



UNIVERSITE PARIS 8 – SAINT DENIS

Mémoire de master 2

Psychologie clinique – parcours psychothérapies

Année universitaire 2015/2016

**VERS UNE PSYCHOTHERAPIE DEVELOPPEMENTALE**  
LE MARIAGE ENTRE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE  
ET LA PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

FEDERICO PARRA

N° D'ETUDIANT : 10280304

Sous la direction du Professeur Marie-Carmen Castillo





## Résumé

Depuis les années 1970 plusieurs grandes études longitudinales en psychologie du développement ont été menées à travers le monde, avec l'objectif commun de confirmer ou d'infirmer les nombreuses théories du développement établies jusqu'à alors et basées sur des cas cliniques et d'évidence anecdotique. Quarante-six années plus tard, la population de ces grandes études, c'est-à-dire des sujets suivis depuis leur naissance, est arrivée à l'âge adulte, offrant ainsi à la psychologie clinique une opportunité unique : celle de valider ou d'infirmer ses propres théories du développement de la psychopathologie. Les données bio-psycho-sociales incroyablement riches issues de ces grandes études ont donné naissance à un champ nouveau : la psychopathologie développementale.

En 2015, dans l'Unité de Recherche Clinique de Ville Evrard et dans le cadre d'un mémoire de recherche de M1 à Paris 8, nous avons mis en place un protocole de recherche en psychothérapie utilisant une approche clinique développée par des psychologues de Harvard sur des patients souffrant du Trouble de Stress Post Traumatique Complexe.

Ce protocole du soin, inspiré directement des données de la psychopathologie développementale, se centre sur le développement à l'âge adulte de capacités psychologiques de base manquantes chez ces patients afin de leur permettre de se rétablir.

Dans ce mémoire nous proposons une revue de la littérature sur la psychopathologie développementale, décrivons un approche psychothérapeutique basée sur les insights de ce courant, commentons brièvement les résultats de notre protocole de recherche et enfin nous présentons en détail une étude de cas et les vignettes de six autres provenant de notre échantillon afin d'illustrer le processus thérapeutique.

## **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 notre 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 Parent Figures Method. Nous remercions aussi notre collègue Wilfrid Nkodia pour son aide généreuse en traduisant le script de l'IPF en français, et la psychologue Gwenaelle Persiaux 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. 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. REVUE DE LA LITERATURE.....	6
I. Psychopathologie développementale.....	6
1.1 Bases et grandes études longitudinales .....	6
1.2 Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation .....	8
1.3 Study of Early Child Care and Youth Development .....	9
1.4 Attachement, développement et psychopathologie .....	10
II. Développement après-coup : approches cliniques .....	11
2.1 Introduction.....	11
2.2 Les études de Mikulincer et al.....	12
2.3 Ideal Parent Figures Method (IPF).....	13
III. Le trouble de stress post traumatique complexe (TSPT-C) .....	14
3.1 Historique du concept de trouble de stress posttraumatique complexe.....	14
3.2 Les six sphères du dysfonctionnement dans le TSPT-C et l’impact développemental de la maltraitance infantile .....	16
3.3 Le problème du diagnostic différentiel .....	18
IV. L’étude de Ville Evrard.....	20
4.1 Présentation.....	20
4.2 Script IPF utilisé dans la thérapie et commentaires .....	22
4.3 Nos études de cas .....	28
B. ÉTUDES DE CAS ET VIGNETTES CLINIQUES .....	29
I. Étude de cas : Mimi.....	29
II. Vignettes cliniques des 6 premiers patients .....	37
C. DISCUSSION ET CONCLUSION .....	42
I. L’imagination dans la clinique .....	42
II. Notre projet de doctorat : vers une psychothérapie développementale .....	45
BIBLIOGRAPHIE .....	47



## INTRODUCTION

A travers nos deux stages cliniques (M1, 300h et M2, 500h) nous avons eu l'opportunité de travailler au cœur d'un centre spécialisé en nouvelles psychothérapies, le Centre de Psychothérapie de Ville Evrard, à Saint Denis. Ce centre, public et gratuit, offre des approches telles que la TCC, l'hypnose, l'E.M.D.R., la thérapie familiale, ou la remédiation cognitive (cette dernière sous l'angle du rétablissement) et n'est pas sectorisé. Il fait partie du réseau plus large de l'EPS Ville Evrard, qui compte aussi avec une Unité de Recherche Clinique au sein de laquelle nous avons été aussi stagiaire.

Cette double appartenance, à la fois à un centre clinique et à un centre de recherche, et la flexibilité de nos mentors sur place, nous ont permis de mettre en place un projet ambitieux : proposer une nouvelle approche thérapeutique, à laquelle nous avons été précédemment formés et qui a été créée par un groupe de cliniciens de Harvard à Boston (Brown & Elliot, 2016), aux patients du Centre de Psychothérapie présentant un Trouble de Stress Post Traumatique Complexe et de mesurer les effets de cette intervention thérapeutique post traitement et à moyen terme (8 mois).

Dans ce contexte particulier nous avons eu l'opportunité de traiter 17 patients de mars 2015 à mai 2016, dans un format de thérapie courte (4 séances de thérapie plus un bilan avant, après et à 8 mois). Les résultats quantitatifs et qualitatifs ont été si encourageants que nous avons été invités à présenter notre travail au congrès annuel de la Society for Personality Assesment à Chicago en mars dernier et qu'ils vont être envoyés pour publication par l'URC de Ville Evrard plus tard cette année.

Dans le cadre du mémoire de M2 et pour mettre l'accent sur l'aspect clinique de notre travail, nous vous partagerons plus bas des extraits d'entretiens avec des patientes qui ont eu lieu à différentes étapes de notre travail thérapeutique (bilan d'inclusion, quelques séances de thérapie et bilan à 8 mois), ainsi que l'analyse des certaines interventions spécifiques et l'impact clinique de ces interventions sur le processus thérapeutique.

Nous finirons cette introduction en mentionnant notre référentiel théorique connu sous le nom de Psychopathologie Développementale (Cicchetti, 1989; Sroufe, Coffino, & Carlson, 2010), qui se base sur des données de grandes études longitudinales bio-psycho-sociales (telles que Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation, ou le NICHD Study of Early Child Care and Youth Development, voir plus bas) pour comprendre le développement des troubles mentaux ainsi que les différents facteurs favorisant le rétablissement de la santé des personnes :

en particulier l'impact à long terme de la maltraitance infantile, le développement des syndromes post-traumatiques complexes et l'importance de l'attachement sécure comme facteur de protection et de résilience.

## A. REVUE DE LA LITTÉRATURE

### I. Psychopathologie développementale

#### 1.1 Bases et grandes études longitudinales

Dante Cicchetti est reconnu pour avoir joué un rôle clé en donnant forme au champ de la psychopathologie développementale (Cicchetti & Cannon, 1999). À l'université de Harvard, Cicchetti a commencé par publier des articles importants sur les conditions favorisant l'émergence des maladies telles que la dépression et le trouble de la personnalité borderline, aussi que des travaux sur la maltraitance infantile et le retard mental. En 1984 Cicchetti a édité un livre et une édition spéciale du journal *Child Development* portant sur la psychopathologie développementale qui a servi à faire connaître cette discipline à la communauté de la psychologie du développement. Ce numéro spécial incluait notamment un écrit fondamental intitulé « L'émergence de la psychopathologie développementale » (Cicchetti, 1989).

Ces efforts furent essentiels dans la naissance de ce qui allaient devenir à la fois l'un des domaines les plus importants de toute la science du développement et aussi le courant théorique de compréhension de la psychopathologie la plus adoptée dans le monde académique à travers le monde (Kerig, Ludlow, & Wenar, 2012).

L'émergence de ce champ se cristallisât en 1989 avec la publication du premier des neuf volumes distingués du Rochester Symposia sur la psychopathologie développementale, ainsi qu'avec celle du premier numéro de la revue *Development and Psychopathology*.

Il nous semble important de souligner deux aspects fondamentaux de ce courant qui le séparent des courants théoriques psychopathologiques qui le précédaient : l'utilisation d'un a priori bio-psycho-social et la méthode spécifique utilisée pour valider et infirmer les hypothèses.

Par rapport à ce premier point, la psychopathologie développementale a été assez pionnière en postulant que pour comprendre la formation des troubles mentaux il est nécessaire d'étudier les facteurs sociaux, culturels, psychodynamiques, biologiques, génétiques, relationnels...c'est-à-dire tous les facteurs possibles.



Mais peut-être ce qui est plus unique encore dans cette approche, c'est le postulat scientifique qui fut pris d'utiliser des données strictement contrôlées et des grands échantillons de sujets suivis individuellement et à long terme afin de permettre d'infirmer et/ou de valider les hypothèses développementales, telles que par exemple :

La violence exprimée par certains enfants à 5 ans prédit-elle des comportements violents délinquants 15 ans plus tard ? La sensibilité maternelle dans les premières années de vie affecte-t-elle la capacité de former des relations affectives durables 25 années plus tard ?

Des auteurs tels que Freud, Lacan ou encore Klein, il y a des décennies, ont donné leurs opinions sur le sujet. Celles-ci sont des hypothèses basées en partie sur des preuves anecdotiques pauvrement contrôlées vs les facteurs confondants et sur des cas presque jamais suivis à long terme, et elles ont été trop souvent étendues à la population générale en violant les principes les plus basiques de la recherche scientifique. Ainsi, il est affirmé par exemple que « tout le monde passe par la phase œdipienne », alors qu'aucune étude contrôlée ne l'a jamais évalué...(Webster, 1995).

En effet, vérifier ou infirmer ce genre d'hypothèse portant sur des facteurs qui dans l'enfance produiraient tel ou tel autre effet à l'âge adulte exige de suivre un grand nombre de sujets, depuis la naissance et jusqu'à l'âge adulte, en rassemblant une très grande quantité d'observations cliniques tout au long de la vie de chacun d'entre eux et en documentant plusieurs facteurs sociaux, culturels, relationnels, biologiques ou encore génétiques pour pouvoir contrôler le plus possible les facteurs confondants qui pourraient aussi expliquer les résultats trouvés.

