapeute et vers la fin de cette pratique les questions suivantes étaient posées :

- «Comme vous sentez-vous ? »

- «Est-ce que vous avez des remarques par rapport à cette expérience ? »

Nous avons résumé nos notes de chaque séance, contenant les réponses des patients dans les entretiens semi-structurés, les commentaires des patients -verbatim ou paraphrasés- et observations cliniques directes, en gardant seulement le matériel directement lié à :

- l'écoute du CD à la maison
- la pratique d'IPF avec le thérapeute
- blocages et troubles en relation à IPF et les interventions et solutions proposées par le thérapeute
- nouveaux événements particulièrement stressants dans la vie du patient
- anciens souvenirs subitement récupérés
- signes d'attachement insécurisé ou non résolu
- signes de sécurisation de l'attachement
- symptômes TSPT-C
- signes de stabilisation

Nous avons pris la décision de présenter un résumé de tous ces cas et toutes les séances, au lieu de présenter une étude de cas particulier. Ceci pour trois raisons : en premier lieu, nous croyons que choisir arbitrairement un cas dans un échantillon de sept patients peut donner l'impression d'un choix biaisé, dans un second temps, les sept patientes de notre échantillon ont montré des signes d'amélioration clinique qui méritent, chacun, d'être décrits, enfin, dans un troisième temps, nous sommes conscients de la nouveauté de cette approche thérapeutique en France et nous voulons donc partager «les coulisses» de son fonctionnement.

Dans la présentation de nos données qualitatives, on trouvera :

- L'information basique de chaque patient (le prénom et certaines données ont été modifiés pour préserver l'anonymat des patients)
- L'historique de traumatismes de chaque patient
- Le résumé des quatre séances et du dernier bilan
- Le nombre des séances faites à la maison (symbolisé par un chiffre dans une petite maison)

Nous avons signalé en gras dans les résumés des séances les parties qui peuvent être raisonnablement interprétées comme des signes soit de stabilisation (dans le sens TSPT-C), soit de sécurisation de l'attachement, soit des deux (le plus souvent) selon les critères suivants:

Signes de progrès dans une thérapie pour le TSPT-C dans la phase de stabilisation (3)	Signes de progrès vers la sécurisation de l'attachement (29, 30)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensation de sécurité</i> • <i>Régulation émotionnelle et auto-apaisement</i> • <i>Etablissement d'une alliance thérapeutique</i> • <i>Meilleur «coping» face aux crises et symptômes</i> • <i>Changements positifs dans la perception du soi</i> • <i>Réduction de symptômes</i> • <i>Réduction de la dissociation / augmentation de la sensation de réalité</i> • <i>Confiance en soi / dans les autres</i> • <i>Construction des réseaux de soutien</i> • <i>Récupération spontanée des mémoires traumatiques ou des souvenirs positifs</i> • <i>Diminution de la rumination</i> • <i>Prise en charge des fonctions corporelles de base telles que bien dormir, bien manger ou faire de l'exercice</i> • <i>Diminution des problèmes de somatisation</i> • <i>Sensation de maîtrise de sa propre vie / puissance personnelle</i> • <i>Changements vers une situation de vie moins dangereuse comme la rupture avec des relations abusives, la recherche d'emploi et la poursuite du traitement psychologique</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>«Sécurité ressentie» (sentiments de sécurité et/ou d'être protégé)</i> • <i>Régulation émotionnelle et auto-apaisement</i> • <i>Etablissement d'une alliance thérapeutique</i> • <i>Augmentation des ressources internes pour faire face à la détresse (coping).</i> • <i>Renforcement de l'estime de soi</i> • <i>Émotions positives spontanées / bonne humeur</i> • <i>Désir de proximité et connexion aux autres</i> • <i>Activation du système de «care-giving» : vouloir prendre soin des autres</i> • <i>Facilité à s'endormir</i> • <i>Capacité d'exploration intérieure (réfléchir et sentir) et extérieure (jouer, sortir, etc.)</i> • <i>Réduction de l'utilisation de défenses inadaptées</i> • <i>Sensation de maîtrise de sa propre vie</i>

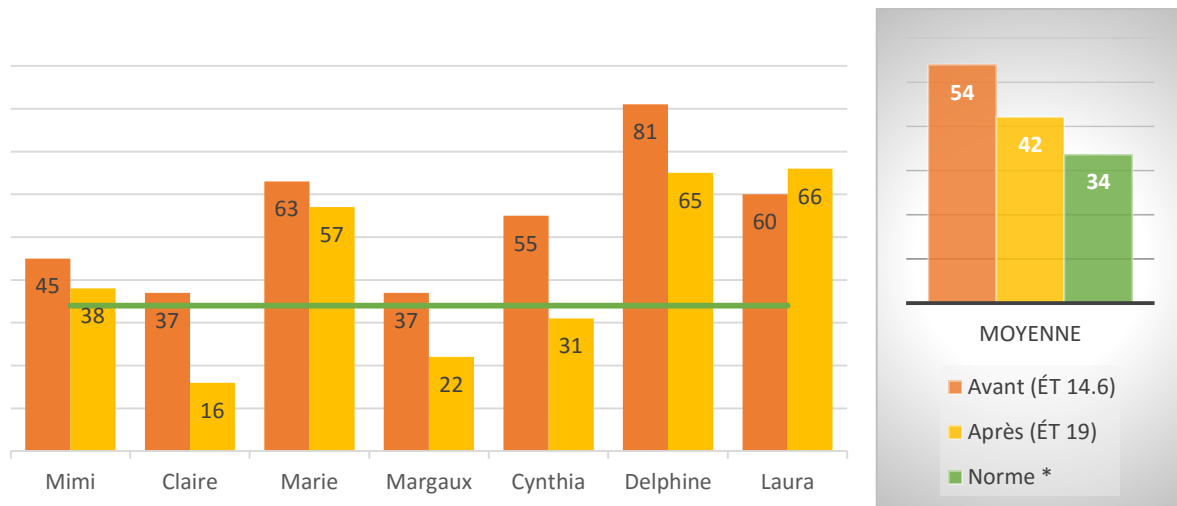
Nous aurions pu faire une analyse plus précise de nos notes de séances pour y déceler chacun de ces signes de façon quantitative, mais ces critères ne sont pas exhaustifs et nos notes ne sont pas toujours des transcriptions verbatim. En outre, nous estimons déjà avoir des données quantitatives de qualité.

Les données qualitatives traitées seront présentés dans la section suivante.

III. Analyse des données et vérification des hypothèses spécifiques

2.1 Symptomatologie du TSPT-C (SIDES-SR)

Graphique 3 : SIDES-SR, score de sévérité des symptômes du TSPT-C



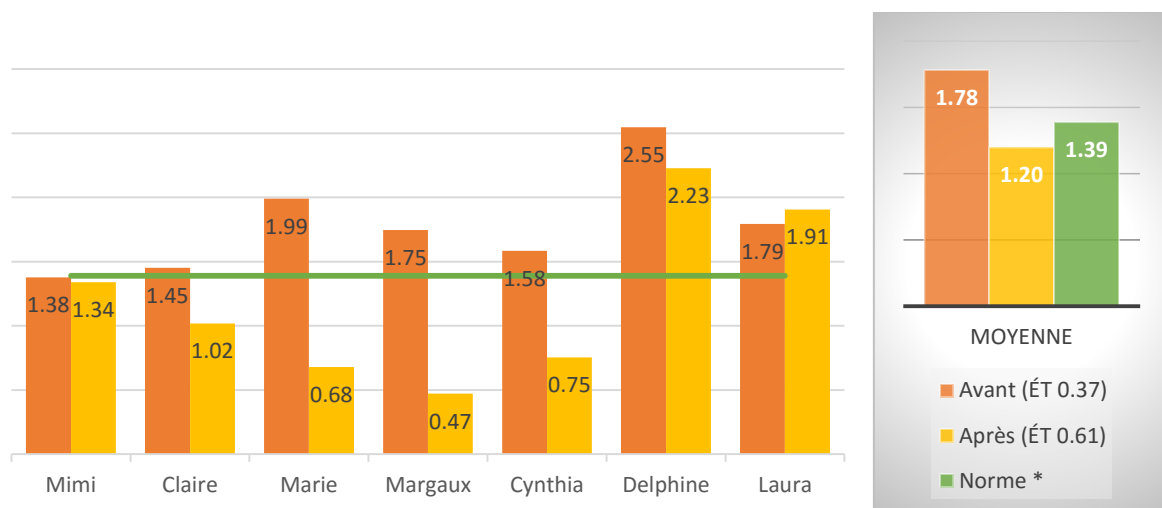
* norme : moyenne de score pour patients américains diagnostiqués avec TSPT

Résultat : réduction significative avant après (Test des rangs signés de Wilcoxon, $p=0.034$).

L'hypothèse spécifique A1 est donc vérifiée.

