

Phobies des états internes liés à l'attachement

Un article de Giovanni Liotti : **Phobies des états internes liés à l'attachement dans la psychothérapie des survivants adultes de traumatismes complexe dans l'enfance**, publié dans : *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1136-1147(2013), traduit en français.

La traduction de cet article à été coordonnée par Hélène Dellucci

Résumé : Le cas clinique décrit dans cet article illustre la pertinence de la prise en compte des dynamiques de l'attachement désorganisé dans l'évaluation des phobies liées à l'attachement (phobie de l'attachement et phobie de la perte d'attachement) lors de la psychothérapie des patients traumatisés de manière chronique. Une caractéristique est que ces phobies opposées coexistent au sein du même patient. Elles apparaissent toutes les deux comme des phobies provenant des états internes (phobies d'affect) et d'expériences relationnelles, et sont reliées aux représentations dissociées de Soi-avec-autrui. La théorie et la recherche sur la désorganisation de l'attachement apportent un cadre conceptuel facile à utiliser pour le clinicien, pour comprendre les aspects tant intra-psychiques (p.ex. les états mentaux intrusifs et non-intégrés) que relationnels (p.ex. les dilemmes dramatiques insolubles dans les échanges interpersonnels) de ces phobies liées à l'attachement. La stratégie thérapeutique et les interventions clés qui suivent logiquement à partir de la conceptualisation d'un cas basé sur ce cadre conceptuel seront examinés de manière étendue dans cet article.

Mots clés

désorganisation de l'attachement; phobie de l'attachement, phobie de la perte d'attachement ; dissociation

Introduction

Les processus dissociatifs chez les patients adultes, qui se caractérisent par la coexistence de symptômes somatoformes (Nijenhuis, 2004), ont été reliées à la fois à des expériences traumatiques dans l'enfance et à une désorganisation précoce de l'attachement (Liotti, 2004). Même si la désorganisation de l'attachement peut être un facteur de risque dans le développement de différents types de troubles mentaux (Dozier, Stovall & Albus, 2008), elle semble exercer son influence sur la psychopathologie principalement en mettant en mouvement des réactions dissociatives. Une récente étude longitudinale a montré que la désorganisation précoce de l'attachement est un prédicteur plus puissant sur la dissociation que les expériences traumatiques ultérieures (Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik & Lyons-Ruth, 2009).

Dans les échantillons à faible risque, environ 80% de l'attachement des bébés envers leurs preneurs de soin peut être classé de manière fiable dans principalement trois patterns organisés (sécure, insécure-évitant, insécure-résistant). La plupart des attachements qui restent sont caractérisés par des lacunes d'organisation comportementale et attentionnelle : ils sont appelés attachements désorganisés. Dans différents échantillons de familles à haut

risque, le pourcentage d'attachements désorganisés varie de 40 % jusqu'à 80% (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Les tout petits avec un attachement désorganisé manifestent des comportements bizarres et/ou contradictoires lorsqu'ils retrouvent leur preneur de soin après une brève séparation : un comportement bizarre comme la sidération, se cacher ou se taper la tête, et un comportement contradictoire comme essayer de s'approcher de la figure d'attachement avec la tête détournée ou interrompant abruptement un début d'approche de la figure d'attachement en changeant de direction ou bien en tombant par terre. Des expériences non-résolues de pertes et des traumatismes chez les figures d'attachement sont de fréquents antécédents d'attachements désorganisés chez des enfants petits (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Il a été démontré que le comportement parental apeuré, dissocié, « abdiquant » (Solomon & George, 2011) ou carrément agressif, souvent causé par des états mentaux non-résolus, est un facteur d'influence entre des souvenirs traumatiques non-résolus ou d'autres états mentaux non désirés chez le preneur de soin et la désorganisation de l'attachement. Les considérations théoriques et les observations cliniques convergent vers l'hypothèse que les enfants, qui ont été désorganisés dans leurs attachements précoces, construisent des représentations multiples, dramatiques et non-résolues de Soi et du preneur de soin (Liotti, 2004). Ces représentations multiples, non-intégrées, constituent le Modèle Opérant Interne (MOI, en anglais Internal Working Model) de l'attachement désorganisé.

Une figure d'attachement dont le tout petit a peur, même s'il n'y a pas de maltraitance évidente, crée une situation dans laquelle la source de peur est aussi, et en même temps, la source de réconfort potentiel. Cette situation a été appelée « la terreur sans solution », car des tout petits ne peuvent trouver de soulagement de leur peur en fuyant la source de danger, ni dans le fait de s'approcher de la source de réconfort (Main, Hesse, 1990). Comme conséquence, ils peuvent prendre peur de leur souhait d'être proche (phobie d'attachement) et de leur souhait de rester seuls (phobie de la perte d'attachement : Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010). Au niveau des cognitions, ils construisent des représentations de Soi et de la figure d'attachement multiples, dramatiques et réciproquement incompatibles. Liotti (2004) a suggéré que les MOI (Modèles Opérants Internes) de l'attachement désorganisé ressemblent à un « triangle dramatique » où les prototypes réciproquement incompatibles du sauveur, du persécuteur et de la victime constituent la base pour construire le comportement de Soi et d'autrui. Ces représentations réciproquement incompatibles sont construites à un niveau de connaissance de Soi implicite, subsymbolique, et sont compartementalisés : c'est-à-dire qu'il n'y a pas de synthèse possible des représentations différentes, simultanées de Soi et d'autrui. La compartementalisation est un des deux aspects fondamentaux de la dissociation (Holmes, et al., 2005), l'autre étant le détachement (la dépersonnalisation). Les représentations compartementalisées de Soi et d'autrui construites pendant la désorganisation précoce de l'attachement peuvent être remises en acte et alterner rapidement dans le psychisme plus tard au cours du développement, dès que les systèmes motivationnels de l'attachement s'activent. Sur cette base, on pourrait s'attendre que les représentations compartementalisées des MOI (Modèles Opérants Internes) désorganisés, activés en même temps que les besoins d'attachement, entravent les fonctions intégratives de la conscience, de façon à ce que les expériences dissociatives et les déficits de mentalisation sont/deviennent une conséquence probable. Cette attente est soutenue empiriquement par

des études longitudinales qui montrent que les enfants et les adolescents qui ont été des bébés désorganisés dans leur attachement sont plus sujets à des processus mentaux dissociatifs que leurs pairs qui ont des histoires d'attachements précoces organisés (sécure, insécure- évitant et insécure-ambivalent) (Dutra et al., 2009).