De telles études sont naturellement très complexes et coûteuses à mettre en place pour les raisons suivantes : elles s'étalent au minimum sur 18 ans, inévitablement il y a une perte d'une partie de l'échantillon dans la durée (rupture de contact avec les chercheurs), il faut conduire des bilans cliniques plusieurs fois par an et dans plusieurs contextes (à la maison, avec la famille, à l'école), il faut des études biologiques et génétiques de tous les sujets et de leurs parents, etc...

Néanmoins certaines études de cette nature ont été menées jusqu'au bout ! Et elles ont produit les données cliniques les plus riches et les plus rigoureuses depuis la naissance de la psychologie clinique. Une revue complète de la plupart de ces études se trouve dans l'ouvrage « Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies » (Grossmann, Grossmann, & Waters, 2005).

Nous allons brièvement explorer ici deux études clef : la Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation (MLSR), et la Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD).

## 1.2 Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation

Au milieu des années 1970, un échantillon de 200 femmes enceintes ont été recrutées par la faculté de Psychologie de l'Université de Minnesota aux Etats-Unis, à partir d'une population évaluée comme à risque moyen de difficultés de parentage liées à la pauvreté (Sroufe, 2005).

Les chercheurs ont suivi ces mamans depuis la grossesse puis leur enfant de la naissance jusqu'à l'âge adulte (36 ans).

Les bilans ont été à la fois très fréquents (13 bilans différents entre la naissance et le 30eme mois) et ont commencé très tôt c'est-à-dire avant la naissance de l'enfant (donc auprès de ses parents).

Chaque bilan comprenait des entretiens cliniques avec l'enfant et ses parents, et avec les enseignants à l'école, des hétéro- et auto-questionnaires, des tests formels (par exemple cognitifs ou d'attachement), l'analyse des bilans faits par l'école et enfin des observations cliniques à la maison, à l'école et en laboratoire.

Cette approche a permis d'obtenir à chaque moment important du développement des sujets des informations riches et détaillées provenant de sources et de méthodes multiples (Sroufe et al., 2010).

L'étude a permis notamment d'évaluer la relation enfant-maman lors de la petite enfance à travers des études observationnelles en milieu naturel (à la maison) avant 6 mois, et également d'évaluer la qualité de la relation à 12 et à 18 mois en utilisant la méthode expérimentale de la Situation Étrange (Ainsworth, 1985) en laboratoire. Les chercheurs ont évalué les attentes des parents avant la naissance, le coefficient intellectuel et le niveau d'éducation de parents, la personnalité de la mère, le degré de sensibilité maternelle, le tempérament de l'enfant au moment de la naissance (cortisol, tests), son développement cognitif au fil des années, la représentation des relations avec les pairs, ainsi que des éléments d'ordre génétique. Enfin des bilans psychopathologiques et de la personnalité ont été conduits tout au long de la vie des sujets (Sroufe, 2005).

L'un des principaux points forts de cette étude réside dans la capacité à examiner l'impact des différentes perturbations sur les trajectoires de développement, et ce dans le contexte de la variation des histoires de développement des sujets. Certains défis de vie sont en effet dévastateurs pour presque tout le monde, alors que d'autres sont un problème seulement pour ceux dont certaines compétences sont contestées ou pour ceux qui sont vulnérables de par leur histoire de vie.

Les données longitudinales de l'échantillon tout entier (n=182, sujets ayant atteint 36 ans) sont disponibles pour n'importe quel chercheur qui peut les demander tout simplement par courriel. A partir de ces données précieuses, plus de 300 articles et trois livres (voir <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/>) ont été écrits dans plusieurs domaines y compris en psychologie clinique notamment au sein du courant développemental (Siegel & Sroufe, 2011).

L'analyse croisée de ces masses très importantes de données grâce à des méthodes statistiques de pointe telles que certains types d'analyses factorielles ont permis de générer plusieurs modèles prédictifs probabilistes et non-linéaires du développement permettant de comprendre de nombreux mécanismes et interactions intervenant dans la genèse des psychopathologies et d'identifier des facteurs de risque et de protection quant à leur apparition (Sroufe, 2005).

### 1.3 Study of Early Child Care and Youth Development

L'Institut National de Santé de l'Enfant et du Développement Humain (National Institute of Child Health and Human Development, NICHD) aux Etats-Unis a commencé en 1992 l'Etude des Soins dans la Petite Enfance et du Développement dans la Jeunesse (Study of Early Child Care and Youth Development, SECCYD). 1300 enfants et leurs familles ont participé à cette étude, de la naissance jusqu'à 19 ans.

Les chercheurs ont recueilli les données en quatre phases, permettant ainsi d'analyser l'interaction entre plusieurs paramètres : le mode de garde de l'enfant, des indicateurs de santé, du comportement, du rendement scolaire et encore d'autres indicateurs relevés pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence de chaque sujet.

Cette étude représente la recherche la plus complète à ce jour portant sur les enfants et les différents environnements dans lesquels ils se développent.

Il est intéressant aussi de relever que l'étude a été conduite dans plusieurs sites et dans différents états du pays, afin de représenter au mieux la grande diversité démographique des Etats-Unis.

Comme dans le cas de l'étude de Minnesota, les données longitudinales issues de cette longue recherche ont été ouvertes et sont disponibles gratuitement pour tous les chercheurs du globe. A ce jour, plus de 150 articles ont été écrits dans plusieurs disciplines à partir de ces données (voir <https://www.nichd.nih.gov/research/supported/seccyd/Pages/biblio.aspx> pour obtenir la liste mise à jour des publications).

S'appuyant sur ce grand échantillon, de nombreuses études statistiques ont permis de vérifier et d'infirmer différentes théories psychopathologiques. Par exemple, Haltigan et ses collègues ont pu réfuter l'hypothèse longtemps soutenue par les théoriciens « attachementistes » (qui s'appuient sur la théorie de Bowlby), tel que Liotti, qui soutiennent qu'un attachement désorganisé pendant la petite enfance prédit des symptômes dissociatifs à l'âge adulte (Haltigan & Roisman, 2015).

Avec un échantillon aussi large et contrôlé, suivi de la naissance jusqu'à l'âge adulte et dans presque tous les environnements clés du développement, nous avons en effet l'opportunité unique de répondre enfin à ce type de question d'une façon rigoureuse.

#### 1.4 Attachement, développement et psychopathologie

Un des découvertes les plus saillantes de ces deux grandes études et d'autres du même genre est la confirmation ou validation de la grande majorité des hypothèses formulées par le psychiatre et psychologue britannique John Bowlby dans le cadre de la théorie de l'attachement.

Notre intérêt se porte en particulier sur ses hypothèses quant à l'importance du développement d'un attachement sécuritaire entre un « caregiver » (figure principale de soin) et un enfant comme facteur de protection contre le développement des psychopathologies plus tard à l'âge adulte, et, vice-versa, l'impact du développement d'un attachement insécure entre l'enfant et son caregiver comme facteur de risque dans le développement des psychopathologies – avec des corrélations étonnantes même après contrôle des facteurs génétiques, économiques, tempéramentaux et bien d'autres.

Dans l'étude longitudinale de Minnesota précédemment citée, par exemple, les prédictions de psychopathologies en corrélation avec la sécurité de l'attachement à l'enfance sont étonnamment élevées après contrôle de tous les autres facteurs y compris le tempérament. L'attachement désorganisé dans l'enfance, la classification d'attachement la plus rare, est lié à de nombreux indicateurs de psychopathologie dans l'adolescence et à l'âge adulte, souvent au-delà de toute autre mesure dans les premières années de la vie, avec des corrélations Pearson d'ordre de  $r=0,4$  (Sroufe et al., 2010). L'étude permet aussi de confirmer qu'un tel attachement désorganisé est prédit par le comportement effrayant des parents (Sroufe, 2005).

Autre point important aussi pour notre discussion : ces études longitudinales montrent que certaines compétences fondamentales du développement telles que la régulation émotionnelle, la confiance dans les relations, l'estime de soi, et la maîtrise de soi (entre autres) se développent toutes à travers des interactions dyadiques entre les enfants et leurs caregivers et sont corrélées à la sensibilité des caregivers (Berna, 2014; Sroufe et al., 2010).

Citons un exemple de comment cela se produit : les effets neuropsychologiques de l'apaisement de l'enfant dans ses moments de crise par leur caregivers, qui induit l'inhibition des émotions débordantes, semblent s'installer dans le cerveau de l'enfant de façon répétitive sous forme d'un savoir-faire neuropsychologique automatique, un prototype comportemental de la régulation émotionnelle qui s'exprime plus tard à l'adolescence et à l'âge adulte par une capacité d'auto-apaisement et un plus haut score de régulation émotionnelle évalués lors des bilans (Mikulincer & Shaver, 2007; Schore, 2001).

Ainsi, à partir du point de vue de la Psychopathologie Développementale et en s'appuyant sur ces grandes études longitudinales, la sécurité de l'attachement peut donc être conçue comme une pierre angulaire du développement d'un grand nombre de capacités psychologiques nécessaires pour le bon fonctionnement psychique et la protection contre le développement de psychopathologies (Ainsworth, 1985; Cassidy & Shaver, 2008; Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, Bessel A., 2005).

## II. Développement après-coup : approches cliniques

### 2.1 Introduction

Nous avons vu que certaines de ces grandes études longitudinales ont permis de confirmer des hypothèses sur le développement des psychopathologies. En particulier,

l'hypothèse selon laquelle le développement d'un attachement sécurisé et d'autres capacités de base associées comme la régulation émotionnelle est négativement corrélé au développement des psychopathologies, en d'autres termes l'attachement sécurisé est un facteur de protection.

En se basant sur plusieurs études comme les deux que nous venons de présenter, la psychopathologie développementale conçoit la psychopathologie comme étant largement le résultat d'un développement non-abouti, pendant lequel plusieurs capacités de base ne se sont pas développées laissant l'individu plus vulnérable et incapable d'homéostasie psychologique.