2.2 Symptomatologie de psychopathologie général (BSI)

Graphique 3 : BSI, indice de sévérité globale (GSI) des symptômes psychopathologiques



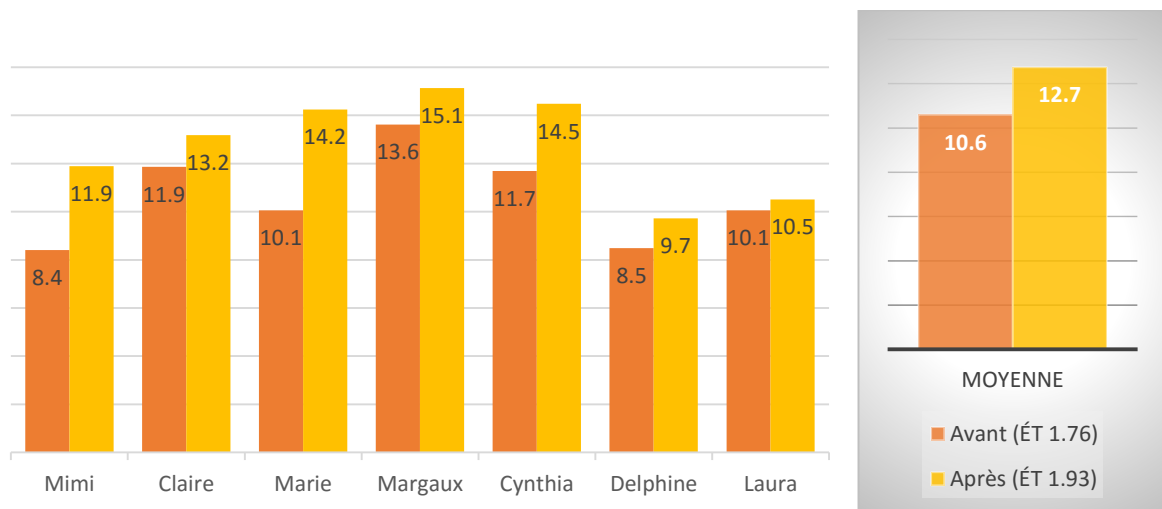
* norme : valeur seuil ; quand le score se trouve au-delà de ce point les symptômes sont considérés comme «cliniques». Norme pour patientes femmes américaines suivis en ambulatoire.

Résultat : réduction significative avant après (Test des rangs signés de Wilcoxon, $p=0.043$).

L'hypothèse spécifique A2 est donc vérifiée.

2.3 Qualité de vie (WHOQOL-bref)

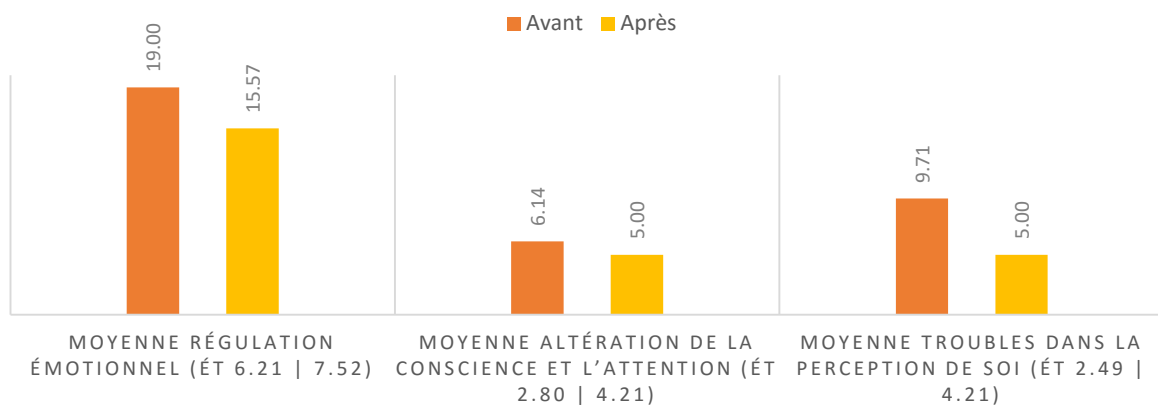
Graphique 4 : WHOQOL-bref, score générale



Résultat : augmentation significative avant après (Test des rangs signés de Wilcoxon, $p=0.018$). **L'hypothèse spécifique A3 est donc vérifiée.**

2.4 Sous-dimensions de symptomatologie du TSPT-C (SIDES-SR)

Graphique 5 : Sous-dimensions 1-3 du SIDES-SR



Régulation émotionnelle : réduction significative (Test des rangs signés de Wilcoxon $p=0.046$). Altération de la conscience et de l'attention: non significative (Test des rangs signés de Wilcoxon $p=0.23$). Troubles dans la perception de soi : réduction significative (Test des rangs signés de Wilcoxon test $p=0.042$).

L'hypothèse spécifique B1 est donc partiellement vérifiée.

2.5 Entretiens semi-structurés

Présentation

Historique trauma

1ère séance

Mimi

- 34
- Divorcée.
- 3 enfants
- Salariée
- Parents africains, née en France.
- Enfant unique, 10 demi-frères et sœurs. Aînée de la fratrie.
- Collège. Lycée professionnel.
- Médicaments : somnifères

- Difficultés matérielles importants dans l'enfance : pour se nourrir, pour se vêtir, pour se soigner, etc.
- Agressée physiquement dans l'enfance par sa belle-mère.
- Témoin de violences physiques envers sa mère.
- Témoin d'abus sexuels envers des membres de sa famille.
- Fugue à 15 ans.
- Trompée par le père de ses enfants. S'ensuit un divorce.
- Tentative de viol dans le RER à 17 ans. Ne prends plus le RER.
- Grave accident de la route (très récent)

Mimi a suivi sa première pratique guidée d'IPF en étant très concentrée, ne semblant jamais être distraite.

Suite à la pratique elle a évoqué la seule scène qu'elle a préférée, celle où elle reste toute seule au cours de la visualisation.

Claire

- 43 ans
- Divorcée
- Médicaments : myorelaxants

- Son père frappe tout le monde dans la famille.
- Sa mère demande au père de la frapper.
- Son père trompe sa mère, part avec sa maîtresse, abandonne sa famille sans ressources économiques.
- À l'âge adulte elle se marie, son mari la trompe, elle divorce.
- Son frère meurt dans accident de voiture.
- Sa sœur se suicide le jour suivant.
- Elle est violemment agressée par une dame dans la rue.

Claire raconte qu'elle a des difficultés pour écrire des textes longs, ne peut pas se concentrer par exemple pour écrire un CV. Elle a eu une bonne première expérience avec l'IPF et dit qu'elle va le faire tous les jours. Elle a une grande imagination et a pu tout de suite imaginer des parents idéaux – «El Zorro» est devenu son père, l'ange gardien du film «Fatima», sa mère. **Elle a fini la pratique IPF avec un sourire et a dit «ça fait du bien». Elle s'est rappelée d'un événement effrayant de l'enfance : voir un grand chien manger un chaton vivant tout d'un coup.**

Marie

- 43 ans
- Célibataire
- Sans enfants
- Sans emploi, au chômage.
- Fratrie 3 filles.

- Attouchements sexuels dans l'enfance.
- Témoin d'abus sexuels sur sa sœur.
- Victime de harcèlement d'un garçon à l'école.

Dans cette première séance Marie a bien compris le protocole et a pu bien suivre l'IPF en séance.

Margaux

- 50 ans
- Célibataire
- 4 enfants en âge adulte
- Salariée
- Etudes jusque CM2
- Née au Cap Vert. Arrivée en France il y a 30 ans.
- Fratrie de 12.

- Maltraitée psychologiquement dans l'enfance par sa mère.
- Sa mère l'a frappée tout le temps, « ne l'aime pas ».
- Son père ne l'a pas protégée.
- Témoin des violences de sa mère à l'encontre de son père.
- Sa mère continue à la maltraiter psychologiquement à l'âge adulte.
- Maltraitée dans sa vie conjugale par ses compagnons.

Margaux raconte qu'elle pleure toujours quand elle regarde des films qui montrent une famille qui s'aime. Elle dit qu'elle a des difficultés pour s'attacher aux hommes. Elle a interrompu sa première pratique IPF, en disant «je ne peux pas», éprouvant une forte douleur au ventre, au bras gauche et de l'angoisse. **Je lui ai demandé d'utiliser les parents imaginaires pour l'apaiser dans cette angoisse. À ce moment quelque chose a changé, elle a dit se sentir instantanément en paix..** Elle est partie très motivée pour pratiquer chez elle.

2ème séance

Elle dit avoir un **meilleur sommeil depuis une semaine**. À cause du problèmes techniques avec le CD, Mimi n'a pas pu l'écouter à la maison. Elle a suivi l'IPF en séance en étant complètement absorbée dans la pratique. Elle trouve difficile d'imaginer des parents bienveillants ; je lui demande si elle a connu des personnes bienveillantes dans son passé, elle se souvient d'une professeure d'école primaire qui l'a respectée, l'a protégée et la mettait en valeur. On utilise ce souvenir pour modeler sa mère idéale dans ses visualisations. L'alliance thérapeutique est en train de s'installer.