Remarquablement, l'attachement désorganisé pendant la petite enfance se développe vers un comportement rigide, contrôlant, pendant le milieu de l'enfance. Il y a des preuves que les tout petits, désorganisés dans leurs attachements, peuvent soit devenir des enfants autoritaires qui s'efforcent de devenir dominants, en exerçant de l'agressivité envers le preneur de soin (stratégie de contrôle par la punition), ou bien devenir des enfants qui détournent la relation d'attachement et prennent précocement soin de leurs parents (stratégie de contrôle par le soin) (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Cependant, lorsqu'un stimulus approprié active intensément et durablement le système d'attachement désorganisé-contrôlant (p.ex. des traumatismes, la douleur, les menaces de séparation), les stratégies de contrôle s'effondrent (Hesse, Main, Abrams & Rifkin, 2003). Dans ces moments, les pensées et le comportement de l'enfant suggèrent qu'il y a des processus dissociatifs en cours, sans doute en raison de la réactivation des MOI (Modèles Opérants Internes) désorganisés (Liotti, 2011).

Les études soutenant le rôle de la désorganisation de l'attachement dans la genèse de Troubles de Personnalité Borderline ont été revues par Levy, Beeney et Temes (2011). La théorie et la recherche sur la désorganisation de l'attachement mettent l'accent sur l'aspect interpersonnel des processus dissociatifs, et fournissent un raisonnement pour toutes les stratégies de traitement focalisées sur des expériences relationnelles correctrices dans la psychothérapie des patients ayant des histoires de traumatismes intra-familiaux cumulés (trauma complexes). Des illustrations détaillées de ces stratégies de traitement ont été proposées par Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006/2010), qui expliquent le modèle orienté par phases dans le traitement des patients traumatisés chroniques, préconisé dans les directives de traitement de la *Société Internationale des Etudes du Stress Traumatique (International Society for Traumatic Stress Studies)* (Cloître et al., 2012). Il est recommandé que la psychothérapie de la traumatisation chronique est conduite en trois phases, appelées « alliance et stabilisation », « examen et réévaluation des souvenirs traumatiques », et « intégration ». Les expériences relationnelles correctrices, qui peuvent réduire l'instabilité émotionnelle dramatique des représentations de Soi-autrui, provenant de l'attachement désorganisé et des traumatismes intra-familiaux, sont mis en œuvre principalement pendant la première phase à travers la construction d'une alliance thérapeutique et la réparation rapide de ses ruptures, et pendant la troisième phase à travers la gestion des phobies opposées d'attachement et de perte d'attachement (Van der Hart et al., 2006/2010). Des revues des neuf études randomisées et contrôlées concernant l'effet du traitement par phases montrent que l'alliance et la stabilisation sont associées avec des résultats modérés à importants pour les symptômes post-traumatiques, la régulation émotionnelle et les résultats sociaux-interpersonnels (Cloître et al., 2012).

Le Modèle Conversationnel de psychothérapie pour Troubles de Personnalité Borderline et troubles de stress post-traumatique complexe (Mearns, 2012), et l'approche relationnelle du traitement du trouble dissociatif de l'identité préconisé par Howell (2011) se focalisent également sur des interprétations des troubles post-traumatiques et dissociatifs, éclairés par la recherche sur la désorganisation de l'attachement.

Illustration par une vignette clinique

Eva (le nom de la patiente et d'autres informations ont été modifiés dans le but d'une certaine confidentialité) m'a été envoyée par son psychiatre il y a à peu près 6 ans. A l'époque, elle avait environ 41 ans. Maintenant mariée et mère de 2 enfants, elle a entrepris une psychoanalyse classique (trois séances par semaine, toujours sur le divan) lorsqu'elle était étudiante à l'Université. Son analyse dura approximativement 8 ans et a produit comme résultat l'apparition d'attaques de panique et des comportements agoraphobes. Toutefois, le traitement n'a eu aucun effet sur ses autres symptômes (épisodes de dépersonnalisation et accès de symptômes somatoformes). Elle m'a été recommandée avec l'espoir que ces symptômes, qui n'ont pas été traités par différents types de thérapies médicamenteuses tout au long de ces années, pourraient bénéficier d'une psychothérapie sur la dissociation et les mémoires traumatiques. Le diagnostic DSM-IV des maladies actuelles d'Eva étaient des Troubles de dépersonnalisation, compliqués par des symptômes somatoformes prégnants.

Présentation du problème et description de la cliente

Eva m'a rapporté qu'elle avait subi périodiquement et plutôt fréquemment, depuis la fin de son adolescence, des distorsions sévères de la réalité interne : se sentant vide comme un « Alien », en quelque sorte un peu comme une étrangère à elle-même, et par ailleurs, habituellement, le sentiments de chérir ses proches, avec la sensation d'une intimité relationnelle partagée avec son mari et ses enfants. D'autres épisodes récurrents de souffrance profonde, habituellement ne se recouvrant pas avec ceux mentionnés ci-avant, étaient caractérisés par des symptômes somatoformes : des vertiges, une tension douloureuse dans les membres ainsi qu'un sentiment étrange d'être en quelque sorte forcée, comme si une influence étrangère l'aspirait à l'intérieur. Il lui était difficile de discriminer si ce dernier symptôme était localisé dans son corps ou si c'était plutôt un état mental. Le sentiment d'être aspiré par une force extérieure (peut être rappelant la réaction de sursaut face à la perception d'unemenace) pouvait se répéter très souvent à la suite, à des intervalles de quelques minutes ou secondes, et ce pendant des jours. Eva appelait cela « la secousse ».

Elle était incapable de trouver une raison ou un quelconque antécédent clair pour ces épisodes récurrents – chacun durant parfois quelques heures mais le plus souvent plusieurs jours – pendant lesquels les symptômes de dépersonnalisation tourmentaient sa vie intérieure, entravant sérieusement l'harmonie dans ses relations avec son mari et ses enfants et rendant son travail quotidien gênant (Eva est une travailleuse sociale qui réussit dans son travail, plutôt impliquée de façon enthousiaste). Eva sait que ses symptômes doivent être la conséquence de l'histoire de son enfance, faite de traumatismes relationnels sévères et d'agressions sexuelles, mais elle ne comprend pas pourquoi ils apparaissent à certains moments et pas à d'autres, ni pourquoi ils subsistent et disparaissent après, tout au plus 2 semaines environ – seulement pour revenir après quelques jours ou semaines dans son fonctionnement psychique normal. Son psychanalyste interpréta ses épisodes d'émergence de dépersonnalisation pendant les échanges cliniques comme étant liés à une rage inconsciente, mais Eva ne trouvait pas cette interprétation convaincante.