La question se pose donc pour la psychothérapie : si le non-développement de certaines capacités psychologiques est en partie responsable de l'apparition d'un trouble mental, alors le développement de ces capacités de base à l'âge adulte peut-il diminuer la symptomatologie voire même soigner la personne de son trouble mental ?

## 2.2 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 de figures d'attachement sécurisantes chez des adultes et mesurer les effets émotionnels qui ont découlé (Mikulincer, Hirschberger, Nachmias, & Gillath, 2001; Mikulincer & Shaver, 2007). Ces techniques comprennent la présentation subliminale d'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 des figures d'attachement bienveillantes dans l'enfance (Mikulincer & Shaver, 2007, pp. 143–144).

En 2006 Mikulincer et al. ont mené une expérience pour déterminer si un tel amorçage peut atténuer les réponses cognitives et émotionnelles suite à un traumatisme provoqué par les attentats dans des villes israéliennes. Ils ont trouvé que la disponibilité symbolique de représentations d'attachement sécurisant provoquée par les techniques d'amorçage susmentionnées a un effet apaisant en réduisant l'intensité des symptômes du TSPT (PTSD), ce qui contribue à expliquer pourquoi les personnes avec un attachement sécurisé sont moins susceptibles que leurs homologues insécures de développer un TSPT. Les auteurs ont proposé des pistes pour induire une telle disponibilité symbolique à long terme ce qui constituerait un véritable changement de l'attachement de la personne et affecterait de façon durable leur capacités développementales associées (Mikulincer & Shaver, 2007, pp. 144–145).

### 2.3 Ideal Parent Figures Method (IPF)

Brown, Elliot et ses collègues de Harvard ont développé la méthode clinique la plus complète pour augmenter la sécurité de l'attachement, nommée Ideal Parent 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 sécurisé. 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, notamment dans les résultats des larges études longitudinales précédemment discutées, car il a été démontré qu'il s'agit de qualités fondamentales d'un parentage menant le plus souvent à la constitution d'un attachement sécurisé chez l'enfant (Ainsworth, 1985; Sroufe et al., 2010; Vaughn, Bost, & van Ijzendoorn, 2008). 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 (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1983; Brown, 2013; Brown & Elliot, 2016; Harford, 2010; Sroufe et al., 2010)

Dans l'application de la méthode, l'imagerie varie légèrement selon la classification d'attachement du patient au début de la thérapie. Les patients sont encouragés à modéliser ces figures parentales imaginaires selon l'image de personnages de la littérature, de 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 (Brown, 2013; Brown & Elliot, 2016; Harford, 2010).

La méthode IPF vise directement à une reconfiguration positive des « modèles internes opérants » (MIO) chez le patient et à l'augmentation de la sécurité de l'attachement et le développement d'autres capacités de base telle que la régulation émotionnelle. 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 mémoire : alors que lors de sa véritable enfance un sujet peut avoir eu l'expérience de négligence de la part de ses 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 a 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 produit une internalisation du comportement d'inhibition et devient le prototype de la régulation émotionnelle (Brown, 2013; Brown & Elliot, 2016; Harford, 2010; Kinniburgh et al., 2005; Parnell, 2013; Schore, 2001).

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 d'épisodes déséquilibrants de la vie quotidienne. De cette façon, la méthode IPF augmente son efficacité par le biais de la répétition quotidienne (Brown, 2013).

Les cliniciens qui ont utilisé cette méthode avec réussite clinique sont nombreux (Harford, 2010). Un livre/manuel détaillé de la méthode vient d'être publié (Brown & Elliot, 2016), et des formations à l'IPF sont actuellement offertes par Brown et Elliot à l'échelle internationale.

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

#### 3.1 Historique du concept de trouble de stress posttraumatique complexe

*«Alors que la victime d'un seul traumatisme aigu 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, 1992)*



Lors des 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 »* (Cloitre et al., 2011, p. 615; Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O., 2012)

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 (Luxenberg, Spinazzola, van der Kolk, Bessel A., Hidalgo, & Hunt, 2001; Payer, 2012).

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'événement 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 surviennent généralement lorsque l'individu est vulnérable sur le plan développemental. Les efforts déployés par ces individus pour s'adapter à l'exposition quotidienne aux stressors 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 (Herman, 1992). 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 (Herman, 1992; Luxenberg et al., 2001; Payer, 2012; Resick et al., 2012; van der Kolk, Bessel A, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

---

*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 (Choi, Klein, Shin, & Lee, 2009; Cloitre et al., 2011; Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O., 2012; Collings, 2013; Courtois & Ford, 2014; Dorrepaal et al., 2010; Payer, 2012; Solomon, Dekel, & Mikulincer, 2008; van der Kolk, Bessel A et al., 2005). En outre, on note des efforts pour l'inclure comme une entité diagnostic psychiatrique formelle dans les manuels internationaux DSM-5 et CIM-11 (Cloitre et al., 2011; Resick et al., 2012; Sar, 2011).

### 3.2 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 (Herman, 1992; Luxenberg et al., 2001; Payer, 2012). 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 (Luxenberg et al., 2001). 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.

Enfin, 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.

### 3.3 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 (Luxenberg et al., 2001; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005; Resick et al., 2012).

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» (Lewis & Grenyer, 2009). 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 (Lewis & Grenyer, 2009; Luxenberg et al., 2001). 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 (Herman, 1992; Luxenberg et al., 2001; Resick et al., 2012).

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 (Read et al., 2005). 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 (Luxenberg et al., 2001).

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) (Read et al., 2005).

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 (Cloitre et al., 2011) 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 (Herman, 1992). 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 (Read et al., 2005).
- 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 (Resick et al., 2012, p. 247).

- 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 (Cloitre et al., 2011; Dorrepaal et al., 2010; Ford, 1999; Read et al., 2005).

## IV. L'étude de Ville Evrard

### 4.1 Présentation

Entre mars 2015 et mai 2016 nous avons mis en place une recherche pour tester la méthode de Brown et Elliott, l'Ideal Parent Figures Method ou IPF, sur une population avec Trouble de Stress Post Traumatique Complexe.

Les détails du protocole ont été publiés dans notre mémoire de recherche du M1, et les résultats complets seront envoyés pour publication plus tard cette année dans l'European Journal of Psychotraumatology. Les résultats partiels, avec 10 patients, ont été présentés lors du congrès annuel de la Society for Personality Assessment à Chicago, à l'invitation du Dr. Carol George, éminence internationale en psychologie du développement (Parra & George, 2016).

Ici nous présentons une version résumée du protocole et de nos résultats.

Notre échantillon était composé de 17 patients, 2 hommes et 15 femmes, d'âges divers et provenant de populations à risque (pauvreté, immigration, autres). Les critères d'inclusion étaient un score dit « clinique » au Children Trauma Questionnaire représentant une histoire chargée des psychotraumatismes dans l'enfance et un score « clinique » à l'échelle SIDES-SR qui mesure la présence et l'intensité des symptômes spécifiques du Trouble de Stress Post Traumatique Complexe. La plupart des sujets de l'échantillon ont vécu des expériences d'inceste dans l'enfance et souvent des viols à l'âge adulte aussi.

L'étude a été conduite à l'EPS Ville-Évrard, secteur 3, plus spécifiquement dans l'Unité de Recherche Clinique, qui a guidé notre étude, et dans le Centre de Psychothérapie, où les patients ont été recrutés et pris en charge.

Le traitement consistait à quatre séances hebdomadaires de 45 minutes avec l'auteur de ce mémoire, pendant lesquelles le thérapeute guidait le patient travers la visualisation de l'IPF

en utilisant un script standardisé. Les patients emportaient avec eux en fin de séance un CD avec la visualisation guidée pour la pratiquer à la maison aussi.

L'étude incluait trois bilans : le premier au moment de l'inclusion, le deuxième une semaine après la fin du traitement pour évaluer les effets, et le troisième environ 8 mois après la fin du traitement pour évaluer la stabilité des effets.

L'étude était ouverte et n'avait pas de groupe contrôle, raison pour laquelle les effets placebo et l'effet spécifique de la relation thérapeutique n'ont pas pu être évalués.

Chacun de ces trois bilans était constitué des mêmes tests ou échelles pour les 17 patients : le SIDES-SR pour évaluer l'intensité de symptômes du trauma complexe, la Brief Symptom Inventory (BSI) pour évaluer la présence et intensité des symptômes psychologiques en général, la WHOQOL-bref pour évaluer la qualité de vie et le Adult Attachment Projective Picture System (AAP) pour évaluer la sécurité de l'attachement.

Par rapport aux résultats quantitatives :

Pour le SIDES-SR, nous avons observé une baisse significative de l'intensité des symptômes (Wilcoxon  $p=0,010$ ) avant-après traitement, avec une taille d'effet « grande » (« effect size », Wilcoxon  $r=0,443$ ).

Pour le BSI, nous avons observé une baisse significative de l'intensité des symptômes (Wilcoxon  $p=0,004$ ) avec une taille d'effet « grande » (Wilcoxon  $r=0,491$ ).

La qualité de vie a augmenté significativement (Wilcoxon  $p=0,003$ ) avec une taille d'effet « grande » aussi (Wilcoxon  $r=0,516$ ).

Et enfin, et peut être le plus important, nous avons pu réévaluer 8 de ces 17 patients environ 8 mois après la fin de leur traitement avec nous et avons trouvé que les résultats SIDES-SR, BSI et de qualité de vie étaient stables, sans aucune différence significative par rapport au bilan fait immédiatement post-traitement.

La taille d'effet (effect size) mesure le niveau d'impact d'un traitement. Dans cette étude l'effet mesuré est, sur les trois échelles, dit « grand », ce qui est très rare considérant que le traitement a duré seulement environ cinq semaines.

Pour 8 des 17 patients l'intensité de symptômes (BSI) a baissé tellement que leur score n'était plus « clinique » vers la fin de leur traitement. De même pour 5 de 17 patients l'intensité

des symptômes du trauma complexe (SIDES-SR) a baissé tellement que vers la fin du traitement ils n'avaient pas plus de symptômes que la population générale.