0

1

5

3ème séance

IPF a activé chez Mimi un désir de relations sécurées. Elle se rend compte d'un coup que d'offrir «care-giving» (soin) aux autres et de le recevoir elle-même lui fait beaucoup de bien. Elle a commencé à regarder d'autres dyades mère-enfant plus attachées avec envie, et a commencé à imiter ses «parents imaginaires» dans la façon dont elle traite ses enfants. Se pose des questions par rapport à son couple, désirant quelqu'un de plus attachant. Se montre impatiente pour faire la pratique. Forte alliance thérapeutique, elle rapporte avoir parlé «de la thérapie et du thérapeute à tout le monde».

2

13

4ème séance et bilan

Mimi a commencé à utiliser l'IPF avec succès pour s'endormir. Elle rapporte faire des câlins à ses enfants, faire attention à les écouter, et dit qu'elle a complètement changé sa façon de les élever – avec chagrin de ne pas avoir vécu ce type de traitement elle-même. Suite à notre pratique d'IPF, Mimi pour la première fois avait les larmes aux yeux et une véritable expression de bonheur. Elle a rapporté se sentir bloquée vis-à-vis des expériences d'amour imaginées dans l'IPF. Elle semblait être entraîné de commencer à s'ouvrir.

Claire a écouté le CD tous les jours. Elle dit se sentir «plus légère» après l'avoir écouté, soulagée. Elle dit : "les problèmes de la vie sont les mêmes, mais intérieurement je me sens apaisée".

Elle voit seulement la mère dans la visualisation, pas le père. À la fin de la pratique IPF en séance elle a dit «ça fait de bien, c'est bien ciblé, je vais le faire tous les jours et ça va changer les choses pour moi».

6

3

19

Claire dit qu'écouter le CD à la maison l'apaise et la soulage. Elle remarque qu'apuvant elle refusait d'aider ou de voir sa mère mais que depuis qu'elle a commencé la thérapie elle a spontanément voulu la voir. Claire dit «je me sens un peu plus forte, plus sûre de moi-même et de ma valeur». Elle dit «avant je commençais à parler et ne finissais pas mes phrases, je sentais que les autres n'étaient pas intéressés par moi ; maintenant je sens que les autres sont intéressés». Claire dit «je suis surprise qu'en tellement peu de temps j'aie vécu un tel changement».

Claire est venue un peu stressée, «c'était une semaine très dure» elle a dit. Sa sœur avait été hospitalisée et sa mère l'avait maltraitée quelques heures avant de venir en séance. Elle a spontanément décidé d'utiliser le CD pour se calmer: «c'était le calme au milieu des «nerves»...une force opposée à la méchanceté, aux paroles blessantes». On a fait l'IPF, elle a fini en disant «ça fait du bien malgré le gros problème». Quand on se rencontré pour son bilan final elle a dit qu'elle continuait à utiliser le CD et elle a dit «honnêtement, ça va mieux ».

Marie a écouté le CD tous les jours, elle semble très engagée. Pendant l'IPF en séance, elle a pleuré un peu. Elle a ensuite expliqué que dans la scène de la visualisation où il y a une menace et que les parents idéaux lui viennent en aide, elle n'arrivait pas encore à se sentir protégée par eux. Par contre, elle a dit qu'elle avait réussi à se sentir aimée, appréciée, et unique dans d'autres scènes de la visualisation où les parents imaginaires exprimaient des sentiments de fierté envers elle en tant qu'enfant.

4

6

19

Marie rapporte que le CD a commencé à lui faire du bien, et a dit qu'en dehors de la visualisation, pendant la vie courante les sentiments vécus en IPF (être aimée, respectée, appréciée, etc.) reviennent tout seuls et l'aident à gérer un peu ses angoisses. Dans l'IPF en séance, elle a réussi pour la première fois dans la scène de la protection : ses parents imaginaires ont «claqué la porte» virant à l'agresseur pour la protéger. Elle a senti que cette expérience avait produit un changement profond en elle. Elle disait se sentir très positive par rapport à la thérapie.

Marie rapporte avoir vécu un éternement du fait que ses vrais parents ne lui avaient pas donné ce qu'elle vivait dans l'IPF, mais qu'elle était arrivée à dépasser ce sentiment négatif en continuant à utiliser le CD. Elle remarque qu'avant elle n'aurait pas pu faire ça. Elle rapporte «une évolution dans la profondeur de l'émotion et de la sensation». Maintenant, l'IPF la touche plus profondément. Dans la vie quotidienne en dehors du CD elle se sent «plus sûre de soi même, plus à l'aise, et plus capable de s'apaiser face aux angoisses». Elle dit «se sentir mieux après la thérapie».

Margaux a raté un rendez-vous. Elle écoute le CD tous les jours et relate par écrit les effets des séances (3 positives, 11 négatives). Difficulté à s'imaginer des parents bienveillants, on fait le lien avec les personnages bibliques qu'elle aime et ça fonctionne. Après l'IPF, elle finit dans un état inquiétant («j'ai la tête qui tourne») et elle va prendre 5 minutes pour se stabiliser. D'un coup l'expression de son visage change, elle dit «tout ça travaille!» en se touchant le ventre, et elle commence à sourire. Elle a dit «c'est le type de travail qui est guérison». Elle dit être convaincue que ce travail pourrait la soigner.

13

14

24

Margaux ramène spontanément sa liste des effets de séances à la maison –7 positives, 7 négatives. Elle remarque que «les négatives sont aussi positives car elle est en train d'évacuer le côté négatif de son être» et «qu'elle se sent soulagée toujours après». Elle dit que dans la vie quotidienne elle est plus relâchée, que «ça va mieux dans la tête» et qu'elle dort plus paisiblement avec moins des cauchemars. Pendant l'IPF elle se montre pour la première fois relâchée. À la fin elle a eu à nouveau des douleurs dans son bras gauche. On a utilisé les parents imaginaires pour l'apaiser et la douleur a disparu.

IPF à la maison ou en séance est devenu toujours positive sans aucune douleur physique ou autre. Elle a remarqué dans une fête des relations très unies et d'amour d'une fille et de son papa ; Margaux "sentait quel bien ça faisait à la fille" et elle "se voyait comme la fille". Elle dit qu'elle commence à s'ouvrir à nouveau, qu'elle a spontanément commencé à envoyer des mots d'amour dans des SMS à sa fille, ce qu'elle ne pouvait pas faire avant. Ses enfants lui ont dit qu'avant elle était un peu méchante mais que maintenant elle avait changé. Elle dit "maintenant je sais que je toujours mérite d'être aimée".

Présentation

Historique trauma

1ère séance

Cynthia

- 23 ans
- Célibataire
- Etudiante / Salariée

- Violences physiques, abus psychologiques.
- Maltraitée et frappée par son père.

Cynthia a manqué le premier rendez-vous et s'est trompé d'heure pour le deuxième. On fait l'IPF ; elle s'arrête et ouvre ses yeux après 2 minutes, en pleurant et profondément touchée. Je le propose d'arrêter mais elle dit que ça va, donc elle referme ses yeux. Je lui rappelle l'importance d'utiliser l'imagination et non la mémoire. Après avoir terminé elle dit « c'était étrange ». Elle rapporte sentir que son passé voulait rentrer dans la visualisation, mais elle est arrivée à revenir. **Vers la fin de la pratique elle a senti des émotions positives.** Elle se montre contente d'emporter le CD.

Delphine

- 65 ans
- à la retraite

- Père violent et alcoolique. Frappait sa mère.
- Frère extrêmement violent.
- Violée par son frère à 11 ans, sa mère était présente et ne faisait rien.
- Mère la « déteste »
- Mère lui volait son argent
- Dans la vie adulte, son ex-mari l'a violée souvent.
- Sœur aînée morte l'année dernière
- S'est fait agresser récemment dans la rue, elle ne sort plus de la maison.

Patiente très confiante une fois le protocole expliqué en détail. On a fait l'IPF pour la première fois. Quelqu'un a ouvert la porte pendant la visualisation. Difficile pour elle de s'y remettre, m'a dit que la scène de la chambre lui rappelait le viol, la chambre imaginaire devenait noire et les murs se fermaient. Je lui ai indiqué d'imaginer pendant la visualisation qu'elle a la clé et donc le contrôle de sa propre chambre: personne ne peut rentrer sauf si elle l'autorise. **Elle a essayé et elle a pu ressentir qu'elle se sentait en sécurité à la fin de l'exercice.**

Laura

- 26 ans
- Célibataire
- Sans enfants
- Etudiante/salariée
- Médicaments : antidépresseur (deroxat) et anxiolytique (atarax)

- Abus sexuels (inceste), violences physiques, grande violence psychologique.
- Bébé, son père la jetait dans le canapé «pour qu'elle arrête de pleurer».
- Viol récent

Laura propose pour mère idéale un personnage mythologique qui a tué ses enfants (j'explique pourquoi ce n'est pas juste). On a fait l'IPF, elle a interrompu ouvrant les yeux avant la fin et rapportant sentir «le cerveau qui se fend en deux» (céphalée forte). Ressent de la culpabilité par rapport à ses parents (conflit de loyauté). Je lui explique que l'on n'est pas en train de changer vraiment ses parents pour d'autres, et qu'en fait cette pratique améliore en général la relation avec les vrais parents. Elle se sent soulagée par l'explication.