Bien qu'elle admette que parfois elle pouvait se sentir irritée envers son analyste, avant de sentir qu'elle n'était pas présente à elle-même pendant la séance, cet état de colère caché n'était pas du tout typique des épisodes de dépersonnalisation qu'elle expérimentait souvent à la maison. De plus, en essayant de réfléchir à sa colère au cours des échanges interpersonnels, celle-ci n'ayant jamais influencé pour le moins ses expériences rapides et fréquentes de « secousses » ou le « sentiment de ne plus être présente ». Il est à noter qu'Eva n'essaya pas d'expliquer à son analyste, pourquoi elle ne fut jamais d'accord entièrement avec son interprétation. Elle trouva difficile d'affirmer son désaccord, pas seulement à son analyste, mais aussi à son psychiatre, et pendant les 2 premières années de traitement envers moi. Une telle non affirmation de Soi est compatible avec les caractéristiques d'une stratégie de contrôle par le soin, développée dans le but de faire face à la désorganisation de l'attachement (Liotti, 2011).

L'accumulation des expériences traumatiques qu'Eva me rapporta pendant le traitement ont été de 2 types principaux. Le 1^{er} type concernait ses relations avec sa mère et le 2nd ses relations avec sa nourrice, qui partageait sa chambre à la maison pendant les années préscolaires d'Eva.

La mère d'Eva, qui a souffert de sévères symptômes somatoformes (principalement de la conversion) et des symptômes dissociatifs pendant l'enfance d'Eva, devint franchement délirante quand Eva fut dans ses 1^{ères} années d'adolescence. Le trouble mental de la mère exposa Eva à des expériences traumatiques cumulées pendant son enfance et son adolescence. En voici un exemple : la mère d'Eva souffrait de blepharospasme essentiel (contraction involontaire et durable des muscles autour des yeux) qui, dans son cas, était très vraisemblablement une conversion et pas un symptôme neurologique. La mère insistait pour accompagner Eva à l'école primaire chaque matin, même si ses yeux pouvaient rester compulsivement fermés pendant ces trajets à pied. Un tel évènement se produisit, plus d'une fois, quand elles traversaient des routes à fort trafic. Ses yeux fermés, sa main s'agrippant au bras d'Eva, la mère s'arrêtait soudainement au milieu de la route, pendant qu'Eva, effrayée par le danger d'être renversées par une voiture, essayait désespérément d'amener sa mère et elle-même en sécurité. Lors d'une de ces occasions, une voiture les frôla et elles sont tombées par terre, par chance sans conséquence physique sévère.

Le père d'Eva était totalement négligeant et aussi assez prompt à devenir parfois physiquement agressif. Quand Eva l'implorait de lui éviter cette situation difficile d'aller à l'école, accompagnée seulement par sa mère, il réfutait la demande d'aide désespérée de l'enfant avec un sourire sarcastique et un haussement d'épaule, sans un mot. Il ne demanda jamais d'aide psychiatrique pour sa femme, qui refusait de contacter tout médecin pour ses souffrances. Immédiatement après les premières règles d'Eva, la mère devint suspicieuse que le père et la fille auraient pu avoir des relations sexuelles incestueuses. Cette suspicion se transforma rapidement en délire. Régulièrement, la mère agressait verbalement sa fille, affirmant qu'elle ne pouvait pas croire le démenti désespéré d'Eva quant à des relations sexuelles régulières avec le père car elle avait été témoin de leurs rapports sexuels et racontait dans des détails obscènes de ce qu'elle avait « vu ». Le père réagit à la demande d'aide d'Eva avec son attitude habituelle : sourire sarcastique et haussement d'épaules.

La seule source de réconfort et d'aide pour Eva pendant son enfance fut sa nounou, une jeune femme qui a été engagée quand Eva avait 3 ans, parce que le bébé souffrait de réveils

nocturnes anxieux (probablement des terreurs nocturnes) et sa maman n'était pas capable de faire face avec les troubles du sommeil du bébé. Tristement, le réconfort et la sécurité qu'Eva se souvenait avoir ressenti en compagnie de sa nounou se sont transformés en une détresse extrême, causée par les attouchements sexuels de la nounou quand l'enfant a eu 6 ans. Seulement 2 ans plus tard, les agressions sexuelles se sont arrêtées, car la nounou se mariant a quitté la maison d'Eva.

J'ai fait l'hypothèse sur la base de son style interpersonnel (p.ex., sa remarquable non affirmation justifiée par sa volonté de ne pas infliger la moindre petite peine émotionnelle aux autres) et d'autres indices dans sa vie (par exemple, son choix d'une profession de preneur de soin) que Eva faisait face aux conséquences de ses expériences traumatiques subies dans les mains de toutes ses figures d'attachement, principalement en adoptant une stratégie de contrôle par le soin.

Conceptualisation du cas

Eva rapportait spontanément ses expériences traumatiques d'enfance pendant les premières séances, et sa narration m'a permis de faire l'hypothèse, que ses premières expériences d'attachement à sa mère, terriblement dissociée, ont été très probablement désorganisés. J'ai rejeté l'idée de vérifier cette hypothèse au travers de *l'Entretien d'Attachement Adulte* (Hesse, 2008), car je pensais que cela aurait pu entraver la construction d'une alliance thérapeutique, une priorité absolue dans le traitement des patients traumatisés de façon chronique (voir plus bas). Toutefois, cette hypothèse m'amena à conceptualiser le cas clinique comme suit :

D'après la théorie de Bowlby, le système d'attachement comprend 2 composantes une innée et une acquise. La 1^{ère} est une tendance universelle forte à rechercher la proximité protectrice auprès d'une personne bien connue. *Lorsque cette tendance est activée*, cette personne est perçue comme « plus forte et/ou plus sage ». La tendance devient active « du berceau jusqu'à la tombe ... lorsqu'une personne est en détresse, malade ou effrayée » (Bowlby, 1979, p. 129). La seconde composante du système d'attachement, acquise, est la structure de mémoire et d'anticipation appelée MOI (Modèle Opérant Interne). Le MOI (Modèle Opérant Interne), pour autant qu'il soit lié aux dispositions innées pour rechercher la proximité protectrice, devient actif dans les moments de peur et de détresse, alors qu'il peut rester dormant lorsque l'attitude de la personne, ses émotions et ses pensées sont régulées par un système motivationnel différent de celui de l'attachement (p.ex.: le système de prise de soin nommé dans la stratégie de contrôle par le soin, qui peut provenir des expériences désorganisées pendant la petite enfance : Liotti, 2011).