Au niveau de l'attachement, nous n'avons pas encore les résultats finaux pour les 17 patients, les transcriptions du test projectif prenant longtemps à être cotées, mais les résultats préliminaires pour 10 patients montrent une augmentation significative de la sécurité de l'attachement pré-post traitement.

#### 4.2 Script IPF utilisé dans la thérapie et commentaires

Dans les pages suivantes, nous examinerons le script utilisé dans notre étude, à la lumière de la psychopathologie développementale et de la théorie de l'attachement, permettant au lecteur de comprendre la fonction thérapeutique de chaque partie du texte.

Comme il a été indiqué auparavant, dans une approche purement clinique il n'y aurait pas de script mais plutôt une visualisation adaptée à la personnalité et aux besoins particuliers du patient. Néanmoins et dans le contexte de notre recherche et afin de pouvoir contrôler mieux nos facteurs confondants nous avons préparé un script et nous avons essayé le plus possible de rester collés à ce script.

Ce texte a été originalement écrit par les docteurs Daniel P. Brown et Laurie Brown (2006), puis adapté par Federico Parra et traduit de l'anglais par Wilfrid Nkodia.

Le texte commence par une introduction qui contient de façon condensée les instructions basiques de la visualisation. Dans la pratique, il est précédé la plupart du temps par une courte relaxation :

*Imaginez une scène, avec d'autres parents que ceux que vous avez connus. Des parents que vous auriez pu avoir, qui auraient su comment prendre soin de vous de la bonne manière... Ils prennent soin de vous de la bonne manière en vous faisant savoir profondément dans votre être que vous êtes une personne qui mérite d'être aimée. Imaginez simplement avoir le genre de parents que vous auriez eu besoin d'avoir ... tout en sachant simplement que vous êtes en sécurité, aimé et soutenu.*

*Chacun de nous pouvons dans notre imagination féconde créer une nouvelle famille... tout simplement le genre de famille qui aurait été bien pour vous. Et vous pouvez rejoindre cette famille dans votre cœur et votre esprit pour développer les sentiments qui auraient dû*



*être...pour guérir les endroits de votre cœur blessés et abandonnés, avec ces nouveaux parents qui vous aiment de la façon dont tout enfant a besoin et mérite d'être aimé.*

*Utilisez la sagesse de votre propre cœur et des cœurs de ces nouveaux parents pour vous apporter cette guérison.*

*Vous pouvez imaginer la parfaite qualité de relation qui vous fera vous sentir en sécurité...en s'assurant que tous les aspects de vous-même sachent que vous méritez toujours d'être aimé, chéri et écouté avec bienveillance et intérêt...*

*Simplement de la façon dont chaque enfant a besoin d'être aimé...avec gentillesse, amour et patience.*

Cette dernière phrase est intéressante car elle évoque les résultats des études longitudinales montrant que certaines qualités des parents (ex. sensibilité maternelle, accordage) sont très fortement associées au développement d'un nombre de capacités de base fondamentales et cela pour tous les enfants. En d'autres termes ces sont des besoins fondamentaux dans l'ontogénèse de l'espèce humaine et non un besoin personnel/individuel.

*Alors, imaginons que nous remontions le temps ensemble...remontez à un temps où vous étiez très jeune...créant ainsi des images de comment cela aurait dû être...*

Autre passage fondamental, cette instruction correspond plus ou moins à une « régression en âge » en hypnothérapie. Il est essentiel que le sujet se voit et se sente véritablement comme un enfant.

*Imaginons simplement les bons parents...*

Ce qui suit ensuite est destiné à cultiver la première qualité à développer visée : l'estime de soi. Le renommé psychologue américain Daniel P. Brown, co-créateur de cette méthode écrit ainsi : « L'estime de soi est le lien développemental entre l'affect positif et la représentation de soi » (Brown, 2013). Il estime ainsi que l'expression de la joie des parents vis-à-vis leur enfant, leurs sourires authentiques ou toute autre expression de joie qui naît en regardant directement l'enfant apportent petit à petit au nourrisson la conviction ou représentation mentale qu'il est, lui-même, source de cette joie. Ainsi, l'idée de « lui-même » qui se forme à ce moment-là s'associe à l'émotion de joie, et plus tard à l'âge adulte l'invocation mentale quotidienne de la représentation de soi s'accompagnera plus facilement de ce sentiment de joie :

*Ces parents aiment vous écouter et ils sont heureux de votre venue en tant que nouveau-né...Imaginez-vous être porté comme il se doit...et savoir clairement que vous êtes aimé et chéri...*

*...Et que votre arrivée est un évènement précieux pour eux...*

*Et vous pouvez recevoir, au niveau le plus haut, les sensations de laisser aller et ressentir l'amour et le soutien que vous méritez et dont vous avez besoin...simplement, recevez le pleinement ...votre cœur connaît la justesse de cette qualité d'attention...la véritable sécurité de l'attachement...*

Dans les paragraphes qui suivent, une autre capacité est visée : celle de la capacité de l'exploration autonome, qui est permise, selon les études sur l'attachement, lorsque les parents sont très présents et connectés aux besoins de leur enfant, ce qui lui donne un sentiment profond de sécurité et au même temps lui laissent l'espace suffisant pour jouer, explorer, choisir et apprendre :

*Et nous pouvons imaginer maintenant que vous êtes en train de grandir...que vous êtes un petit enfant ...et que vous êtes enchanté d'explorer le monde autour de vous. Curieux et joueur... sécurisé de savoir que de bons parents sont simplement avec vous ici...regardant et jouant avec vous et s'assurant que vous êtes en sécurité et donnant toutes les choses dont vous avez besoin pour grandir en bonne santé, et avoir une enfance sécurisée.*

*Et pendant que vous explorez le monde, vous savez qu'ils sont tellement présents... vous écoutant et vous protégeant...*

*Et vous êtes content de leur montrer les choses que vous avez découvertes...les nouvelles forces que vous ressentez dans votre corps pendant que vous grandissez et vous vous développez...*

*Et pendant que nous créons ces scènes ensemble ... utilisant la puissance de guérison de votre propre esprit, vous pouvez ressentir le genre d'émotions dont vous avez besoin de ressentir pour continuer à guérir...et rentrer dans un état d'amour et de confiance.*

*Nous créons ainsi en vous l'expérience de nouveaux genres de relations. Simplement le genre de relations qui donnent un sens fort de sécurité et d'attachement... Le sentiment de faire sincèrement l'objet de l'attention dont vous avez besoin...*

*Imaginons maintenant que nous créons une chambre spéciale rien que pour vous...  
Vous pouvez l'arranger pour être exactement à l'endroit confortable et charmant où vivre...*

*Vous pouvez vous asseoir sur une chaise, en compagnie de ces bons parents qui savent  
à quel point cette chambre est spéciale pour vous.*

Dans les paragraphes suivants, nous aidons le patient à développer la conscience de ses propres émotions en utilisant l'accordage avec ses parents imaginaires. Brown enseigne que le développement de l'intelligence émotionnelle, c'est-à-dire la capacité de discerner les différentes sensations viscérales et de les conceptualiser tel que le spectre de couleur dans un spectre des émotions reconnaissables et interprétables, se déclenche et se nourrit grâce à l'effet « miroir » des parents et grâce à leur accordage émotionnel (Brown, 2013), qui est selon Ainsworth une sorte de capacité d'empathie accrue propre de certains parents qui leur permet de percevoir l'état émotionnel de leurs enfants de façon juste et avec très peu d'indices (Ainsworth, 1985). Cette qualité parentale est associée au développement d'un attachement sûr et à un meilleur développement émotionnel à l'âge adulte.

*En effet, ces parents sont accordés émotionnellement à vous...ils sont intéressés par  
votre état d'esprit et ils savent ce que vous ressentez...car ils sont profondément connectés à  
vous dans ce lien profond d'attachement.*

*Et peut-être, dans votre chambre, ils vous liront des histoires que vous aimez  
entendre... Peut-être vous leur parlerez de ces choses que vous avez découvertes dans votre  
journée... Et ils vous écouteront attentivement...en vous faisant sentir à quel point vous leur  
êtes précieux...*

Là encore, nous voyons l'expression de la joie vis-à-vis l'enfant qui nourrit l'estime de soi.

*Et ainsi vous découvrez de quelle façon une journée peut être remplie de joie...*

*Et les jours ensoleillés, peut-être ferez-vous des marches ensemble, et regarderez-vous  
les fleurs...les arbres...les oiseaux et les papillons...*

*Et ils vous demanderont ce que vous voyez...car ils sont très intéressés par vous...et ils  
vous diront ce qu'ils voient...*

*Et peut-être vous rirez ensemble...pendant que vous explorez le monde librement...  
découvrant de belles choses autour de vous... Si plein de vie et de joie...*

*Ces parents vous écouteront et veilleront pour s'assurer que vous êtes en sécurité...*

*Faisant attention et s'assurant de se comporter de la façon dont vous avez besoin pour vous sentir protégé...*

*Et ils vont vous guider...avec patience et gentillesse...pendant que vous grandissez et que vous devenez vous-même...unique. Ils peuvent voir vos qualités. Ils sont ravis de vous voir devenir vous-même, unique...*

Dans cette section la visualisation vise à développer aussi l'estime de soi, mais ici sous un autre angle : celui de l'appréciation de la particularité de cet individu, aimé et reconnu pour ces parents tel qu'il est.