2ème séance

Elle a écouté le CD avant de se coucher et ça l'a beaucoup aidée à s'endormir dans une période stressante (révision d'examens). On a fait l'IPF, ensuite elle a rapporté avoir des difficultés pour se concentrer et une amélioration vers la fin. Elle a dit qu'à la différence de la dernière fois où l'IPF avait déclenché une crise, cette fois elle se sentait bien dedans. Elle a dit que la pratique était une «flagrante détente», qu'elle «ne pouvait pas croire que ça la soulage/apaise tellement». Elle sourirait disant «je pense que je vais passer une bonne soirée».

1

3ème séance

Le CD l'a toujours bien aidée à s'endormir. Elle l'a aussi utilisé une fois avant un examen – ce qui l'a calmée. Elle dit qu'après le CD elle était très concentrée pendant l'examen. Elle rapporte que "depuis qu'on a commencé [la thérapie] ça va bien pour moi". On fait l'IPF – elle semble en profiter. Ensuite elle a dit que c'était «bien, qu'aujourd'hui la partie la plus notable était la scène de la protection physique et le fait que mes parents idéaux étaient fiers de moi».

3.5

2

4ème séance et bilan

Cynthia arrive contente, dit qu'elle a intériorisé l'IPF et que par exemple dans des situations difficiles comme les examens ça l'aide beaucoup. Elle dit "je vais vachement mieux depuis que j'ai commencé ce truc, c'est magique". Elle va bientôt commencer un nouvel emploi. Elle veut recommander l'IPF à sa sœur qui a vécu aussi une enfance difficile et qui s'«échappe des thérapeutes». On a fait l'IPF ; ensuite elle a mis l'accent sur la partie de la visualisation où l'appréciation de soi-même est cultivée et reconnue. Ça lui donne confiance en elle.

Delphine a écouté le CD tous les jours, dit «ça me fait de bien». Dans ses écoutes les murs ne se fermaient plus, mais parfois elle «partait ailleurs» distraite. On a fait l'IPF mettant l'accent sur la scène de la chambre en se rappelant que ses parents idéaux JAMAIS ne lui feraient aucun mal. Elle a fini l'exercice au bord des larmes et a dit «cette fois la chambre était bleue». Elle se sentait complètement sécurisée dedans avec ses parents imaginaires. Ensuite elle a spontanément retrouvé un souvenir : sa mère avait tenté de la faire adopter quand elle avait 8 ans.

4

20

2.5

Delphine rapporte avoir été de bonne humeur en sortant avec des amis. Elle écoute le CD avant de s'endormir et s'endort immédiatement. Elle remarque se sentir moralement mieux et moins penser à ce qui lui est arrivé dans le passé. On fait l'IPF, et ensuite elle dit que cette fois la scène de la chambre s'est bien passé, et que quand elle a laissé rentrer ses parents imaginaires ils étaient les parents d'une amie d'enfance qui étaient très bienveillants envers elle.

Delphine a retrouvé un autre souvenir de l'enfance: un voisin qui l'invitait souvent, avec qui elle se sentait très sécurisée. Elle a même réfléchi si peut être il aurait fait quelque chose pour la protéger si elle avait avoué ce qui se passait chez elle à l'époque. Elle s'est rappelé aussi d'une amie qu'elle aimait beaucoup et qui avait déménagé à l'autre bout de la France. Elle a pensé à la recontacter. On fait l'IPF ; ensuite elle se souvient de deux autres personnes oubliées: la marraine de son frère et un autre voisin qui s'occupait d'elle petite. Elle était contente.

Laura a vu un show à la télé montrant un cas de pédophilie et a d'un coup compris la gravité de l'abus qu'elle avait subi, elle découvre qu'elle était dans le déni. Elle a beaucoup écouté le CD pour se soulager. On a fait l'IPF, cette fois elle est arrivée jusqu'au bout. C'était «tellement dur», elle finit avec une forte céphalée. Elle a parlé d'un souvenir de son enfance: elle a eu un accident de vélo et ses parents l'ont laissée par terre sans aide. Je lui ai dit qu'elle a maintenant l'opportunité d'expérimenter des parents imaginaires bons et sensibles dans l'IPF. Elle est partie rassurée.

3

13

12

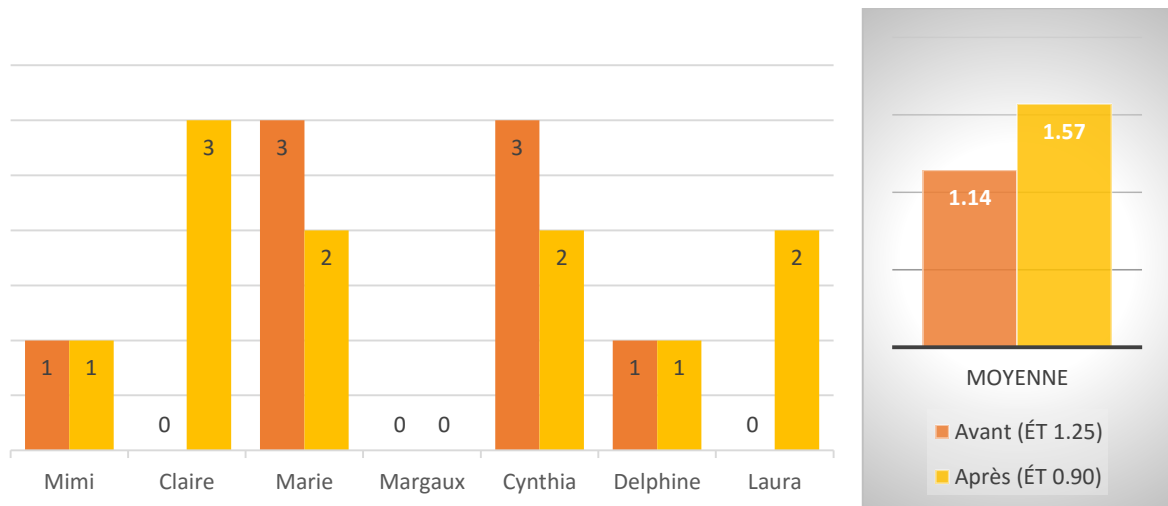
Laura a oublié un rendez-vous. Elle a écouté le CD et aussi pratiqué sans CD en évoquant les sensations d'être apaisée, câlinée, etc. dans la vie quotidienne. Elle a tendance à modéliser ses parents idéaux à l'image des personnages qui ont un côté abuseur, voir sexualisé de sorte qu'ils l'aident mais aussi lui font du mal. Je lui ai expliqué le but de créer de véritables figures idéales - elle a compris. Le contact est meilleur, moins dissocié, son discours semble plus organisé. On a fait l'IPF, sa vraie mère est apparue dans sa visualisation la faisant se sentir coupable de «l'abandonner».

Encore meilleur contact que la dernière fois. Elle dit aller "plutôt bien" cette semaine. Elle a écouté le CD chaque jour, deux fois certains jours. Laura dit avoir l'impression que «la chose se met en place». Elle dit avoir trouvé sa figure parentale imaginaire, «un dieu particulier qui l'enveloppe avec son câlin». Je lui ai conseillé de le visualiser plutôt comme être humain, en tout les cas avec les bonnes qualités de ce dieu (compréhension, amour, etc.). Elle remarque qu'elle a commencé à croire à la pratique donc les images ont plus d'effet. Ses parents idéaux ne sont plus de tout abuseurs.

Il existe dans le contenu des entretiens (en gras) des signes de stabilisation dans le sens du TSPT-C et de sécurisation de l'attachement. **Les hypothèses spécifiques B2 et C2 sont donc vérifiées.**

2.6 Attachement (AAP)

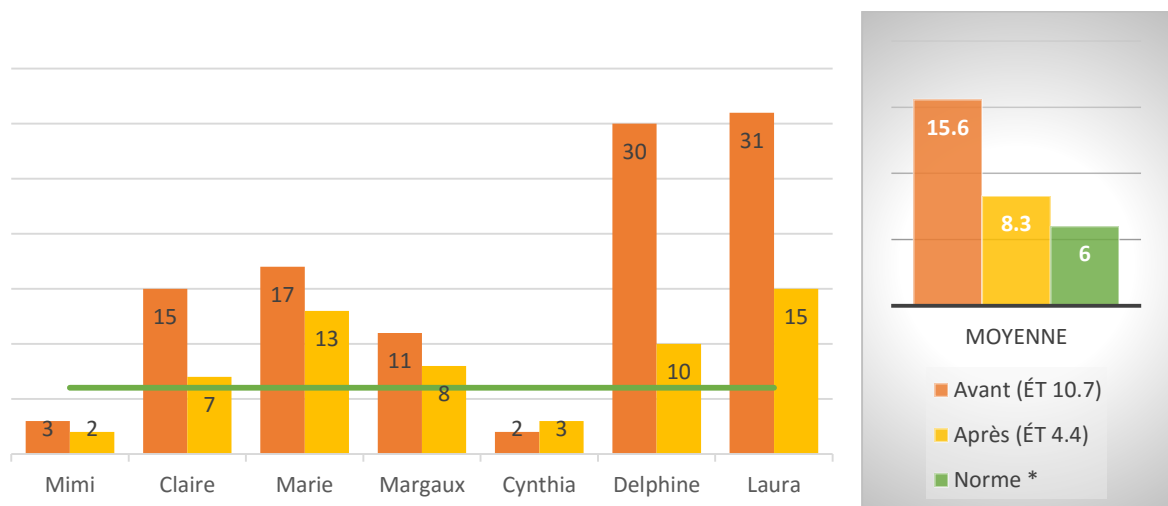
Graphique 6 : AAP, Agency Score (capacité d'agir, réfléchir, ou être apaisé en cas de stress)



Résultat : non significatif (Test des rangs signés de Wilcoxon, $p=0.46$).