Sur la base de la théorie de l'attachement, je croyais que tant que mes dialogues avec Eva étaient régulés par un système coopératif (c'est-à-dire tant que nous nous sentions impliquées dans une exploration conjointe et collaborative de ses souvenirs relationnels d'enfance avec ses parents) le MOI (Modèle Opérant Interne) hypothétique désorganisé restait latent et n'émergeait pas dans le domaine intersubjectif de nos échanges. Cependant, dès que des souvenirs douloureux et effrayants émergeaient de façon inattendue dans notre dialogue, le système d'attachement deviendrait actif dans notre relation, inhibant le système collaboratif et apportant une réactivation du MOI (Modèle Opérant Interne) désorganisé d'Eva, avec tout son potentiel de produire un processus dissociatif (dépersonnalisation et

compartementalisation). Lors de ces moments, Eva pouvait me percevoir implicitement de façon dramatique et compartementalisée (triangle dramatique) que je voyais comme la cause éloignée et inconsciente de ses expériences dissociatives. La cause immédiate de ses expériences, c'est-à-dire l'état mental potentiellement accessible dans l'état de conscience d'Eva pouvait être l'émergence simultanée de la phobie de l'attachement et la phobie de la perte de l'attachement (la conséquence de la frayeur sans solution à l'intérieur de relations d'attachements désorganisées). Les épisodes de symptômes somatoformes d'Eva pourraient être expliqués par l'implication du système nerveux autonome dans la récupération des souvenirs d'attachement traumatiques, d'après selon les enquêtes de Schore (2009) et l'approche sensori-motrice des symptômes physiques auprès patients traumatisés chroniques. Un premier aspect de l'activation du système autonome pendant les événements traumatiques est lié à l'hyperactivation du système sympathique : réaction de sursaut (avec augmentation du tonus musculaires en préparation de la fuite ou de la lutte en réponse à la menace), tachycardie et augmentation de la fréquence respiratoire. Un autre aspect important de l'activation du système nerveux autonome pendant les expériences traumatiques concerne la fonction du noyau dorsal du nerf vagal (système parasympathique). Ces fonctions impliquent une réduction de la fréquence respiratoire et cardiaque et une réduction du tonus musculaire – jusqu'au point d'une immobilité souple – et un engourdissement de l'état de conscience, jusqu'au point de perdre conscience (syncope vagale). Ils sont compris dans la phrase « fuir quand aucun autre chemin de fuite n'est possible » et peuvent donc sous-tendre la dépersonnalisation (Ogden et al., 2006 ; Schore, 2009). Il a été soutenu que les souvenirs physiques d'une hyperactivation du système nerveux autonome (système orthosympathique) et d'hypoactivation (noyau dorsal du nerf vague) peuvent être activés lorsque de manière inconsciente, des mémoires traumatiques réémergent, – desquels « le corps conserve le score », – suivant une phrase de Bessel Van der Kolk (cité dans Ogden et al., 2006).

Si l'hypothèse concernant les symptômes d'Eva est vérifiée dans le cadre de nos échanges cliniques, et si nous serions en mesure de partager la compréhension que les antécédents de ses symptômes seraient traçables jusqu'au souhait d'être aidée et apaisée, tout en étant empêchées par des phobies existantes et opposées d'attachement, j'ai planifié d'explorer la véracité de cette explication, si ses troubles somatoformes et dissociatifs apparaissent aussi dans le contexte familial. La prochaine étape dans le processus thérapeutique concernerait alors soit la désensibilisation à la fois de ces phobies d'attachement ou de l'intégration des parties compartementalisées de la personnalité d'Eva, qui se serait construites sur la base de deux phobies opposées pendant ses années de développement.

La première phase du traitement : Construire une alliance thérapeutique

Dans la seconde partie de la 2^{ème} séance, lorsque Eva venait juste de me rapporter l'explication des symptômes de dépersonnalisation émise par son psychanalyste précédent – insatisfaisante pour elle – et qu'elle avait commencé à faire allusion à ses expériences traumatiques dans l'enfance, je lui ai demandé qu'est ce qui lui semblerait être un objectif satisfaisant pour nos explorations thérapeutiques de ses expériences. Partager un objectif de traitement, que des patients ont été explicitement invités à suggérer, peut favoriser un sentiment de sécurité et de la coopération chez les patients, au delà du fait de permettre une alliance clairement définie. Ils peuvent ressentir que leur droit d'avoir quelque contrôle sur le processus thérapeutique est reconnu et qu'il y a un aspect de la relation

thérapeutique à partir duquel le dialogue avec le thérapeute peut être vu comme un échange d'égal à égal. Ceci peut favoriser l'activation d'un système coopératif au lieu d'un système d'attachement (de recherche de soin), et par là-même, minimiser l'impact des phobies opposées, causées par la désorganisation de l'attachement, sur la relation thérapeutique naissante.

En réponse à mon exploration de ses objectifs, Eva a exprimé qu'elle avait besoin, par-dessus tout, d'une compréhension appropriée de ce qui avait causé ses sentiments récurrents d'être « absente » et de ses « secousses ». A défaut d'une telle compréhension, elle aurait tendance à sévèrement s'inquiéter de ce qui pourrait avoir causé la réapparition de symptômes aussi déstabilisants. Nous étions d'accord de commencer à explorer toute réémergence de symptômes de dépersonnalisation et de somatoformes, craignant qu'elle soit sur le point de devenir psychotique (« j'ai peur que je devienne aussi folle que ma mère », disait-elle) ou d'être atteinte d'une maladie physique sévère. « A chaque fois que je ressens les « secousses » ou le sentiment d'être « absente », disait-elle, « c'est comme si c'était la 1^{ère} fois. J'ai l'impression d'avoir oublié combien de fois lors de toute ma vie je me suis sentie comme ça et je continue d'avoir peur de contracter la folie ou une maladie intraitable » – un signe que les états mentaux impliquant les symptômes d'Eva étaient dissociés de sa conscience de Soi habituelle (compartementalisée).

Eva et moi nous sommes mis d'accord également de nous rencontrer une fois par semaines, pour des séances d'une heure en face à face – une fréquence compatible, à mon avis, avec un processus thérapeutique efficace, et du point de vue d'Eva, avec ses possibilités financières.

Lors de nombreuses séances, pendant la première phase de la thérapie, la base coopérative pour notre exploration conjointe des antécédents immédiats des symptômes dissociatifs et somatoformes, était menacée par son besoin évident d'être apaisée lorsqu'elle racontait, ou alors par le fait de ressentir des « secousses » pendant la séance (sans doute liées à des mémoires traumatiques comprenant des réactions de sursaut), ou alors de la dépersonnalisation (sans doute liée à l'activation du nerf vague dorsal). Le souhait d'être apaisée (recherche de soin) plutôt que l'exploration coopérative était ce qui la motivait lors de ces dialogues cliniques. Lors de ces moments, j'ai eu recours à une approche sensori-motrice (Ogden et al. 2006), centrée sur les expériences corporelles, de façon à essayer de restaurer l'équilibre coopératif de l'alliance thérapeutique et au moins un sentiment partiel de maîtrise dans l'esprit du moment d'Eva. Ce choix clinique était justifié par ma croyance qu'Eva avait peur des états d'attachement émotionnels, de façon à ce que toute attention portée sur ses émotions aurait causé davantage de déséquilibre et de dissociation dans son état d'esprit. L'extrait suivant de la dixième séance illustre mon utilisation de l'approche sensori-motrice pour restaurer l'alliance thérapeutique et la stabilisation de l'état d'esprit dévasté de la patiente au cours d'une séance.