*Et ils vous aiment exactement comme vous êtes. Vous pouvez le ressentir dans votre cœur. Cette acceptation, et cet amour profond pour ce que vous êtes.*

*Et vous saurez que vous pouvez toujours aller vers eux, et poser les questions et découvrir les choses dont vous avez besoin afin de vous sentir en sécurité...pour pouvoir explorer et expérimenter le monde et les nombreuses choses qu'il y a à découvrir.*

*Parce qu'ils vont vous écouter et faire attention et prendre le temps de remarquer la façon dont vous grandissez et ce dont vous avez besoin pour grandir*

Dans la continuité, une autre capacité de base est travaillée : la sécurité, c'est-à-dire la sensation viscérale d'être sûre qui est au sens le plus fondamental la sensation d'être protégé des menaces physiques. La première fonction du lien d'attachement, selon Bowlby, est la protection de l'enfant des dangers externes (Bowlby, 1983). Cela explique que la sélection naturelle ait bénéficié aux espèces comme les singes qui avaient développé ce type de comportement d'attachement, où les plus sages et les plus grands protègent les plus faibles et les plus petits (Siegel & Sroufe, 2011). Le contraire de ce type de sécurité est la peur anxieuse qui à l'extrême devient la certitude que quelque chose de négatif ou de dangereux va nous arriver tout de suite et/ou tout le temps (Mikulincer & Shaver, 2012).

*Ces parents feront attention à vous ; ils feront toujours attention à ce que les gens vous traitent bien, comme vous méritez de l'être. Vous pouvez vous imaginer comment ils vous protègent de tout risque, vous mettant à l'abri...*

Et ensuite, nous travaillons sur l'apaisement dans les situations de crises émotionnelles. Ce « rituel » d'apaisement serait une sorte de déclencheur d'un processus d'inhibition interne,

pendant lequel l'activation du cortex orbitofrontal aide au traitement des émotions débordantes. Cette expérience d'être apaisé devient avec la répétition une capacité acquise d'auto apaisement.

*Et dès que vous ressentez l'angoisse...la peur...ou la colère...ils sont là pour vous apaiser...Ils vous prennent dans leur bras...et vous pouvez ressentir le véritable lien d'attachement...la paix d'être aimé et protégé...et l'effet que ça produit sur votre état d'esprit...*

Nous arrivons à la fin du script qui représente une clôture. Ici le thérapeute fait une sorte d'« installation », dans le jargon de l'hypnose, afin que peu à peu ces expériences positives s'installent plus en plus profondément chez le sujet et que celui-ci soit amené à pratiquer la visualisation quotidiennement pour augmenter les chances de réussite du protocole de soin :

*Laissez votre esprit créatif créer juste les bonnes images pour guérir les blessures que vous avez besoin de guérir...nous sommes capables de reconstruire en partie au moins, ces choses qui nous sont arrivées dans le passé, laissant ces bons sentiments et connaissances être ressenties dans votre cœur, pour que vos cicatrices du passé puissent simplement guérir et pour recouvrer la santé, les sentiments d'amour...de confiance.*

*Laissez votre cœur connaître que l'amour a le pouvoir de transformer même les plus douloureuses expériences que vous avez en vous depuis si longtemps...*

*Et pendant que nous continuons à travailler de cette manière, votre cœur va délaissier les vieux sentiments et laisser l'amour qui est si naturel entrer dans chaque recoin de votre cœur qui est blessé et qui a besoin d'être réconforté et apaisé...*

*Nous sommes capables de faire cela parce que notre cœur est un étonnant, miraculeux organe, capable de guérison et de renouveau à n'importe quel moment.*

*Alors, passez juste un peu de temps maintenant à recevoir les sensations de guérison...laissez-vous aller réellement à recevoir ces choses dont vous avez besoin de ce lieu de guérison...absorbant et intégrant tout ce qui pourrait être le plus utile pour vous...*

*Et dans les heures et jours à venir, pendant que vous prenez le temps de vous reconnecter à ce lieu de guérison, vous vous sentirez de plus en plus fort et plus connecté à votre propre cœur, ce cœur qui a le pouvoir de guérir toute chose du passé. Et nous allons*

*continuer à travailler de la sorte, pour soutenir votre cœur dans le parcours vers la guérison, vers le renouvellement et la régénération.*

*Et pendant que vous absorbez, intégrez les apports que vous avez besoin de recevoir maintenant...vous pouvez graduellement devenir attentif à votre corps physique, et la respiration quand elle coule le long de votre corps...*

*Et la respiration peut s'approfondir et envoyer plus d'énergie dans votre corps tout entier, pendant que graduellement vous êtes prêt à ouvrir vos yeux et à continuer votre journée. Et lorsque vous serez prêt, vous pouvez ouvrir vos yeux, et pendant que vous le faites, vous vous sentirez profondément alerte et connecté à la fois à vous-même et au monde autour de vous...*

#### 4.3 Nos études de cas

L'étude que nous venons de commenter a été conçue pour recueillir des données quantitatives mais aussi des données qualitatives et cliniques relatives au processus thérapeutique de chacun de nos patients.

Ces données précieuses n'ont pas été aussi commentées que leur contrepartie quantitative dans nos écrits précédents ou présentations, et nous voulons profiter de ce mémoire clinique pour explorer et partager nos expériences en tant que psychologue utilisant cette méthode particulière avec ce type spécifique de patients.

Ce qui suit donc est une présentation clinique, présentée sous deux formats différents, du processus thérapeutique de ces patients. En premier lieu, nous présenterons une étude de cas complète avec anamnèse, fragments verbatim de presque toutes les séances, nos interventions, critiques et commentaires sur ces interventions et enfin les différents moments clés du processus. Ensuite, nous présenterons dans un format original nos six premiers cas cliniques sous forme de vignettes.

Nous espérons que cette double présentation permettra à la fois une immersion plus profonde dans l'expérience clinique (étude de cas) puis un regard plus compréhensif, encore clinique, avec les vignettes.

## B. ÉTUDES DE CAS ET VIGNETTES CLINIQUES

### I. Étude de cas : Mimi

#### *Anamnèse*

Mimi est une jeune femme de 34 ans, divorcée avec 3 enfants en bas âge. Elle est salariée et travaille comme gestionnaire chez Carrefour. Ses parents sont d'origine africaine, elle est née en France. Enfant unique, elle a néanmoins 10 demi-frères et sœurs. Elle est l'aînée de la fratrie et prenait en charge tous les autres. Petite elle a vécu des difficultés matérielles graves, pour se nourrir, pour se vêtir, pour se soigner, etc..., et a été également témoin d'abus sexuels envers des membres de sa famille (inceste). Elle a aussi témoigné de violences physiques envers sa mère, et a été elle-même physiquement agressée par sa belle-mère pendant l'enfance. A 15 ans elle a fugué de sa maison pour aller vivre définitivement avec sa tante. Elle a fait le collège et le lycée professionnel sans problème, mais a subi une tentative de viol dans RER à 17 ans qui l'a beaucoup marquée – elle ne prend plus le RER depuis. Elle est tombée enceinte à 18 ans et s'est mariée avec le père. Trompée par lui 8 ans plus tard, elle divorce alors. Récemment Mimi a vécu un accident routier grave qui a entraîné le décès d'une personne (inconnue pour elle) et l'hospitalisation de deux de ses amis. Depuis cet événement, Mimi expérimente plusieurs symptômes d'un syndrome TSPT (PTSD) : peur généralisée, cauchemars, flashbacks intenses et troubles sévères du sommeil (elle ne dort presque plus). Elle prend depuis 4 mois de somnifères pour s'endormir et participe aux séances de relaxation au CMP, mais il n'y a pas d'amélioration symptomatique notamment concernant les troubles du sommeil.

#### *Premier rendez-vous (bilan)*

Federico : Bonjour Madame, comment allez-vous ?

Mimi : ça va, moyen

F : Bon, aujourd'hui ça sera un jour de bilan. Vous savez qu'est-ce que c'est un bilan psychologique ?

M : Des échelles c'est ça ?

F : Presque. L'objectif est de pouvoir apprendre plus sur vous, principalement sur les problèmes qui vous vexent en ce moment, pour pouvoir mieux vous aider et pour savoir, vers la fin du traitement, le résultat concret de notre intervention. Vous comprenez ?

M : Je crois oui.

F : Il y aura des échelles, et aussi un test projectif.

*Déjà pendant cette petite interaction j'ai une intention claire qui est de transmettre à Mimi que je suis là pour répondre à ces questions. Le test se passe bien (Adult Attachment Projective Picture System, plus les échelles SIDES-SR pour les symptômes du CPTSD, CTQ pour le traumatisme dans l'enfance, BSI pour les symptômes psychopathologiques et WHOQOL pour la qualité de vie).*

M : Voilà, j'ai tout rempli

F : Bien, merci beaucoup Madame. Donc nous commencerons la semaine prochaine avec la thérapie à proprement dit. Voulez-vous savoir un peu de qu'il s'agit ?

M : Oui j'aimerais bien, M xxxx ne m'as pas dit grand-chose vraiment. Il a dit que c'était pour « l'attachement ». Je n'ai pas trop compris (*sourire*)

F : Ben, l'approche vient des Etats Unis où je me suis formé. Ils ont trouvé dans des grandes études que certaines interactions spécifiques avec la personne la plus proche quand on est petits, donc généralement notre mère, sont très importantes, voir nécessaires pour le développement de certaines capacités de base.

M : Par exemple ?

F : Par exemple la régulation émotionnelle. On sait maintenant que la grande partie de cette capacité, qui permet par exemple quand on est très en colère de pas réagir de façon destructive, est exercée par une partie du cerveau qui se trouve ici (*touche le front*). On sait aussi que cette capacité se développe dans une interaction spécifique dans l'enfance qui est quand on est en crise, par exemple une crise d'angoisse, et que notre maman nous prend dans ses bras et commence à nous apaiser. Attendez, je vais vous montrer quelque chose.

M : ok

*A ce moment je cherche sur mon téléphone une image d'un chimpanzé en train d'apaiser son fils*



M : c'est mignon (*sourire*)

F : Vous voyez ? Ce geste est si commun pas seulement dans l'espèce humaine mais dans plusieurs autres espèces aussi.

M : Et donc la thérapie...

F : Et donc dans la thérapie on va faire venir un chimpanzé...

(*rires*)

F : Je, non, dans la thérapie on va vous faire imaginer, utiliser votre imagination, pour imaginer ces interactions dans l'enfance. Pour exemple, vous allez imaginer être en crise d'angoisse en tant que petite fille, et que votre nouvelle maman s'en rende compte et vous prenne dans les bras, et commence à vous calmer, comme le chimpanzé.