L'hypothèse spécifique C1 n'est donc pas vérifiée.

Graphique 7 : AAP, Segregated Systems Trauma Markers (événements traumatiques dans les histoires)



* norme : valeur seuil ; au-delà de ce point la classification devient celui de deuil pathologique

Résultat : réduction significative (Test des rangs signés de Wilcoxon, $p=0.034$).

L'hypothèse spécifique C3 est donc vérifiée.

IV. Synthèse des résultats

Notre hypothèse générale A, «Suite au traitement IPF il y aura une amélioration clinique générale des patients TSPT-C» a été **vérifiée** (ses trois hypothèses spécifiques A1, A2 et A3 ont été toutes vérifiées).

L'hypothèse générale B, «Cette méthode thérapeutique remplira au moins en grand partie les attentes d'une thérapie de stabilisation pour le TSPT-C» a été **partiellement vérifiée** (hypothèse spécifique B1 partiellement vérifiée, B2 vérifiée).

L'hypothèse générale C, «Suite au traitement IPF il y aura une augmentation de la sécurité de l'attachement chez les patients» a été **partiellement vérifiée** (hypothèse spécifique C1 non vérifiée, C2 et C3 vérifiées).

V. Limites

Nous signalons succinctement ici les limites observées dans notre protocole de recherche. Les implications de ces limites seront explorées dans la discussion :

- Notre étude n'a pas disposé d'un groupe contrôle.
- Le thérapeute ayant animé la thérapie possède une expérience limitée dans la clinique.
- Le thérapeute et le chercheur sont la même personne.
- Nombre bas des sujets
- Nombre très bas des séances
- Script IPF unifié
- Manque d'instruments pour mesurer les symptômes de TSPT
- Manque d'un bilan à 3-6 mois pour vérifier la stabilité de l'amélioration.
- Inclusion en base au score SIDES-SR plutôt que l'utiliser comme instrument diagnostic.

D. DISCUSSION

I. IPF comme méthode de sécurisation de l'attachement

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la sécurité de l'attachement n'est jamais figée et finalement ne dépend pas du passé mais des MIO *actuellement* actives dans notre esprit qui peuvent toujours être modifiées (29, 30).

Les méthodes de Brown, Parnell et Murray-Jobsis (celui-ci de façon implicite) essaient d'agir directement sur ces MIO à l'aide des visualisations semi-structurées qui offrent à la personne l'expérience d'une enfance sécurisante. Notre étude a posé la question de l'efficacité de cette stratégie pour changer les MIO et donc augmenter la sécurité de l'attachement sachant que les trois techniques cliniques citées n'avaient pas encore l'aval de la recherche au moment de l'écriture de ce travail.

En quoi nos résultats permettent-ils de répondre à cette question et que reste-t-il encore à investiguer ?

Notre mesure quantitative de sécurité de l'attachement, l'Agency of Self score du test AAP, n'a pas montré de changements significatifs avant / après dans nos résultats (hypothèse spécifique C1). Il est important de remarquer ici que Brown, l'auteur principal de l'IPF, a averti que sa méthode a des effets après une utilisation de six mois minimum, tandis que notre application de sa méthode a duré moins de deux mois (7.4 semaines) (33).

Au-delà de cette limitation et de ce résultat particulier, en discutant avec George (la créatrice des instruments AAP et AAI et auteur de référence dans le domaine de la théorie de l'attachement) elle nous a conseillé de prendre en considération la spécificité de notre échantillon : 6 patientes sur 7 ont une classification d'attachement non résolu (équivalent à l'attachement désorganisé dans l'enfance) et que 5 sur ces 6 ont en plus une classification de deuil pathologique chronique.

En effet, cette classification est assez rare concernant seulement 15-20% de la population (79). George considère qu'un tel échantillon majoritairement non résolu présente des défis particuliers au moment de l'évaluation d'un effet de sécurisation. Spécifiquement, les sujets avec une classification non résolue n'ont pas seulement des MIO négligents et incapables de protection, reconnaissance et apaisement, s'ajoutent en effet des comportements effrayants, de la maltraitance active, et de la violence qui maintient le sujet dans un état mental désorganisé continu (19, 20, 56, 57, 64, 69).

Comme évaluer dans de tels cas une augmentation dans la sécurité de l'attachement ?

George nous a proposé que la mesure plus appropriée pour une telle population est justement le score du AAP qui renseigne sur la quantité des éléments effrayants, traumatisants, violents dans les MIO des sujets : les Segregated Systems Trauma Markers score (69).

La logique d'un tel choix est simple : tandis que dans une population insécure (évitante / préoccupée) nous pourrions imaginer une augmentation de la sécurité opérationnalisée par le Agency of Self score suite à une thérapie de sécurisation (62), notre population de sujets majoritairement non résolus montrerait des signes de progrès d'abord par le biais d'une diminution dans le contenu de matériel traumatisant dans les MIO avant qu'un progrès quelconque ne soit enregistré par l'Agency of Self score ; Il faut d'abord que les MIO cessent d'être effrayants pour qu'ils puissent devenir sécurisants.

Cet indicateur (Segregated Systems Trauma Markers score) a montré une diminution significative (hypothèse spécifique C3) avant / après dans notre étude, ce qui selon le critère défini précédemment marque une sécurisation de l'attachement dans cette population.

Il reste à confirmer dans une étude de plus longue durée si une fois le Segregated System Trauma Markers score descendu au-dessous de la norme, nous commençons à voir une augmentation de l'Agency of Self score comme nous le postulons.

Sur le plan qualitatif, nous avons trouvé des signes de sécurisation de l'attachement dans les sept cas cliniques (hypothèse spécifique C2).

Ces résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus dans un temps de traitement si court sont étonnants aux yeux des deux experts dans ce domaine que sont le Dr. Elliott (de Harvard) et le Dr. George (de Mills College) (communications personnelles). George nous a invités à les présenter dans un symposium sur la théorie de l'attachement à Chicago en mars 2016 et à les soumettre pour publication à la Society for Personality Assessment.

Il semble judicieux de postuler, à la lumière de ces résultats préliminaires, que la méthode IPF semble avoir un effet de sécurisation sur l'attachement même dans un période de temps très courte et sur un échantillon avec la classification d'attachement la plus rare et difficile abordée par la théorie.

Dans le même temps, il est raisonnable de critiquer une telle conclusion étant donné les limitations de notre protocole de recherche.

Notamment, le manque d'un groupe de contrôle ne permet pas d'isoler les facteurs qui ont conduit à ces résultats. La critique pourrait donc poser l'hypothèse qu'un tel changement dans la sécurité de l'attachement est simplement dû à l'effet de rentrer en relation avec un thérapeute (80).

Nous avons quelques arguments à l'encontre d'une telle proposition :

Le premier est que si durant le cours de la thérapie une relation s'est établie entre patient et thérapeute, la nature de cette pratique implique que l'échange entre thérapeute et patient soit minimal à la différence de la plupart des modalités d'intervention thérapeutique, car IPF aide le patient à utiliser sa propre imagination pour créer des personnages imaginaires protecteurs et bienveillants et c'est vers eux que le patient va développer une relation intense et quotidienne (32, 33). Nous ne négligeons pas l'importance ou le mérite du thérapeute qui doit utiliser son jugement clinique pour offrir des réponses aux problèmes de chaque patient pendant le déroulement de la thérapie ou utiliser l'empathie pour rassurer les patients dans des moments difficiles et aider à créer une base de confiance. Néanmoins, dans notre protocole, le thérapeute n'avait que quatre séances formelles avec les patientes et une limite de notre recherche était que le thérapeute avait une expérience limitée en tant que clinicien. Pour toutes ces raisons, nous croyons improbable que le résultat obtenu soit dû principalement à la relation thérapeutique.