Au début de la dixième séance, Eva rapportait avoir traversé l'épreuve du sentiment d'avoir été « absente » au cours de la semaine écoulée, et qu'elle était toujours dans cet état. Elle montrait son impuissance, non seulement par ses mots, mais aussi par sa posture sur son siège : son visage était inexpressif, son menton et ses épaules vers le bas, son corps presque immobile. J'ai pensé que cette posture pouvait être une manifestation du nerf vague dorsal – une activation qui avait pu être reliée à des formes extrêmes de stress traumatique et à

des mémoires d'attachement précoces (Ogden et al., 2006 ; Schore, 2009). Notre dialogue s'est déroulé comme suit :

Eva: Au cours des derniers jours je me suis sentie déconnectée ... Je suis toujours ... Je ne comprends pas pourquoi ... comme si une force étrangère avait emprise sur moi. J'ai le sentiment que ça pourrait continuer comme ça pour toujours ... Tout a commencé quelques heures après notre dernière séance, mais il n'y avait rien que je puisse expliquer ... Je ne peux pas gérer tout cela

I: Je peux comprendre que ces expériences peuvent être ressenties comme plutôt invalidantes, mentalement et peut être aussi physiquement. Est-ce que vous seriez d'accord, si nous suspendions pour un moment notre recherche des causes pour cet état, pour nous concentrer sur la manière dont vous ressentez cela dans votre corps, là maintenant ?

Eva: Je ne peux pas ressentir grand chose maintenant ...

I: Voulez-vous dire que rien n'apparaît dans votre corps, dans aucune partie de votre corps, comme la poitrine, la tête ou les bras ? Est-ce que ça a l'air d'un état du corps diffus, qui ne peut être saisi par des mots ou des pensées ?

Eva: Diffus ... pas clair... Je me sens engourdie.

I: Si vous vous sentez assez en sécurité pour essayer, à le rendre un petit peu plus clair, en acceptant de changer votre posture corporelle, seriez-vous d'accord si nous explorons ensemble ce qui se passe ?

Eva: Si vous croyez que cela pourrait aider ...

I: Cela pourrait nous aider tous les deux de partager plus en profondeur tout ce que vous traversez maintenant, pendant que vous êtes dans cet état bizarre, et d'essayer d'en voir le sens.

Eva: D'accord.

I: Alors je vous demande de lever juste un peu votre menton et vos épaules, de redresser votre dos, de prendre une respiration aussi lentement et profondément que possible, puis laissez lentement ressortir l'air jusqu'à ce que vos poumons soient vidés.

Eva: (*s'exécute*)

I: Est-ce que ça veut dire que quelque chose a changé dans votre manière de ressentir ? Si oui, est-ce mieux ou est-ce pire ?

Eva: C'est drôle ... Ça a l'air mieux. Pourquoi ?

I: Peut-être – c'est juste mon hypothèse – votre corps est en train de nous apprendre, que votre sentiment d'être absente pourrait être relié quelque part à un état général d'impuissance perçue, et que si nous décidons ensemble, de changer un petit peu le

niveau d'activité corporelle, le sentiment d'impuissance totale se réduit. Est-ce que cela a du sens pour vous ?

Eva: Quand vous étiez en train de parler, un souvenir m'est venu, à quel point je me suis sentie impuissante quand ma mère m'accusait d'avoir des relations sexuelles avec mon père.

La seconde phase du traitement : aborder les souvenirs traumatiques

L'extrait ci-avant de la dixième séance rapporte la première prise de conscience d'Eva, reliant ses symptômes de dépersonnalisation à ses souvenirs traumatiques, d'une manière qui lui semblait convaincante. Pendant un an environ, nous avons continué à examiner à la fois le sentiment d'être absente à elle-même et les résurgences des « secousses », en utilisant ses expériences corporelles comme point de départ pour l'exploration conjointe, ce qui a constitué l'essence de notre alliance thérapeutique. A ce sujet, Eva a été capable de relier différents aspects de ses symptômes somatoformes et dissociatifs à des aspects spécifiques de ses multiples souvenirs traumatiques. Les « secousses » et les sensations de tension douloureuse dans ses membres semblaient en lien avec son impulsion de s'enfuir de sa nourrice lorsqu'elle l'agressait sexuellement pendant la nuit, ou bien s'enfuir de sa mère, une impulsion bloquée par le fait qu'elles l'empoignaient (mémoires corporelles de fuite bloquée face à une situation dangereuse, de même lorsque sa mère attrapait ses bras au moment où elle s'arrêtait brusquement au milieu de la rue, du à l'insurrection du blépharospasme. Les accès de vertiges, ainsi que le sentiment corporel de profonde prosternation, qui accompagnaient son sentiment d'être absente à elle-même, pouvaient être reliées à l'engourdissement et la perte abrupte du tonus musculaire, tout cela causé par l'activation vagale dorsale, pendant la résurgence inconsciente ou débutante des souvenirs traumatiques. La dernière remarque était une explication que j'ai donné à Eva, avec de brefs contenus sur les fonctions du nerf vagal dorsal. Elle a trouvé ces explications particulièrement éclairantes, et une fois commentait ce qu'elle était en train de découvrir en disant : « Alors ce n'est pas tant la rage inconsciente, comme me l'a dit mon psychanalyste, mais principalement de la peur, de la douleur interne et une totale impuissance. En effet, cela va avec mon expérience. »

Pendant cette seconde phase du traitement, mon rôle, en dehors de celui d'un guide en écoutant avec précaution ce que « dit » le corps et d'un légataire d'expérimentations corporelles, qui pouvaient aider dans le processus de donner du sens aux symptômes d'Eva (comme dans l'extrait de la dixième séance), a été principalement celui d'être un témoin participant. J'ai écouté les souvenirs traumatiques qu'Eva rapportait avec une attitude empathique, toujours en portant attention à la différence entre de la sympathie (prenant soin) et l'empathie (coopération et partage), et sans jamais lui demander d'en dire plus qu'elle semblait être préparée à rapporter sur un épisode traumatique donné,.