M : Maman n'a jamais fait ça...

F : Je sais. Nous n'allons pas utiliser la mémoire. On ne va pas de tout utiliser des personnes que vous connaissez déjà. Nous allons créer quelque chose de nouveau. C'est ça l'imagination – vous êtes libre de créer ce que vous voulez. Ce que vous avez besoin d'expérimenter.

M : J'espère que ça marche !

F : Je vous verrai la semaine prochaine. Comme vous sentez-vous maintenant ?

*Je suis assez inquiet de savoir comme elle se sent, notamment parce que c'est la première fois que je fais passer le test projectif à une patiente avec trauma complexe et le test montre des images assez inductives...*

M : Oui, ça va. Ça me rassure un peu de comprendre.

F : très bien. Je vous accompagne à la porte. Je vous verrai la semaine prochaine.

### **Première séance IPF**

*Lors de la séance, dès son arrivée dans le bureau je la guide dans une courte relaxation avec les yeux fermés, et j'enchaîne avec la visualisation – se voir comme une enfant, dans une situation imaginaire, dans des interactions positives avec des figures d'attachement sensibles. Mais j'oublie quelque chose d'essentiel...*

F : Comme c'était ? Vous sembliez très concentrée comme une pro.

M : Merci. C'était.

F : Pouvez-vous me dire un peu plus ? Qu'est-ce que vous avez ressenti ?

M : Mmm... (*long silence*)

*Après avoir laissé trainer le silence pendant presque une minute, j'ai l'intuition (ou peut-être j'interprète que) le problème est que Mimi n'est pas de tout habituée à parler de ses expériences subjectives à quelqu'un, encore moins dans le détail. Je me dis alors que des questions plus cibles peuvent l'aider à commencer à expérimenter cela...*

F : Racontez-moi s'il vous plaît, le moment le plus positif et le moment le plus négatif pendant la visualisation. Les moments les plus significatifs.

M : Ben, mmm...le moment le plus drôle était la scène où j'ai créé une chambre de petite fille. J'ai bien aimé de choisir le couleur, la déco...et j'ai passé quelques instants à sauter sur le lit (rire), je pense que vous étiez en train de donner des autres instructions mais j'ai perdu le fil un peu car ça se passait bien dans cette chambre.

F : Génial ! La fonction de cette partie de la visualisation est de créer un espace sûr pour vous, un espace joli aussi, et pourquoi pas drôle ! Pouvez-vous le décrire ?

*Ici, même si je suis en train de féliciter et d'encourager Mimi, je remarque aussi que, dans une visualisation de 17 minutes basée presque à 100% sur des scènes d'interactions intimes avec des parents, elle retient comme scène la plus forte la seule scène où elle est toute seule !*

M : Oui, d'abord par la fenêtre je voyais une forêt, pleine des fleurs. Puis j'ai changé le couleur plusieurs fois, j'ai aimé l'orange car ça combinait avec le jour ensoleillé...

*Mimi continue à décrire « sa chambre » avec détails.*

F : Et vous êtes arrivée à imaginer des parents nouveaux, bienveillante, sensibles... ?

M : J'ai imaginé une maman, pas un papa. Mais plutôt une sensation, une présence...mais pas des images. Je dois voir des images ?

*A ce moment précis je me rends compte que j'ai oublié une partie clé de la méthode : le thérapeute est censé, avant commencer les visualisations, aider le patient à trouver des figures qui pourraient être des bons parents pour lui. Ces personnages d'inspiration peuvent*

*venir de films, de livres, de l'histoire de la France ou du monde, etc. Ils fonctionnent simplement comme ancrage au debout du processus pour aider la visualisation.*

*Nous discutons un peu plus longtemps, et finalement Mimi part de la séance avec un CD avec une version enregistrée de la visualisation pour la pratiquer chez elle tous les jours.*

### **Deuxième séance IPF**

*Après avoir établi le rapport en l'interrogeant sur sa semaine, je m'occupe du souci de la dernière séance :*

F: Donc la dernière fois j'ai oublié un exercice que je pense va vous aider à mieux sentir le traitement.

M : C'est quoi ?

F : On commence avec une question. Est-ce qu'il y a des personnages, soit des films, soit des histoires que vous avez lues, voire de l'histoire de France...n'importe quel personnage, de fiction ou réel, qui pourrait être un bon parent pour vous ?

M : Mmm...vous voulez dire quelqu'un que j'ai connu ?

F : Pas nécessairement. Ça peut, oui, mais ça peut être aussi être quelqu'un de fiction. Ce qui est vraiment important c'est que il ou elle soit quelqu'un qui vous inspire, que vous pensez qui serait un bon et grand papa ou maman.

M : De fiction non...ça ne me vient pas à l'esprit non.

F : Ok...et de votre vie ? Est-ce que vous avez connu quelqu'un ?

M : Non. Je n'ai pas connu de gens très gentils dans ma vie...

*Ce moment est clé dans la thérapie. Je sens que, si je la pousse à continuer à chercher dans son esprit, Mimi trouvera quelqu'un – mais qu'en même temps plus elle y pense plus elle semble déprimée et triste, car elle réalise alors le grand manque d'amour qu'elle a vécu. Je décide finalement d'insister :*

F : J'en suis sûr qu'il y a quelqu'un. Même dans des situations très dures, comme la guerre ou les camps de concentration – il y a toujours toujours quelqu'un qui est un peu, au moins un peu, plus aimable, plus humain – quelqu'un qui...

M : Ah oui !

*Mimi s'exclame et change complètement d'expression, présentant un grand sourire.*

M : J'avais oublié madame...madame...c'était quoi son nom déjà !?

F : Ce n'est pas très important le nom peut être...

M : Oui ! Rosa !

F : C'est une personne réelle ?

M : Oui ! c'était une maîtresse que j'ai eue à l'école. Elle me remarquait toujours, m'aidait avec mes devoirs et m'a défendu plusieurs fois d'une autre fille qui était un peu méchante avec moi. Rosa, je me souviens. J'étais très triste quand elle était partie de l'école...

F : Wow ! Son image semble très vivante chez vous...

M : C'est drôle, je ne me rappelais pas du tout d'elle, mais maintenant ça revient. Oui, ça me rassurait de le voir et je me suis demandée quelque temps où elle était partie et si elle allait bien...

F : Ok ! Donc on a trouvé ce qu'on cherchait (*sourire les deux*)

*Ce jour-là, la visualisation est beaucoup plus intense pour Mimi. Dans chaque interaction imaginée, il y a « Rosa », ou plus précisément une nouvelle maman inspirée par Rosa, qui la protège, qui l'apaise dans les moments de crise, qui remarque ses qualités...*

*Elle finit l'exercice avec des larmes aux yeux.*

*Je me sens aussi très content, très touché, comme témoin d'une découverte essentielle pour elle : l'expérience de se sentir aimé.*

[Par souci de place, je passe maintenant à la dernière séance et au bilan à 8 mois]

#### ***Quatrième (dernière) séance IPF***

F : Bonjour madame, ça va ?

M : Oui (*sourire*)

F : Vous avez pu utiliser le CD pendant la semaine ?

*Mimi a commencé à utiliser le CD avant de s'endormir, car selon elle ça l'aide à s'endormir, et depuis qu'elle a commencé à le faire elle n'a plus de cauchemars.*

M : Oui, trois ou quatre fois je crois.

F : C'est bien ! Est-ce que ça vous a apporté quelque chose ?

M : Déjà je dors mieux !

F : Vous continuez à dormir mieux, c'est très bien. Toujours pas de cauchemars ?

M : J'en ai eu un le weekend. Mais sinon non, je dors bien maintenant. C'est fou.

F : D'autres remarques ?

*Mimi m'avait raconté, pendant la séance précédente, qu'elle avait commencé à sentir un peu de jalousie qu'elle qualifiait de « saine » vis-à-vis des autres mamans (amies) qu'elle voyait sur Facebook, très attachées à leurs enfants tandis que Mimi elle sentait qu'elle n'avait pas développé ce type de relation avec les siens...*

M : Mmm...oui en fait. J'ai fait beaucoup d'efforts cette semaine pour faire attention quand mes enfants me parlent. Ils me saoulent...parfois ils ne s'arrêtent pas et ça fait pas trop de sens ce qu'ils disent, du tout en fait. Mais j'essaie de faire comme ma mère idéale dans la pratique (*visualisation*), je les écoute avec attention, je leur donne mon attention c'est tout.

F : Wow. Et vous avez remarqué comment ils réagissent à ça ?

M : Je pense que ça les calme en fait. Que ça les soulage.

F : Et oui, et vous comment vous sentez-vous quand je vous écoute ici ? Quand je fais attention à tous ce que vous me dites ?

M : (*sourit*) Ça me fait sentir importante

F : Peut-être ils se sentent pareils ?

*A ce moment, Mimi a des larmes aux yeux – comme un moment soudain de tristesse profonde*

M : Vous savez...je ne suis pas sûre de mon copain, de mon conjoint

F : Pourquoi ?

M : J'ai eu une conversation avec lui – il me posait des questions par rapport à ma thérapie et je ne lui racontais rien mais finalement je lui ai dit un peu et il a rigolé. Je lui ai posé des questions par rapport à sa maman – si elle le faisait des câlins, si elle prenait soin de lui...

F : Il faut être douce avec ce type des questions car la personne peut se sentir interrogée, non ?

M : Je sais pas...il ne voit aucune valeur à ce genre de choses. En fait il ne me protège pas du tout non plus, il ne m'aide pas à m'apaiser...en fait il croit que je m'invente ma maladie, que je devrais simplement rentrer au travail...

F : Je vois. Comme ça vous fait sentir ?

M : Triste. Quand je fais le CD (la visualisation), quand je finis, j'ai envie de partager ça. D'avoir quelqu'un dans ma vie qui m'écoute, qui me fait des câlins...je ne suis plus sur s'il va jamais pouvoir le faire...

*Je laisse trainer un long silence. Long, 3 ou 4 minutes. Je lui donne des mouchoirs pour se sécher les yeux, mais je ne fais aucune tentative pour parler ou passer à autre chose.*

M : Je vais voir. Je n'ai pas de force maintenant pour changer de choses...