Un deuxième argument est qu'au-delà des 4 séances formelles avec le thérapeute, les patientes avaient une copie audio de la visualisation à écouter à la maison et elles ont fait en moyenne 24 séances à la maison, soit 85% des séances pendant le temps de l'étude. Pendant ces séances à la maison, elles se sont trouvées seules, dans une relation imaginaire avec les nouvelles figures d'attachement. Il est donc plus probable que le changement observé dans la sécurité de l'attachement après le traitement soit dû aux effets des interactions avec les figures d'attachement imaginaires tel que cela a été théorisé par Brown (32).

Un troisième et dernier argument est une observation de l'impossibilité d'avoir un vrai groupe contrôle dans l'évaluation des psychothérapies. Il était proposé par l'équipe du centre de psychothérapie d'évaluer un groupe en liste d'attente comme groupe contrôle. Néanmoins un tel groupe n'aurait pas servi à prouver que c'était le mécanisme proposé par IPF et non la relation thérapeutique qui avait causé l'effet observé, car évidemment le groupe d'attente ne bénéficierait pas d'une telle relation thérapeutique.

Basé sur les limitations de notre étude, on pourrait également formuler la critique que le thérapeute et le chercheur étaient la même personne. Classiquement, cette limitation est liée

à un conflit d'intérêt qui peut exister quand un thérapeute doit évaluer son propre travail, en particulier au niveau des répercussions professionnelles et économiques pouvant découler des résultats. Nous pensons que cette préoccupation est tout à fait compréhensible, mais nous voulons avancer certains arguments pour la nuancer :

Un premier argument est que le thérapeute ici est un stagiaire qui n'a pas de revenu attaché à la thérapie donc il ne risque rien, économiquement parlant, en évaluant son travail.

Un deuxième argument est que les transcriptions des entretiens du test AAP ont été faites et cotées par un juge externe, en aveugle. Le déroulement de l'entretien étant strictement standardisée, il existait peu de moyens pour l'auteur d'influencer les résultats.

Par rapport aux résultats qualitatifs, une grande partie des notes prises viennent des patients, soit paraphrasées soit des transcriptions verbatim, et les critères pour désigner une partie du texte comme signe de sécurisation de l'attachement sont ceux proposés par la littérature et non arbitrairement choisis par l'auteur.

Enfin, tout le processus d'obtention et de traitement de données a été supervisé par des chercheurs professionnels au sein de l'équipe de l'Unité de Recherche Clinique de Ville Évrard qui ont conservé les données originales.

C'est pourquoi nous pensons que, dans ce cas particulier, l'auteur n'est pas exposé à un conflit d'intérêt et que le protocole ne permet pas non plus un potentiel risque d'influence des résultats.

Il est évidemment critiquable que notre nombre de sujets soit bas pour tirer des conclusions quelconques et particulièrement pour faire des généralisations.

Une étude plus grande est en fait impérative pour des généralisations. Mais nous sommes aussi conscients qu'il est difficile de trouver par chance les résultats que nous avons trouvés à l'aide de statistiques non paramétriques et un N assez petit. Le manque de puissance statistique du test Wilcoxon rend difficile la démonstration d'une significativité et nous l'avons trouvée dans toutes les mesures d'amélioration clinique (hypothèses spécifiques A1, A2, A3) et dans une mesure fondamentale de la sécurisation de l'attachement (hypothèse spécifique C3). Plus encore, il est extrêmement difficile de trouver nos résultats qualitatifs avec la totalité d'un échantillon de sept patients de TSPT-C dans un temps moyen de sept semaines et demie.

Ces arguments ne prouvent pas que la cause de la sécurisation observée soit l'IPF (causalité) ou que l'utilisation de cette méthode cause toujours cet effet (généralisation), mais ils le suggèrent.

Pour terminer, nous rappelons qu'il fut impossible dans le calendrier qui était le nôtre d'arriver à faire un troisième bilan pour contrôler la stabilité des effets à 3 ou 6 mois («follow-up»). Nous envisageons une telle évaluation, un groupe contrôle, et un nombre plus grand de patients pour la poursuite du protocole qui est encore en place à Ville Evrard et qui continuera au-delà de 2015.

II. Un trouble d'attachement au cœur du TSPT-C ?

Une question clinique plus ciblée a été posée quant à une possible utilité d'une méthode clinique visant à l'augmentation de la sécurité d'attachement dans le traitement d'un trouble psychiatrique particulier : le TSPT-C.

Plus précisément, il s'agissait de savoir si l'attachement pouvait être la cible idéale pendant la phase de stabilisation d'un traitement pour le TSPT-C.

Notre hypothèse A a été fortement confirmée : nous avons trouvé une amélioration globale dans les trois indicateurs choisis (hypothèses spécifiques A1, A2, A3) et cela dans un temps très bref. La sécurisation de l'attachement expérimentée par nos patientes (hypothèse C), selon la littérature (27, 29, 30, 32, 36, 46, 63), serait probablement la cause de ce résultat.

Au-delà des marqueurs de progrès clinique susmentionnés, on a observé que pendant le traitement le score aux symptômes TSPT-C a baissé au-dessous de la norme d'inclusion pour trois patientes, le score de psychopathologie générale a baissé au-dessous de la norme pour quatre patientes et une patiente a changé de classification d'attachement vers une classification organisée, de non résolue à évitante, chose très improbable dans l'AAP (69, 70).

Le fait d'avoir ciblé clairement le changement des MIO avec un traitement spécialisé comme nous l'avons fait et trouver des effets spécifiques d'une phase de stabilisation du TSPT-C (hypothèse générale B) renforce l'idée que de telles capacités et qualités se développent naturellement dans *l'interaction* avec des figures d'attachement sécurisantes pendant l'enfance, *soit-elle réelle ou imaginaire* (12, 29–31).

Nous posons donc la question : est-il utile de continuer à grouper une série de thérapies différentes ayant pour but de développer chacune des capacités ciblées par la phase de stabilisation comme cela se fait parfois aujourd'hui (3, 35) ou serait-il plus efficace de cibler

la sécurité de l'attachement directement, générant la plupart des capacités envisagées comme un effet secondaire découlant naturellement d'un attachement plus sûr?

Nos résultats semblent indiquer que cibler la sécurité de l'attachement peut être une forme efficace de stabilisation pour le TSPT-C, mais confirmer cette hypothèse demande sans aucun doute une étude plus rigoureuse.

III. AAP et IPF : vers une clinique de l'imagination ?

«L'imagination crée des possibilités» - Brown (33)

Peut-être le terrain le plus fertile pour une discussion clinique originale se trouve autour d'une question implicite dans le fonctionnement de l'AAP comme méthode d'évaluation d'une part, et d'IPF comme une méthode de sécurisation d'autre part :

Est-ce que l'imagination serait l'espace idéal pour observer et modifier les MIO ?

Quelles en sont les implications pour la clinique en général au-delà de la théorie de l'attachement?

L'imagination est un terrain très riche pour la psychologie clinique. Comme nous l'avons vu, les événements du passé laissent une empreinte sur nous dans la forme de modèles de relation aberrantes, qui ne sont pas des mémoires statiques mais des principes actifs, une sorte d'inertie qui pousse l'esprit dans la direction dans laquelle il a été conditionné (2, 10, 46). Cette force d'inertie est plus facilement appréciable sur le terrain de l'imagination libre où presque 100% des événements, personnages et détails sont l'esprit du sujet créant en temps réel un monde en accord avec ses modèles internes (69, 74).

Par exemple, quand nous demandons d'imaginer une histoire à un sujet victime de trauma complexe dans l'enfance, il a tendance à imaginer une situation peuplée de personnages qui sont abusifs, méchants, ou des personnages abusés qui n'ont aucun recours pour se défendre (69). Son esprit libre dans le champ de l'imagination montre tout de suite ses empreintes, ce mouvement d'inertie crée des mondes imaginaires qui ressemblent structurellement aux mondes déjà connus par le sujet.

Il est vrai que l'association libre freudienne ainsi que d'autres méthodes d'entretien clinique «exploratoire» ouvrent une porte vers ces représentations et modèles internes. Néanmoins, dès que le sujet est en train de parler des événements réels au lieu d'événements

imaginaires, son récit va devenir un mélange de ses propres interprétations aberrantes du monde mais aussi des réalités externes et le thérapeute pourra difficilement faire la différence.

Par exemple, un patient rapportant une relation de couple où il se sent menacé d'être trompé pourrait signaler au thérapeute que les modèles internes du patient sont en train d'altérer la réalité en surimposant un élément de menace qui n'est pas réel. Mais un autre thérapeute pourrait également conclure qu'en effet le patient est en couple avec un compagnon qui n'est pas digne de confiance et voir la préoccupation du patient comme signe clinique positive indiquant la protection de soi-même.

Dans une telle situation clinique une exploration de l'imagination libre du sujet, où tous les personnages et situations rapportés sont l'œuvre de son esprit, serait probablement suffisante pour dévoiler si c'est son esprit qui crée des mondes où règnent la méfiance et la tromperie, ou si au contraire, son esprit crée de mondes où la confiance abonde et les personnes sont honnêtes entre elles. Nous sommes conscients que ce principe est déjà largement utilisé dans les tests projectifs comme le Rorschach ou le TAT, mais nous sommes ici en train d'imaginer une utilisation plus généralisée pendant le déroulement des entretiens dans une psychothérapie.