L'exploration conjointe des similarités entre les symptômes somatoformes et dissociatifs d'Eva et les aspects spécifiques de ses souvenirs traumatiques ont nécessité une stabilisation considérable des réactions d'Eva lors des résurgences de ces symptômes : elle a presque arrêté de se soucier de leur signification en tant qu'indications de folie imminente ou d'une maladie corporelle mortelles. Cependant, la fréquence des épisodes de dépersonnalisation et des « secousses » restait quasiment inchangée. Ce qui l'a encore davantage troublé était

qu'Eva était toujours incapable de répondre à la question capitale : pourquoi, étant donné le fait que ses souvenirs traumatiques étaient toujours dormants dans une partie son esprit, les symptômes en lien avec ceux-ci apparaissaient à un jour particulier et à un moment précis, et pas à d'autres ? Pourquoi étaient-ils à ce point imprévisibles, apparemment ?

En réponse aux inquiétudes d'Eva autour de cette question, j'ai suggéré que pour trouver une réponse, nous avions peut être besoin de davantage d'opportunités pour examiner ensemble les caractéristiques et les antécédents immédiats de sa dépersonnalisation et de ses « secousses », dès qu'ils apparaissent : « nous pourrions réfléchir ensemble au moment opportun », je disais, « ce qui pourrait nous en dire davantage que les auto-observations solitaires ou nos heures de réflexions conjointes plusieurs jours après le début de ces moments de déconnexion ou de « secousses. Pour faire cela, nous pourrions nous donner l'opportunité de brèves communications par téléphone, mail ou SMS. Lors de nombreuses occasions je ne pourrai pas répondre immédiatement, mais à d'autres moments je pourrai. » Eva a accepté ce plan avec gratitude, en ajoutant qu'elle ne voulait pas créer d'appréhensions chez ses enfants, qui pourraient entendre le contenu de nos conversations : elle a préféré utiliser le courrier électronique ou les SMS.

La troisième phase du traitement: intégration

J'ai reçu le premier mail d'Eva au début de la seconde année du traitement. Elle y écrivait, tout au début, qu'elle a eu de grandes difficultés à se décider de me l'envoyer. Elle avait peur que cela fasse intrusion dans mon temps libre ou mon métier. Ensuite, elle a décrit le début d'une série de « secousses », et son incapacité, comme d'habitude, à trouver quelque raison pour cette expérience. J'ai immédiatement répondu, en remarquant que nous étions d'accord d'utiliser cette méthode de communication entre nos séances, avec le but conjoint de poursuivre notre objectif de clarifier les antécédents internes et externes des « secousses » et des sentiments d'être hors d'elle. C'était la raison pour laquelle je n'étais pas d'accord avec sa pensée qu'elle aurait pu me déranger en m'envoyant un e-mail. Ensuite, j'ai ajouté une questions dans ma réponse : « Pourriez-vous noter ce qui vous passait par la tête juste avant la première « secousse » de cette série, et aussi si vous aviez ou non, eu la pensée de notre plan conjoint d'utiliser l'e-mail et les SMS pendant les heures ou peut-être la journée précédant cette première « secousse » ? Nous pourrions alors réfléchir à vos notes pendant notre prochaine séance, qui sera dans deux jours. »

Lors de la séance suivante, Eva a rapporté qu'en effet, elle avait fréquemment pensée à ce plan, d'utiliser son e-mail lors de la semaine précédente, et qu'elle avait ressenti un fort désir de le faire, même s'il n'y a pas eu de « secousse » ni le sentiment d'être absente à elle – juste le sentiment vague de tension intérieure qui, dans le passé, avait souvent précédé la réapparition épisodique de ses symptômes. « Si j'ai bien compris », commentais-je, « vous avez ressenti le souhait bien compréhensible d'être proche, émotionnellement, d'une personne qui pourrait comprendre votre sentiment de tension, mais vous avez respecté notre accord – et j'apprécie votre loyauté envers cela – d'écrire uniquement après les « secousses » et le sentiment d'être étrangère à vous-même et à vos proches. Ensuite, lorsque la première « secousse » est apparue, vous aviez l'air d'avoir oublié notre accord, et vous avez commencé à vous soucier de me déranger avec un e-mail. » Eva était d'accord avec cette reconstruction des événements intérieurs, qui avaient précédé son e-mail, et a ajouté qu'elle avait ressenti le désir intense de communiquer avec moi entre nos séances

depuis à peu près le deuxième mois du traitement. Mais elle a toujours eu honte, ne fût-ce qu'à l'idée, depuis qu'elle savait de sa psychanalyse, qu'une telle possibilité est incompatible avec les règles de la psychothérapie. Ma réponse a été la suivante : « Peut-être ce mode de fonctionnement pourrait nous révéler, à tous les deux, quelque chose d'important concernant les antécédents des « secousses » et d'être absente à vous-même. Je veux dire le pattern (je l'ai noté sur un bout de papier et je l'ai prêté à Eva) *'une tension interne vague – l'envie d'être proche d'une personne qui comprend – secousse – oublier que ce rapprochement a fait l'objet d'un accord entre vous et moi pour l'intérêt d'explorer ce qui précède ces secousses – expérience d'une grande difficulté à décider de m'écrire'*. Je vous propose d'essayer d'observer si ce pattern est également présent ou non, avant nos prochaines communications entre-séances. »

Dans les cinq mois qui ont suivi, Eva et moi étions en mesure d'observer, que ce pattern était en effet répété lors de chacun des nouveaux épisodes de secousses ou de dépersonnalisation, qu'elle a rapporté en utilisant l'e-mail ou un SMS. Eva a commencé à suspecter que des pattern similaires pourraient avoir été caractéristiques de nombreux moments de sa relation avec son mari et ses enfants, lorsqu'elle aurait eu envie d'être réconfortée, mais elle s'est retenue de le demander. Elle était aussi frappée par l'accumulation de preuves, qu'elle avait l'air « d'oublier », à chaque fois qu'elle ressentait une forte gêne intérieure à l'idée de m'écrire un e-mail au sujet d'un nouvel épisode de « secousse » ou du sentiment naissant d'être absente, que m'écrire faisait partie d'un plan sur lequel nous étions d'accord – plutôt que, comme elle continuait à ressentir, quelque chose à éviter à cause de conséquences attendues affreuses mais indéfinissables. Lors du dernier épisode qu'elle a rapporté, j'avais la nette impression que l'intense émotion de peur, qu'elle regardait, comme d'habitude, comme une réaction à sa première « secousse », pourrait être interprétée comme étant reliée aux conséquences indéfinissables de son souhait de se rapprocher de moi, émotionnellement, par le biais du message planifié. Plutôt que de lui faire cette interprétation, j'ai commenté : « J'ai l'impression comme s'il y avait deux parties en vous. L'une qui, de manière compréhensible, souhaiterait partager des sentiments désagréables, lorsque vous ressentez la tension qui est le pressentiment d'une « secousse », et une autre qui, en quelque sorte, a peur de le faire. Ces deux parties n'ont pas l'air de communiquer à l'intérieur de vous, dans vos pensées. Est-ce que cela aurait quelque sens pour vous ? » « Oh, vraiment ... », répondait Eva, « ... ça c'est une façon très claire d'expliquer les choses ... Je n'aurais pas été capable de le dire en ces termes, mais cela me paraît tout à fait vrai maintenant. »

