

Traitement du Syndrome de stress post-traumatique complexe basé sur la théorie des états du Moi : une étude de cas

Olivier Piedfort-Marin

Résumé

La Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes (PPIT) a été développée par la psychanalyste allemande Luise Reddemann pour le traitement des séquelles post-traumatiques complexes.

Cette approche intégrative est construite sur la théorie des états du Moi et intègre en particulier l'utilisation de techniques hypno-imaginatives avec une attention centrale portée sur la résilience et la régulation des affects médiée par l'auto-compassion. Cet article présente la théorie des états du Moi et la PPIT en l'illustrant par l'étude du cas d'une femme souffrant des séquelles de violences sexuelles répétées dans l'enfance au niveau intra-familial.

Introduction

Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique complexe (SSPT-C) a été proposé (Maerker *et al.*, 2013) pour être inclus dans la CIM-11 (11^e révision de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS). Ce diagnostic se base sur les travaux de l'équipe de van der Kolk (Pelcovitz, van der Kolk, Roth *et al.*, 1997; Luxenberg, Spinazzola et van der Kolk, 2001; Cloitre *et al.*, 2012). Il permet de classer les séquelles psychiques de traumatismes sévères, en particulier de l'enfance, séquelles qui dépassent celles observées lors d'un Etat de stress post-traumatique (ESPT) de l'âge adulte. On observe en effet chez les sujets ayant vécu dans l'enfance, en particulier au niveau intra-familial, des négligences, des violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles, des symptômes qui dépassent ceux de l'ESPT. Le diagnostic de SSPT-C proposé pour la CIM-11 inclut le diagnostic d'ESPT à un moment

donné dans le cours de la maladie, ainsi que les trois difficultés suivantes: « (1) problèmes sévères et persistants dans la régulation des affects; (2) croyances persistantes que l'on est diminué, en échec, sans valeur, accompagnées par des sentiments profonds et persistants de honte, culpabilité ou échec en lien avec le stresser; (3) difficultés persistantes à développer des relations et à se sentir proche d'autrui » (Maerker *et al.*, 2013).

Les traitements du SSPT-C peuvent donc être différents de ceux proposés pour l'ESPT, en particulier ceux recommandés par l'OMS (2013): la thérapie par exposition prolongée (Foa et Kozak, 1986) et l'EMDR (thérapie de retraitement de l'information par mouvements oculaires, Shapiro, 2006). L'ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies)

¹ L'auteur remercie Luise Reddemann pour ses commentaires sur une première version de cet article.

² Psychologue-psychothérapeute FSP/Fédéral, pratique privée Lausanne et Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Suisse.

a émis des recommandations pour le traitement du SSPT-C (Cloitre *et al.*, 2012). Ce consensus d'experts recommande entre autres un traitement par phases, reprenant ainsi les travaux de Janet (1898). La première phase du traitement cible la stabilisation : sécurisation dans la réalité actuelle, établissement d'une relation thérapeutique stable et sécurisée, diminution des symptômes, régulation des affects, activation des ressources. La seconde phase du traitement cible le retraitement des traumatismes. La troisième phase cible un réajustement adapté à la vie actuelle, le deuil d'une vie perturbée en vue d'un nouveau départ. La régulation des affects, le travail sur les croyances négatives sur soi ainsi que les difficultés relationnelles seront ciblés spécifiquement par la première phase du traitement. En effet, chez ces patient(e)s, l'amélioration de la régulation émotionnelle est nécessaire pour pouvoir retraiter les traumatismes.

La thérapie des états du Moi (Watkins et Watkins, 1997) fait partie des approches qui proposent un traitement spécifique pour le SSPT-C. La thérapie des états du Moi (Ego State Therapy) est fortement développée aux USA et en Allemagne. Dans les pays germanophones, une approche basée sur la théorie des états du Moi et spécifiquement adaptée aux séquelles complexes de traumatismes, la Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes (PPIT), a été développée dès les années 1980 par Luise Reddemann (2010, 2011 ; en français : Piedfort-Marin et Reddemann, 2016) avec un accent marqué sur une phase de stabilisation adaptée. Cet article propose un exposé de la théorie des états du Moi, de son adaptation au traitement du SSPT-C, en présentant les points centraux de la PPIT et en l'illustrant par une étude de cas.