Au niveau de la modification du comportement et du développement des capacités psychologiques, l'imagination a été utilisée pour produire ce type de changements depuis des milliers d'années. Le peuple tibétain, par exemple, ayant développé sa propre version du Bouddhisme indien, a développé des visualisations structurées dans lesquelles la personne imagine certains personnages avec des qualités positives particulières comme la bienveillance, la fierté ou l'honnêteté, dans des situations concrètes où ces qualités et capacités sont exprimées. Dans l'étape finale de ces pratiques le sujet imagine la dissolution du personnage dans une boule de lumière («tiglé») qui représente toutes ces bonnes qualités témoignées, et cette boule est imaginée rentrant dans son cœur physique et imprégnant son esprit de ces mêmes qualités. Les Tibétains et de nombreux autres peuples d'Asie qui utilisent ces méthodes pensent que pratiquer ce type d'exercice de façon quotidienne aide à développer ces bonnes qualités en nous (81), et la recherche moderne semble le valider au moins en partie (82). Brown s'est inspiré de ce type de pratiques pour développer sa méthode IPF (33).

Un autre exemple de ce principe se retrouve dans le phénomène du «motor imagery» (imagerie motrice) ou «mental practice» (pratique mentale) dans la psychologie cognitive appliquée dans la musique en proposant aux musiciens de répéter de façon imaginaire les

passages les plus difficiles d'un morceau. Une fois que le musicien est capable de se voir imaginairement jouer de son instrument avec la bonne technique, l'indication est donnée d'essayer avec le vrai instrument : maintenant il sait parfaitement comme jouer le morceau (83). L'imagerie motrice ou pratique mentale est aussi largement utilisée pour améliorer les performances des sportifs de haut niveau (84, 85).

Un avantage important quant à l'utilisation de l'imagination comme terrain d'évaluation et d'interventions cliniques est la possibilité de contourner les défenses inadaptées du sujet. Un exemple est le test AAP qui permet de repérer les contenus traumatiques dans les MIO des sujets grâce aux histoires créées par eux en réponse aux stimuli : leurs personnages imaginaires produisent des comportements divers qui dévoilent des informations quant à l'état mental des sujets contournant en grande partie ses défenses (69). Au contraire, les tests comme l'AAI qui dépendent des interviews par rapport à la vie réelle du patient (71) font face au problème de l'exclusion de contenus reliés au trauma, omissions que les patients font, soit pour préserver leur vie privée face à un chercheur inconnu, soit par coutumes culturelles, soit par des mécanismes de défenses psychologiques qui l'empêchent d'accéder de façon consciente aux mémoires liées à l'évènement (69).

Le même constat est possible avec les interventions visant à aider le patient à développer une qualité ou capacité telle que la régulation émotionnelle : travailler avec des personnages imaginaires permet de contourner les mémoires traumatiques, au moins jusqu'au moment où le patient sera suffisamment résilient pour les confronter (33).

À la lumière de nos résultats d'une part, des résultats cliniques (anecdotiques) trouvés par Brown, Parnell et Murray-Jobsis avec leurs méthodes respectives, et des résultats psychométriques exemplaires trouvés par l'AAP mesurant l'attachement d'autre part, nous pensons qu'il serait intéressant de penser à une clinique qui se base sur l'imagination tant dans l'évaluation comme dans le soin. Une clinique qui met au centre des processus cognitifs et émotionnels qui modifient la réalité du patient moment après moment et qui peuvent être perçus et modifiés dans leur totalité sur le terrain de l'imagination.

Nous pensons qu'une telle clinique pourrait être exponentiellement plus précise dans l'évaluation, car dans l'imagination il n'y a rien à filtrer, tout vient du patient, et plus rapide dans le soin car l'imagination est plus malléable que la réalité, et une fois que les tendances sont modifiées dans l'imagination elles se traduisent plus facilement dans la réalité (30, 84).

IV. Études futures et perspectives

Considérant les limites de cette première étude, nous avons essayé d'imaginer quel pourrait être un protocole de recherche pouvant vérifier si effectivement les MIO peuvent être changés par le biais des visualisations semi-structurées telles que l'IPF (causalité).

Nous pensons qu'une expérience intéressante serait de proposer un protocole dans lequel la thérapie est basée sur l'écoute de la méthode en version CD une certaine quantité de fois dans le centre et d'autres fois à la maison, mais sans jamais avoir une interaction réelle avec un thérapeute en séance. Un bilan approfondi avant / après et à 3-6 mois devrait être conduit pour évaluer la stabilité des effets de l'intervention.

Les avantages d'un tel protocole seraient multiples du point de vue de la recherche scientifique. D'un côté, agir ainsi permettrait d'avoir un groupe contrôle en isolant plusieurs facteurs, par exemple en offrant de façon randomisée et en double aveugle un CD différent dans lequel il y a une visualisation similaire, mais où les scènes visualisées avec les parents imaginaires sont positives sans être liées à l'attachement (ex. s'imaginer en train de jouer au tennis) et ne mettent pas l'accent sur des qualités spécifiquement sécurisantes. Une troisième condition pourrait être un autre CD où la visualisation se centre sur le sujet (ex. une relaxation). Tous les CD pourraient avoir la même durée et les scripts pour chaque CD pourraient être lus (pour l'enregistrement) par un narrateur professionnel qui n'est pas membre de l'équipe. La déontologie d'une telle étude serait basée sur l'utilisation de méthodes cliniquement validées (ex. le CD de relaxation devrait utiliser un script qui a été utilisé dans la clinique avec de bons résultats) et sur la seule inclusion des sujets en liste d'attente (de façon à participer dans le protocole pendant le temps d'attente qui peut durer des longs mois).

Un petit manuel de l'utilisateur pourrait être rédigé pour répondre aux questions générales afin d'éviter que les patients ne soient bloqués dans leurs pratiques et une adresse email de contact pour obtenir des réponses liées au CD pourrait être disponible avec des critères précis quant aux possibles réponses (exemple : ne pas établir une relation thérapeutique par email).

Une expérience de ce type aurait aussi l'avantage de pouvoir être faite avec un plus grand nombre de patients car aucun thérapeute ne serait nécessaire. Il pourrait de même comprendre plusieurs troubles psychiatriques et non seulement le trouble de stress post traumatique complexe, ce qui permettrait ensuite de discerner l'efficacité clinique quant à la sécurisation de l'attachement dans différentes conditions cliniques.

CONCLUSION

Notre étude a montré qu'en utilisant la méthode IPF, les sept patientes de notre groupe ont vécu une diminution de leurs symptômes de TSPT-C, psychopathologiques en général et une augmentation de la qualité de vie dans un période moyenne de 7.4 semaines (ÉT 2.43).

Les changements cliniques spécifiques étaient compatibles avec ceux ciblés par une phase de stabilisation dans le traitement du TSPT-C.

Notre étude a aussi montré qu'en utilisant la méthode IPF les sept patientes ont montré des signes de sécurisation de l'attachement.

L'ordre de causalité que nous avons avancé pour expliquer les résultats, c'est-à-dire la méthode IPF causant une sécurisation de l'attachement, celui produisant des améliorations cliniques, ne peut pas être prouvé par cette étude en raison des limites de notre protocole de recherche et reste une question empirique qui mérite la construction d'un protocole plus rigoureux comme celui proposé par nous-mêmes dans la section des pistes de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress* 2011; 24(6):615–27.
2. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress* 1992; 5(3):377–91.
3. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk, Bessel A., Hidalgo J, Hunt C. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment (Part One) and Treatment (Part Two). *Directions in Psychiatry* 2001; 21:373–415.
4. Payer M. L'état de stress post-traumatique-complexe : un concept novateur à explorer [Philosophiae Doctor (Ph.D.)]. Montreal, Canada: Université de Montréal; 2012.
5. Sroufe LA, Coffino B, Carlson EA. Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Dev Rev* 2010; 30(1):36–51.
6. van der Kolk, Bessel A, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress* 2005; 18(5):389–99.
7. Ford JD. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(1):3–12.
8. Collings SJ. Concurrent validity of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR) in a non-clinical sample of South African adolescents. *South African Journal of Psychology* 2013; 43(1):10–21.
9. Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress* 2012; 25(3):241–51.
10. Courtois CA, Ford JD. Treating complex traumatic stress disorders: Scientific foundations and therapeutic models. Paperback ed. New York: Guilford Press; 2014.
11. Nemčić-Moro I, Francisković T, Britvić D, Klarić M, Zecević I. Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: case-control study. *Croat. Med. J.* 2011; 52(4):505–12.