Cela a été le début de la dernière phase de la psychothérapie d'Eva, dédiée à l'intégration des deux parties émotionnelles de sa personnalité (Van der Hart et al., 2006/2010), que nous étions d'accord d'appeler Partie I et Partie II. La Partie I souhaitait désespérément être réconfortée, tandis que la Partie II avait très peur des conséquences probables de demandes de réconfort, fondée sur les souvenirs traumatiques de ses interactions d'attachement avec ses trois donneurs de soin principaux – la mère, le père et la nounou. Nous avons finalement conclu que la Partie II était sans doute l'auteur de ses « secousses » perçues – comme si elle voulait bloquer l'action prévue de la Partie I, de s'approcher d'une figure d'attachement, pour initier plutôt l'action opposée de la fuir. Lorsque la Partie II avait les commandes du psychisme d'Eva, en mettant la Partie I de côté, Eva ressentait son état interne d'être absente à elle-même. Pendant les épisodes de dépersonnalisation, la Partie I, du fond de sa conscience propre, ne pouvait que pleurer de la perte de ses affects pour son mari et ses

enfants, en ayant peur que son amour pour eux ne revienne jamais. Les deux parties ont été construites, certainement depuis la petite enfance d'Eva, sur la base des deux peurs opposées, liées à des interactions d'attachement avec les donneurs de soin : la peur de s'approcher et la peur de perdre la présence d'une figure d'attachement potentiellement réconfortante, désespérément souhaitée. Les expériences traumatiques avec ses figures d'attachement, dont Eva était en mesure de se souvenir comme ayant tourmenté son enfance et son adolescence, renforçait chacune des deux parties dans leurs objectifs opposés, mais aussi importants l'un que l'autre. La Partie I a conservé le but vital de percevoir la valeur de proximité émotionnelle envers une figure d'attachement (maintenant son mari, ses enfants, ses meilleurs amis, et son thérapeute), tandis que la Partie II poursuivait le but, également vital, d'éviter toute agression émotionnelle possible de ses figures d'attachement. Le but final de nos dialogues cliniques doit pour cela consister à ne pas choisir l'une des parties d'Eva comme ayant le mérite d'être conservée, et d'éliminer l'autre (même si Eva, de manière répétée, exprimait son souhait de se débarrasser de la Partie II), mais plutôt de les intégrer. J'ai expliqué le sens de l'intégration comme suit : « La Partie I et la Partie II de votre personnalité ont été formées, lorsque vous étiez enfant, de façon à faire face au besoin légitime d'être réconforté lorsque vous étiez en détresse d'une part, et au le besoin, aussi universel, d'éviter des agression et le rejet douloureux d'autre part. Vous avez toujours besoin des deux. Les intégrer signifie de pouvoir consciemment décider, quand la Partie I peut être utilisée en toute sécurité, et quand au contraire, il est plus sûr d'avoir recours aux stratégies d'évitement de la Partie II. Nous avons déjà remarqué que la Partie I peut être impliquée en toute sécurité dans le processus de m'envoyer un e-mail ou un SMS, dans le contexte d'explorer en coopération les origines et le sens des « secousses » et le sentiment d'être absente. Maintenant je crois que vous pouvez commencer une forme de dialogue avec la Partie II, en lui demandant, en quelque sorte, sa permission pour envoyer des e-mails ou des SMS dans le futur, si vous vous sentez perturbée. Ensuite, vous pouvez commencer à dialoguer intérieurement de la même manière, quand vous sentez que vous pourriez demander du réconfort et une attention apaisante à votre mari, vos amis ou vos enfants. Veuillez accepter la décision possible de la Partie II, d'éviter de demander lorsqu'il s'avère que faire ainsi pourrait susciter des réponses de rejet ou d'agacement. Nous pourrions alors discuter ensemble de ces dialogues internes entre Partie I et Partie II. Est-ce que vous sentez que cela est un thème prometteur pour nos échanges lors les séances suivantes ? »

Eva a accepté que nous explorions ensemble la possibilité d'établir de meilleures connexions entre les états mentaux peu intégrés, que nous avons appelé Partie I et Partie II. Nous avons examiné ensemble, pendant dix mois environ, les dialogues internes entre ces deux parties, et avons étudié, autant les contextes où la Partie I pouvait prendre l'initiative des échanges interpersonnels d'Eva en toute sécurité, que ceux où la stratégie de la Partie II, d'éviter de demander le rapprochement émotionnel souhaité, était sans doute le meilleur choix.

Aboutissement et Pronostic

Une découverte majeure pendant la dernière phase du traitement était que le mari d'Eva était bien disposé à répondre positivement lorsqu'elle lui demandait d'être prise dans les bras, ou d'être assis, l'un à côté de l'autre, silencieusement, sur le sofa en regardant la TV, chaque fois qu'elle disait sentir des tensions dues à la fatigue après une journée de travail laborieux. Cependant, il répondait négativement, lorsqu'elle demandait de la réassurance

par le biais de conversations sensées apaiser ses soucis psychologiques. Eva disait qu'elle savait en quelque sorte, que cela était l'attitude de son mari depuis leur mariage, mais qu'elle n'y avait jamais prêté attention avant pour décider si elle devait rechercher de la proximité avec lui ou non. Maintenant, elle savait qu'elle pouvait demander délibérément d'être réconfortée physiquement à son mari, uniquement si elle exprimait une détresse physique, et qu'elle devait éviter de lui demander des conversations apaisantes. Chaque fois qu'elle se sentait perturbée psychologiquement par les soucis habituels normaux de sa vie de famille ou du travail, elle décidait d'appeler ou de rencontrer une amie, mieux disposée pour des conversations apaisantes réciproques. Cette aptitude, nouvellement développée, d'examiner ses souhaits de réconfort et de décider consciemment comment les exprimer et envers qui – parfois en accord avec les dispositions de la Partie I et parfois en accord avec la Partie II – a été accompagnée par une réduction de la fréquence des « secousses » et des symptômes de dépersonnalisation, conformément à ce qu'Eva rapportait. Lorsque ces symptômes émergeaient, ils étaient beaucoup moins perturbants, et précédaient parfois des réflexions utiles sur des aspects de ses mémoires d'attachement traumatiques de son enfance, ce qui devenait le thème principal de nos dialogues psychothérapeutiques. Eva était maintenant partie prenante, efficacement, dans le processus mental de *présentification* (Van der Hart et al., 2006/2010 p. 205-217), c'est-à-dire en développant sa capacité à intégrer le présent immédiat avec les souvenirs du passé et le résultat probable de ses actions *présentes* – un résultat qui pourrait être, on pouvait s'y attendre, bien différent de ceux obtenus par des actions similaires dans le passé.