F : Vous allez voir. Je suis d'accord avec vous – c'est un moment déjà difficile et il faut se focaliser sur votre soin. Après vous verrez, vous êtes très jeune !

*Elle sourit*

### ***Rendez-vous 8 mois plus tard (bilan)***

M : Bonjour M Parra, je peux passer ?

F : Oui ! allez-y, ça va ? asseyez-vous.

*Elle est souriante, semble fière et veut me montrer quelque chose...*

M : Regardez ! (*Elle me montre sa main gauche*) Je me suis fiancée !

F : Wow !

*A ce moment, je me sens divisé pendant quelques instants – une partie de moi est contente pour elle, et une autre se souvient qu'elle m'avait confié ne pas être trop contente avec son conjoint -, mais...*

F : Félicitations madame. C'est toujours avec xxxxx ?

M : Non ! Non, en fait je l'ai quitté un peu après la dernière fois qu'on s'est vus pour la thérapie. Quelques semaines après les tests.

F : Regardez ! Donc finalement vous l'avez fait...

M : Oui, en fait c'était une intuition plus en plus forte...qu'il n'était pas bon pour moi mais aussi pour mes enfants. Vous savez, il y a quelques mois il y a eu une perquisition chez moi – la police cherchait quelque chose par rapport à mon ex. Ça m'a rassuré que c'était une bonne intuition, il était dans des choses bizarres...

F : Bon je vous félicite pour avoir eu le courage de prendre une telle décision, et toute seule !

M : Merci. En fait un ami de toute la vie, xxxx, m'a beaucoup aidé. Il a été à mon côté pendant la séparation et après il m'a aidé avec les enfants...

F : Et c'est lui alors ! (*sourire*)

M : Oui ! (*rires*) On se connaissait depuis 10 ans, je ne savais pas qu'il s'intéressait à moi...

F : Et ça se passe bien je vois... (*sourire*)

M : Il est tout le contraire de xxxx. Il me protège, il m'écoute, il fait attention. Je peux lui faire confiance avec mes enfants. Je me sens rassurée avec lui.

F : Bien. Félicitations !

*Mimi a continué à utiliser le CD quand elle avait des problèmes pour s'endormir, mais en général elle ne rencontrait pas de problèmes. Suite à notre intervention elle a aussi suivi quelques séances d'EMDR pour traiter l'épisode spécifique de l'accident routier.*

*Ses résultats quantitatifs dans les trois bilans ont montré une amélioration significative et avec une taille d'effet grande pour les quatre tests concernés entre l'inclusion et le bilan post-traitement, et une stabilité à huit mois.*

## II. Vignettes cliniques des 6 premiers patients

Ce qui suivent sont des vignettes cliniques des 6 premiers patients de notre échantillon qui illustrent leur chemin de soin travers leur quatre séances d'IPF avec nous. Les petites maisons avec des chiffres représentent la quantité de fois que les sujets ont écouté la version audio CD de la visualisation guidée chez eux entre les séances formelles.

## Présentation

## Historique trauma

## 1ère séance

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

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

## 3ème séance

Claire dit qu'écouter le CD à la maison l'apaise et la soulage. Elle remarque qu'auparavant 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».

3

## 4ème séance et bilan

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».

13

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

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.

6

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».

19

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

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 de 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.

14

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".

24

	Présentation	Historique trauma	1 <sup>er</sup> séance
Cynthia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 ans</li> <li>• Célibataire</li> <li>• Etudiante / Salariée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violences physiques, abus psychologiques.</li> <li>• Maltraitée et frappée par son père.</li> </ul>	<p>Cynthia a manqué le premier rendez-vous et s'est trompé d'horaire 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 arrivé à revenir. <b>Vers la fin de la pratique elle a senti des émotions positives.</b> Elle se montre contente d'emporter le CD.</p>
Delphine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 ans</li> <li>• à la retraite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Père violent et alcoolique. Frappait sa mère.</li> <li>• Frère extrêmement violent.</li> <li>• Violée par son frère à 11 ans, sa mère était présente et ne faisait rien.</li> <li>• Mère la « déteste »</li> <li>• Mère lui volait son argent</li> <li>• Dans la vie adulte, son ex-mari l'a violée souvent.</li> <li>• Sœur aînée morte l'année dernière</li> <li>• S'est fait agresser récemment dans la rue, elle ne sort plus de la maison.</li> </ul>	<p>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. <b>Elle a essayé et elle a pu ressentir qu'elle se sentait en sécurité à la fin de l'exercice.</b></p>
Laura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26 ans</li> <li>• Célibataire</li> <li>• Sans enfants</li> <li>• Etudiante/salariée</li> <li>• Médicaments : antidépresseur (deroxat) et anxiolytique (atarax)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abus sexuels (inceste), violences physiques, grande violence psychologique.</li> <li>• Bébé, son père la jetait dans le canapé «pour qu'elle arrête de pleurer».</li> <li>• Viol récent</li> </ul>	<p>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.</p>

## 2ème séance

1 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».

## 3ème séance

3.5 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».

## 4ème séance et bilan

2 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 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.

4 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.

20 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.

2.5 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.

3 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.

13 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 modeler 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 de effet. Ses parents idéaux ne sont plus de tout abuseurs.

## C. DISCUSSION ET CONCLUSION

### I. L'imagination dans la clinique

*«L'imagination crée des possibilités» - (Brown, 2013)*

Peut-être le terrain le plus fertile pour une discussion clinique originale autour de notre travail se trouve dans une question implicite dans le fonctionnement de la méthode clinique utilisée (l'Ideal Parent Figures Method) et aussi du test d'attachement projectif utilisé, l'AAP :

L'imagination est-elle l'espace idéal pour développer des capacités développementales de base telle que l'attachement sécure ou la régulation émotionnelle ?

L'imagination est un terrain très riche pour la psychologie clinique. Comme nous l'avons vu dans notre revue de la théorie de l'attachement et du trauma complexe, les événements du passé laissent une empreinte en nous sous la forme de modèles de relations aberrantes, qui ne sont pas des mémoires statiques mais des principes actifs, une sorte d'inertie qui pousse l'esprit dans la direction dans lequel il a été conditionné (Berna, 2014; Courtois & Ford, 2014; Herman, 1992). Cette force d'inertie est plus facilement appréciable sur le terrain de l'imagination libre, par exemple dans la tâche d'inventer une histoire par rapport à un dessin qui est demandée dans le test projectif Adult Attachment Projective, où les événements, personnages et détails racontés sont l'esprit du sujet créant en temps réel un monde en accord avec ses modèles internes (Béliveau & Moss, 2005; George & West, 2012).

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 et méchants ou de personnages abusés qui n'ont aucun recours pour se défendre (George & West, 2012). Son esprit libre dans le champ de l'imagination montre tout de suite ses empreintes, ce mouvement d'inertie qui 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 et non 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 ses modèles internes 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 un signe clinique positif indiquant la protection de soi-même.

Dans une telle situation clinique une exploration de l'imagination libre du sujet, en lui demandant d'inventer une histoire par exemple, 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 des mondes où la confiance abonde et où les personnes sont honnêtes les unes avec les autres. 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 telle que nous l'avons faite dans certains de nos interventions.

Au niveau de la modification du comportement et du développement des capacités psychologiques de base, l'imagination a été utilisée pour produire ce type des changements depuis des milliers d'années. Le peuple tibétain notamment, ayant développé sa propre version du Bouddhisme indien, a développé des visualisations structurées dans lesquelles le pratiquant 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 (Geshe Kelsang Gyatso, 2011), et la recherche moderne semble le valider au moins en partie (Engström & Söderfeldt, 2010). Brown s'est beaucoup inspiré de ce type de pratiques pour développer sa méthode IPF (Brown, 2013).

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

imaginaires jouer de son instrument avec la bonne technique, l'indication est donnée d'essayer avec le vrai instrument : maintenant il sait parfaitement comment jouer le morceau (Highben & Palmer, 2004). L'imagerie motrice ou pratique mentale est aussi largement utilisée pour améliorer les performances des sportifs de haut niveau (Driskell, Copper, & Moran, 1994; Schuster et al., 2011).

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 inadéquates du sujet. Un exemple est le test projectif d'attachement que nous avons utilisé, qui permet de repérer les contenus traumatiques dans les modèles internes opérants d'attachement 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 (George & West, 2012). Au contraire, les méthodes basées sur l'entretien et portant sur questions liées à la vie réelle du patient (George, C., Kaplan, N., & Main, M.) font face au problème de l'exclusion de contenus liés au trauma, omissions que les patients font, soit pour préserver leur vie privée face à autrui, 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 (George & West, 2012).

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 affronter (Brown & Elliot, 2016).

À la lumière de nos résultats d'une part, des résultats cliniques trouvés par Brown et ses collègues, et des résultats psychométriques exemplaires trouvés par l'Adult Attachment Projective 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 que dans la prise en charge des troubles. 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 plus facilement sur le terrain de l'imagination.

Nous pensons qu'une telle clinique pourrait être exponentiellement plus précise dans l'évaluation et plus rapide dans la prise en charge 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 (Mikulincer & Shaver, 2007; Schuster et al., 2011).

## II. Notre projet de doctorat : vers une psychothérapie développementale

Considérant les limites de notre première étude, nous avons essayé d'imaginer quel pourrait être un protocole de recherche pouvant vérifier si effectivement les capacités développementales de base telles que la sécurité de l'attachement et la régulation émotionnelle peuvent être développés par le biais des visualisations semi-structurées comme l'IPF et si, de ce fait, un tel développement pourrait être une cure pour certains troubles mentaux.

Comment séparer les facteurs confondants telles que l'effet placebo ou l'effet de la relation thérapeutique de l'effet spécifique de la visualisation ? Comme vérifier si effectivement l'imagination des interactions spécifiques est capable de déclencher le développement des capacités développementales de base ? Et comment mettre en place un protocole capable d'évaluer et de traiter un nombre beaucoup plus large de patients ?