12. Parnell L. Attachment-Focused EMDR: W. W. Norton & Company; 2013.
13. 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. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines For Complex PTSD In Adults 2012.
14. Bowlby J. Attachment and loss. 2nd ed. New York: Basic Books; 1983.
15. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61(9):771–91.
16. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications / edited by Jude Cassidy, Phillip R. Shaver. 2nd ed. New York, London: Guilford; 2008.
17. Alexander PC. The Differential Effects of Abuse Characteristics and Attachment in the Prediction of Long-Term Effects of Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 1993; 8(3):346–62.
18. Bacon H, Richardson S. Attachment theory and child abuse: an overview of the literature for practitioners. *Child Abuse Rev.* 2001; 10(6):377–97.
19. Barazzone N. Attachment, trauma, and PTSD [Doctor of Clinical Psychology]: Canterbury Christ Church University; 2014.
20. Blaustein ME, Kinniburgh KJ. Intervening beyond the child: The intertwining nature of attachment and trauma. *British Psychological Society Briefing Paper* 2007; 26:48–53.
21. Carlson EA. A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation [Child Development] 1998; 69(4):1107–28.
22. Kinniburgh KJ, Blaustein ME, Spinazzola J, van der Kolk, Bessel A. Attachment, Self-Regulation, and Competency. *Psychiatric Annals* 2005; 35(5):424–30.
23. Lorenzini N, Fonagy P. Attachment and Personality Disorders: A Short Review. *FOC* 2013; 11(2):155–66.
24. Ma K. Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12(6):440–9.
25. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 2012; (11):11–5.

26. Pearlman LA, Courtois CA. Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of traumatic stress* 2005; 18(5):449–59.
27. Schore AN. Effects of a secure attachment on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22:7–66.
28. Brown DP, Elliot DS. Attachment disturbances in adults: Treatment for comprehensive repair. New York NY: Norton; 2016 (en préparation).
29. Mikulincer M, Hirschberger G, Nachmias O, Gillath O. The affective component of the secure base schema: Affective priming with representations of attachment security. *Journal of personality and social psychology* 2001; 81(2):305–21.
30. Mikulincer M, Shaver PR. Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values, and Inter-Group Tolerance. *Psychological Inquiry* 2007; 18(3):139–56.
31. Hammond DC. Handbook of hypnotic suggestions and metaphors: W. W. Norton & Company; 1990.
32. Harford PM. The Integrative Use of EMDR and Clinical Hypnosis in the Treatment of Adults Abused as Children. *J EMDR Prac Res* 2010; 4(2):60–75.
33. Brown DP. Treatment of Attachment Pathology - Advanced: Continuing Education Course. Newton, MA; 2013.
34. Choi H, Klein C, Shin M, Lee H. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence Against Women* 2009; 15(8):933–51.
35. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom, Anton J L M, van Dyck R, Veltman DJ et al. Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse Negl* 2010; 34(4):284–8.
36. Solomon Z, Dekel R, Mikulincer M. Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 2008; 38(10):1427–34.
37. Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European journal of psychotraumatology* 2011; 2.
38. Brown DP, Schefflin AW, Hammond DC. Memory, trauma treatment, and the law. New York, London: W.W. Norton; 1998.

39. Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec* 2004; 29(1):201.
40. Masson JM. *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Ballantine Books; op. 2003.
41. Webster R. *Why Freud was wrong: Sin, science, and psychoanalysis*. New York NY: BasicBooks; 1995.
42. Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology* 1987; 4(1):1–14.
43. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and psychotherapy* 2003; 76(Pt 1):1–22.
44. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2005; 112(5):330–50.
45. Dill DL, Chu JA, Grob MC, Eisen SV. The reliability of abuse history reports: A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry* 1991; 32(2):166–9.
46. Berna G. *Rôle de la régulation émotionnelle dans les psychotraumatismes: Mesures auto-rapportées et physiologiques [Doctorale]*: Université de Lille 3; 2014.
47. Lewis KL, Grenyer BFS. Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard review of psychiatry* 2009; 17(5):322–8.
48. Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depress Anxiety* 2012; 29(8):709–17.
49. Shapiro F, editor. *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002.
50. Siegel D, Sroufe A. The Verdict Is In: The case for attachment theory. *Psychotherapy Networker* 2011; (March).

51. Mikulincer M, Dolev T, Shaver PR. Attachment-related strategies during thought suppression: ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of personality and social psychology* 2004; 87(6):940–56.
52. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *J Child Sex Abus* 2004; 13(1):17–38.
53. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G et al. The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64(1):22–31.
54. Morse JQ, Hill J, Pilkonis PA, Yaggi K, Broyden N, Stepp S et al. Anger, preoccupied attachment, and domain disorganization in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders* 2009; 23(3):240–57.
55. Stalker CA, Davies F. Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 1995 [cited 2015 Mar 7]; (40(5)):234–40. Available from: URL:<http://europepmc.org/abstract/med/7553541>.
56. Barach PM. Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1991; 4:117–23.
57. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1992; 5.
58. Holmes J. Attachment, intimacy, autonomy: Using attachment theory in adult psychotherapy. Northvale, N.J.: J. Aronson; 1996.
59. Vaughn BE, Bost KK, van Ijzendoorn MH. Attachment and temperament: Additive and interactive influences on behavior, affect, and cognition during infancy and childhood: Guilford Press; 2008.
60. Network, NICHD Early Child Care Research. The Effects of Infant Child Care on Infant-Mother Attachment Security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997; 68(5):860–79.
61. Cantazaro A, Wei M. Adult Attachment, Dependence, Self-Criticism, and Depressive Symptoms: A Test of a Mediational Model. *Journal of Personality* 2010; 78(4):1135–62. Available from: URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.2010.00645.x/full>.

62. Newton A. *The Body in Relationship: The intersections of body-awareness, attachment, emotional regulation, and trauma* [Master]: Mills College; 2014.
63. Ein-Dor T, Doron G, Solomon Z, Mikulincer M, Shaver PR. Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology* 2010; 57(3):317.
64. George, C., Solomon, J. *Attachment Disorganization and Caregiving: Attachment Disorganization in Borderline Personality Disorder and Anxiety Disorder*: The Guilford Press; 2011.
65. Abrams KY, Rifkin A, Hesse E. Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology* 2006; 18(02):345–61.
66. Fraley RC, Fazzari DA, Bonanno GA, Dekel S. Attachment and Psychological Adaptation in High Exposure Survivors of the September 11th Attack on the World Trade Center. *Pers Soc Psychol Bull* 2006; 32(4):538–51.
67. George C, Buchheim A. Use of the adult attachment projective picture system in psychodynamic psychotherapy with a severely traumatized patient. *Frontiers in psychology* 2014; 5:865.
68. Spinazzola J. *Trauma Assessment Package (Manuel de cotation SIDES-SR)* 2011.
69. George C, West ML. *The adult attachment projective picture system: Attachment theory and assessment in adults*. New York: Guilford Press; 2012.
70. George C, West M. The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the adult attachment projective. *Attachment & human development* 2001; 3(1):30–61.
71. George, C., Kaplan, N., & Main, M. *Adult Attachment Interview Protocol*. University of California at Berkeley.
72. Berlin LJ, Whiteside-Mansell L, Roggman LA, Green BL, Robinson J, Spieker S. Testing maternal depression and attachment style as moderators of Early Head Start's effects on parenting. *Attachment & human development* 2011; 13(1):49–67.
73. Riggs SA, Paulson A, Tunnell E, Sahl G, Arkinson H, Ross CA. Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus

- Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology* 2007; 19(01):263–91.
74. Béliveau M, Moss E. Validation du projectif de l'attachement adulte (AAP) : Contribution aux validités convergente et divergente du projectif de l'attachement adulte. *Revue internationale de l'éducation familiale* 2005; 9(1):29–50.
75. Stewart LA, Harris A, Wilton G, Archambault K, Cousineau C, Varrete S et al. Rapport initial sur les résultats du projet pilote sur le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI). Service correctionnel du Canada 2010.
76. Ryan C. British outpatient norms for the Brief Symptom Inventory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2007; 80:183–91.
77. Piersma HL, Reaume WM, Boes JL. The Brief Symptom Inventory (BSI) as an outcome measure for adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 1994; 50(4):555–63.
78. WHOQOL User Manual: World Health Organization; 1998.
79. Riggs SA, Jacobvitz D. Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(1):195.
80. Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT et al. The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9(1):2–12.
81. *Buddhism in the Tibetan Tradition: A Guide*: Routledge; 2011.
82. Engström M, Söderfeldt B. Brain activation during compassion meditation: a case study. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)* 2010; 16(5):597–9.
83. Highben Z, Palmer C. Effects of Auditory and Motor Mental Practice in Memorized Piano Performance. *Bulletin of the Council for Research in Music Education* 2004; Winter(159):58–65.
84. Schuster C, Hilfiker R, Amft O, Scheidhauer A, Andrews B, Butler J et al. Best practice for motor imagery: a systematic literature review on motor imagery training elements in five different disciplines. *BMC medicine* 2011; 9:75.
85. Driskell JE, Copper C, Moran A. Does mental practice enhance performance? *Journal of Applied Psychology* 1994; 79(4):481–92.