L'aboutissement du travail thérapeutique, en partant de l'idée de la présentification, s'est montré par une forte réduction de la fréquence et de la durée des « secousses » et du sentiment d'absence à soi-même. De par la perspective d'Eva, ce qui était encore plus significatif, est qu'elle ressentait maintenant, que l'émergence de ces symptômes était explicable, et de ce fait ne mettait plus en échec son sentiment global de maîtrise. Eva était maintenant prête à accepter que ses mémoires traumatiques pourraient refaire surface à tout moment, particulièrement lorsqu'elle ressentait le besoin d'être réconfortée, et s'engageait elle-même à continuer la tâche d'explorer délibérément la possibilité d'exprimer ce souhait, en choisissant le bon moment, la manière et les personnes auxquelles elle s'adresse. Nous avons alors décidé, après deux ans de traitement, de terminer la thérapie et d'avoir des séances pour faire le point régulièrement, environ une fois par mois, de manière à discuter les succès et les difficultés de son exploration des nouvelles façons de gérer ses sentiments d'attachement dans sa vie quotidienne. Deux ans nous séparent maintenant de cette décision partagée, et nous nous rencontrons maintenant tous les deux mois. Il y a six mois, Eva a accepté de vérifier son état mental concernant l'attachement par *l'Entretien d'Attachement Adulte (Adult Attachment Interview – Hesse, 2008)*. L'entretien d'Eva a été codé F (Libre, sécuritaire) – c'est-à-dire qu'elle peut maintenant être vue comme étant libérée des réactions défensives et capable de mentaliser efficacement lorsqu'elle répond aux questions concernant les souvenirs de ses expériences d'attachement dans l'enfance.

Pratiques Cliniques et Résumé

Les pratiques cliniques illustrées par la psychothérapie d'Eva peuvent être vues comme des aspects-clé dans le traitement de tous les patients adultes avec des histoires reconnues d'attachement précoce désorganisé et des souvenirs de traumatismes complexes intra-familiaux. Ils consistent à construire et à surveiller l'alliance thérapeutique depuis la

première séance, en stabilisant l'état mental du patient à travers des interventions appropriées comme des actions sensori-motrices, explorer les phobies internes opposées des émotions liées à l'attachement, en les reliant à des souvenirs d'attachements précoces traumatiques, et de faciliter l'intégration d'états mentaux complexes (parties de la personnalité) construites sur ces phobies. Le levier parmi ces interventions consiste en le travail thérapeutique qui vise à identifier, désensibiliser et intégrer les phobies d'attachement, peu importe le diagnostic DSM, à l'intérieur duquel les résultats négatifs de la désorganisation de l'attachement et des traumatismes intra-familiaux peuvent se manifester : troubles dissociatifs, troubles somatoformes, ou troubles de personnalité borderline. En faisant attention aux phobies d'attachement simultanées – et par nature opposées – et au contraste caractéristique entre elles, qui sous-tend les processus dissociatifs majeurs est particulièrement gratifiant, lorsque le thérapeute est face aux dilemmes relationnels qui empêchent l'alliance thérapeutique avec ces patients. En étant conscient que les patients vont réagir avec de la peur, à la fois au sentiment de se sentir émotionnellement proches de leurs thérapeutes et menacés par l'imagination de leur abandon, les cliniciens auront davantage pour but de finalement partager cette compréhension au sein du dialogue clinique, plutôt que la tâche, certes importante mais en quelque sorte secondaire, de maintenir un équilibre dialectique entre le rapprochement empathique et la neutralité technique.

Fournir au patient une opportunité prudemment planifiée, de pouvoir contacter le thérapeute par un appel téléphonique, un e-mail ou un SMS entre les séances, comme cela a été dans le cas d'Eva, est uniquement une des pratiques cliniques, qui peut être utilisée dans la mise en évidence, comment le désir d'un soutien émotionnel par le thérapeute et la peur d'un rapprochement émotionnel s'activent simultanément et de manière dissociative chez le patient. Beaucoup d'autres possibilités ont été décrites dans la littérature sur la psychothérapie des patients chroniquement traumatisés. La clé ne consiste pas, pendant les dialogues cliniques, en une façon particulière d'évaluer les opérations mentales contingentes par la présence d'une phobie d'attachement et de la perte d'attachement, mais la vive conscience que ces phobies sont réciproquement non intégrées – c'est-à-dire qu'elles prennent forme dans des états mentaux dissociés (compartimentés) plutôt que simplement en conflit. En conséquence, les interventions des thérapeutes doivent viser à faciliter l'intégration de ces états mentaux, pas de résoudre un conflit psychologique.

Bibliographie

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.
- 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*. Retrieved from [http:// www.istss.org/ISTSS Complex PTSD Treatment Guidelines/5205.htm](http://www.istss.org/ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines/5205.htm)
- Dozier, M., Stovall-McClough, K.C., & Albus, K.E.(2008) Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy, & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of*

attachment: Theory, research and clinical applications, 2nd edn., New York: Guilford Press. (pp. 718–744).

- Dutra, L., Bureau, J., Holmes, B., Lyubchik, A. & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 383–390.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, Second Edition*. New York: Guilford.
- Hesse, E., Main, M., Abrams, K. & Rifkin, A. (2003) Unresolved states regarding loss or abuse can have “second-generation” effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In D.J. Siegel & M.F. Solomon (eds), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain* (pp.57-106). New York: Norton.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W. [Fearon, R.P.](#), [Hunter, E.](#), [Frasquilho, F.](#) & Oakley, D. (2005) Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25: 1-23.
- Howell, E.F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York: Routledge.
- Levy, K.N., Beeney, J.E., & Temes, C.M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13, 50-59.
- Liotti, G. (2004) Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the
- contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, 232-252 .
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, 2nd Edition*. New York: Guilford Press (pp. 667 – 697).
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents’ unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings

(eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.

- Meares, R. (2012). *The dissociation core of borderline personality disorder*. New York: Norton.
- Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatoform dissociation*. New York: Norton.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York: Norton.
- Schore, A. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In Dell, P. F. & O'Neil, J. A. (Eds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, (pp. 107-141). New York: Routledge.
- Solomon, J. & George, C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations:
 - The origins of caregiving helplessness. In J. Solomon & C. George (Eds), *Disorganized attachment and caregiving* (pp.25-51). New York: The Guilford Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. Pour la traduction française (2010). *Le Soi Hanté*. Bruxelles: De Boeck.