Nous avons répondu à ces questions par un protocole nouveau et très ambitieux que nous sommes déjà en train de mettre en place sous la direction du Mme Raphaële Miljkovitch dans le contexte d'un doctorat en Psychologie qui commencerait officiellement vers la fin de cette année.

Dans notre nouveau protocole, la thérapie est basée sur l'écoute de la visualisation guidée (IPF) uniquement en version CD, c'est-à-dire sans que le patient soit jamais dans une interaction avec un thérapeute en séance. De plus, la voix dans l'enregistrement audio de la visualisation guidée sera celle d'un comédien professionnel (à la place d'un psychologue) « aveugle » au protocole.

Ces mesures vont permettre d'annuler le facteur confondant de la relation thérapeutique et le facteur confondant de la formation à l'hypnose et à la relaxation propre d'un thérapeute, pour permettre ainsi d'évaluer l'effet spécifique de la visualisation en soi.

Aussi, nous allons créer deux versions du CD, avec des contenus presque identiques, la seule différence étant que dans la version « contrôle » les scènes visualisées avec les parents imaginaires seront positives mais sans être liées à l'attachement (ex. s'imaginer en train de jouer au tennis) et ne mettront pas l'accent sur des qualités spécifiquement sécurisantes.

Agir ainsi nous permettra de séparer les facteurs confondants du fait de faire une visualisation quelconque, du fait de s'auto-hypnotiser, et du fait d'imaginer des situations positives en général, nous permettant donc de déterminer quel est l'effet particulier des interactions spécifiques (ex. apaisement au moment de colère) utilisées dans la visualisation

IPF sur l'amélioration du sujet et sur le développement des capacités visées (ex. régulation émotionnelle).

Cette étude pourra être répétée avec différents troubles psychologiques qui sont fortement corrélés à l'attachement insécuré ou à des manques développementaux mis en évidence dans les grandes études longitudinales précédemment discutées (ex. dépression).

Ce projet de doctorat, qui serait fait à Paris 8, aura aussi une cotutelle depuis l'University of Southern California qui nous a offert une bourse importante et avec laquelle nous travaillons depuis la fin de 2015 pour le développement d'une nouvelle mesure biométrique d'attachement. Ce nouvel outil psychométrique est basé sur les variations du rythme cardiaque, des expressions du visage et de l'activité électrodermale expérimentés par les sujets en réponses automatiques aux images présentant des thèmes liés à l'attachement. Ce nouvel outil, que nous envisageons de valider pendant l'année 2017, jouera un rôle fondamental dans notre recherche de doctorat : étant un mode biométrique et automatique d'évaluation de la sécurité de l'attachement et d'autres capacités de base comme la régulation émotionnelle, il permettra d'évaluer un plus grand nombre de sujets à moindre coût économique (comparativement à la cotation des tests traditionnels) et avec une plus grande objectivité.

Le fait que nos bilans seront donc automatisés et que notre protocole thérapeutique se fera avec un enregistrement audio nous permettra d'accepter un nombre très grand de sujets, ce qui permettra de répliquer (ou pas) les résultats de notre étude précédent et d'effectivement vérifier si le développement à l'âge adulte des qualités de base normalement développés dans l'enfance, telles que l'attachement ou la régulation émotionnelle, peut-être une forme en soi de psychothérapie très effective.

Si oui – si les résultats se répliquent avec un échantillon beaucoup plus grand et dans ces conditions beaucoup plus strictes de contrôle – nous nous trouverons peut-être face à un nouveau paradigme : une approche psychothérapeutique qui répond aux insights de la Psychopathologie Développementale avec ses données longitudinales, une approche psychothérapeutique qui s'occupe de cultiver les aspects du développement qui ont échoué chez les sujets visant à les aider dans leur rétablissement. Une Psychothérapie Développementale.



## BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 771–791.
- Béliveau, M.-J., & Moss, E. (2005). Validation du projetif de l'attachement adulte (AAP) : Contribution aux validités convergente et divergente du projetif de l'attachement adulte. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 9(1), 29–50.
- Berna, G. (2014). *Rôle de la régulation émotionnelle dans les psychotraumatismes. Mesures auto-rapportées et physiologiques* (Doctorale). Université de Lille 3.
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Brown, D. P. (2013, May). *Treatment of Attachment Pathology - Advanced: Continuing Education Course*. Daniel Brown, Ph.D. & Associates, Newton, MA.
- Brown, D. P., & Elliot, D. S. (2016). *Attachment disturbances in adults: Treatment for comprehensive repair*. New York NY: Norton.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications / edited by Jude Cassidy, Phillip R. Shaver* (2nd ed.). New York, London: Guilford.
- Choi, H., Klein, C., Shin, M.-S., & Lee, H.-J. (2009). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence against women*, 15(8), 933–951.  
doi:10.1177/1077801209335493
- Cicchetti, D. (1989). *Emergence of a discipline: 1st Annual conference on developmental psychopathology : Papers / edited by Dante Cicchetti*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cicchetti, D., & Cannon, T. D. (1999). Neurodevelopmental processes in the ontogenesis and epigenesis of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(3), 375–393.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress*, 24(6), 615–627. doi:10.1002/jts.20697
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines For Complex PTSD In Adults.

- Collings, S. J. (2013). 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*, *43*(1), 10–21. doi:10.1177/0081246312474418
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2014). *Treating complex traumatic stress disorders: Scientific foundations and therapeutic models* (Paperback ed.). New York: Guilford Press.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, Anton J L M, van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). 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 & neglect*, *34*(4), 284–288. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.003
- Driskell, J. E., Copper, C., & Moran, A. (1994). Does mental practice enhance performance? *Journal of Applied Psychology*, *79*(4), 481–492. doi:10.1037/0021-9010.79.4.481
- Engström, M., & Söderfeldt, B. (2010). Brain activation during compassion meditation: a case study. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, *16*(5), 597–599. doi:10.1089/acm.2009.0309
- Ford, J. D. (1999). 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*, *67*(1), 3–12. doi:10.1037//0022-006X.67.1.3
- George, C., & West, M. L. (2012). *The adult attachment projective picture system: Attachment theory and assessment in adults*. New York: Guilford Press.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. *Adult Attachment Interview Protocol*, University of California at Berkeley.
- Geshe Kelsang Gyatso. (2011). *Buddhism in the Tibetan Tradition: A Guide*: Routledge.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies / edited by Klaus E. Grossmann, Karin Grossmann, Everett Waters*. New York, NY: Guilford Press.
- Haltigan, J. D., & Roisman, G. I. (2015). Infant attachment insecurity and dissociative symptomatology: findings from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Infant Mental Health Journal*, *36*(1), 30–41. doi:10.1002/imhj.21479

- Harford, P. M. (2010). The Integrative Use of EMDR and Clinical Hypnosis in the Treatment of Adults Abused as Children. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 60–75. doi:10.1891/1933-3196.4.2.60
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377–391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Highben, Z., & Palmer, C. (2004). Effects of Auditory and Motor Mental Practice in Memorized Piano Performance. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, Winter(159), 58–65.
- Kerig, P., Ludlow, A., & Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence* / Patricia K. Kerig, Amanda Ludlow, Charles Wenar (6th ed.). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Kinniburgh, K. J., Blaustein, M. E., Spinazzola, J., & van der Kolk, Bessel A. (2005). Attachment, Self-Regulation, and Competency. *Psychiatric Annals*, 35(5), 424–430.
- Lewis, K. L., & Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard review of psychiatry*, 17(5), 322–328. doi:10.3109/10673220903271848
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., van der Kolk, Bessel A., Hidalgo, J., & Hunt, C. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment (Part One) and Treatment (Part Two). *Directions in Psychiatry*, 21, 373–415.
- Mikulincer, M., Hirschberger, G., Nachmias, O., & Gillath, O. (2001). The affective component of the secure base schema: Affective priming with representations of attachment security. *Journal of personality and social psychology*, 81(2), 305–321. doi:10.1037/0022-3514.81.2.305
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values, and Inter-Group Tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139–156. doi:10.1080/10478400701512646
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. (11), 11–15.
- Parnell, L. (2013). *Attachment-Focused EMDR*: W. W. Norton & Company.
- Parra, F., & George, C. (2016, March). *Increasing attachment security and self integration as a treatment for complex posttraumatic stress disorder*. The Integrated Attachment Self: Using the Adult Attachment Projective Picture System to Better Understand Trauma

- Symptomology and Treatment, Chicago. Retrieved from  
<http://www.personality.org/annual-convention/general-information/>
- Payer, M. (2012). *L'état de stress post-traumatique-complexe : un concept novateur à explorer* (Philosophiae Doctor (Ph.D.)). Université de Montréal, Montreal, Canada.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 330–350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., . . . Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, *25*(3), 241–251. doi:10.1002/jts.21699
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European journal of psychotraumatology*, *2*. doi:10.3402/ejpt.v2i0.5622
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 7–66.
- Schuster, C., Hilfiker, R., Amft, O., Scheidhauer, A., Andrews, B., Butler, J., . . . Ettlin, T. (2011). Best practice for motor imagery: a systematic literature review on motor imagery training elements in five different disciplines. *BMC medicine*, *9*, 75. doi:10.1186/1741-7015-9-75
- Siegel, D., & Sroufe, A. (2011). The Verdict Is In: The case for attachment theory. *Psychotherapy Networker*. (March).
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, *38*(10), 1427–1434. doi:10.1017/S0033291708002808
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, *7*(4), 349–367. doi:10.1080/14616730500365928
- Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental review : DR*, *30*(1), 36–51. doi:10.1016/j.dr.2009.12.002
- van der Kolk, Bessel A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, *18*(5), 389–399. doi:10.1002/jts.20047

Vaughn, B. E., Bost, K. K., & van Ijzendoorn, M. H. (2008). *Attachment and temperament: Additive and interactive influences on behavior, affect, and cognition during infancy and childhood*: Guilford Press.

Webster, R. (1995). *Why Freud was wrong: Sin, science, and psychoanalysis*. New York NY: BasicBooks.