Historique et concept de la théorie des états du Moi

Federn (1952) a proposé le concept d'état du Moi pour répondre à la complexité de la personnalité, selon lui mieux que ne le faisaient les concepts freudiens du Moi, Ça et Surmoi. Ses travaux se basaient sur ceux de C. G Jung et de Janet. Par la suite, Watkins et Watkins (1997) ont développé ce concept aux niveaux théorique et clinique. Ils présupposent que les êtres humains se développent selon deux processus de base : l'intégration permet de relier deux concepts et la différenciation permet de séparer des

concepts généraux en entités plus spécifiques. Ces mécanismes sont à l'œuvre à bien des égards dans le développement de l'enfant. Par exemple, l'enfant apprend à différencier le travail en classe et le jeu pendant la récréation. Jouer en classe ou étudier pendant la récréation ne sont pas adaptés. Watkins et Watkins définissent un état du Moi « comme un système organisé de comportements et d'expériences dont les éléments sont reliés entre eux par des principes communs, et qui est séparé des autres états par une limite plus ou moins perméable. » Il existe différents types d'états du Moi. Les états du Moi issus d'une différenciation adaptée forment des facettes de notre personnalité relativement bien intégrées au sein de la personnalité. Ces états du Moi non pathologiques s'ajustent donc bien l'un à l'autre et le sujet peut passer de l'un à l'autre de manière nuancée et adaptée. Par exemple le sujet peut alterner un état du Moi « sérieux » et un état du Moi « joueur » de manière adaptée à la situation et à ses besoins. Les états du Moi peuvent aussi être issus d'introjections positives de personnes significatives, comme les parents, et de leurs messages positifs, permettant ainsi le développement d'une bonne estime de soi. Les états du Moi malveillants sont issus de l'introjection de messages négatifs ou malveillants – explicites ou implicites – de personnes significatives ou d'agresseurs. Ils se présentent sous la forme de pensées autoréférencées négatives associées à des émotions, sensations, attitudes et comportements concordants. Le sujet peut ressentir ces introjects comme egosyntoniques ou egodystoniques. Des états du Moi malveillants peuvent se développer dans des situations de rejet, de menaces, de violences sexuelles, physiques ou psychiques. Les états du Moi issus d'une identification à l'agresseur sont un type plus sévère d'états du Moi malveillants. Lors d'expériences traumatiques peuvent se développer des états du Moi jeunes blessés. Ces états du Moi contiennent des éléments des expériences traumatiques mémorisées selon le niveau de développement du sujet au moment du traumatisme. Les signes de la présence d'un état du Moi jeune blessé sont des symptômes post-traumatiques, également des symptômes correspondant aux symptômes post-traumatiques spécifiques aux enfants et adolescents présents néanmoins chez le sujet adulte.

Le lien possible entre un symptôme et un état du Moi jeune blessé va permettre de conceptualiser l'origine du symptôme et le choix de l'intervention psychothérapeutique.

Hilgard (1994) a mis en avant l'existence chez un certain nombre de sujets d'un observateur caché, un autre type d'état du Moi intéressant pour le traitement, car il permet, lorsque c'est utile, d'avoir accès à des informations a priori inconnues du sujet. Enfin l'état du Moi adulte est un concept important dans le traitement du SSPT-C. Il représente la partie adulte du sujet qui vient en thérapie et qui aimerait résoudre des problèmes et se débarrasser de symptômes gênants. Ce concept est aidant parce qu'il permet de différencier le sujet adulte, que l'on considère compétent, de ses symptômes compris comme l'expression d'états du Moi jeunes blessés ou malveillants, expression inadaptée face au monde actuel. Lorsque le sujet a des compétences limitées ou n'arrive pas à les utiliser, il est postulé que l'état du Moi adulte est débordé par les états du Moi jeunes blessés ou les introjects malveillants. Selon Reddemann (2010), aider l'adulte à se différencier des états du Moi jeunes blessés facilite la distanciation, améliorant ainsi la régulation émotionnelle, et permet au sujet de développer plus d'autonomie et d'estime de soi. La limite plus ou moins perméable qui sépare les états du Moi va indiquer le degré de difficulté pour l'état du Moi adulte d'entrer en contact avec les états du Moi issus de traumatismes. Lorsque la limite est imperméable, Watkins et Watkins parlent alors de dissociation.

La thérapie des états du Moi est une approche résolument intégrative. Elle s'est construite sur des bases psychodynamiques, intégrant la notion de dissociation de Janet, un point de vue systémique pour la compréhension et le travail des liens entre les différents états du Moi, et donnant une large place à des interventions hypnothérapeutiques.

La Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes

La Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes (en allemand Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT ; Reddemann, 2010, 2011) a été développée dès les années 1980 pour mieux répondre aux besoins des patientes souffrant de séquelles complexes de traumatismes et aux défis que représente leur traitement. La PPIT propose un modèle de traitement intégratif et cohérent. Les bases sont la théorie des états du Moi, un fondement

psychodynamique et le traitement par phases. Le point central est une phase de stabilisation spécifique pour relancer la résilience et l'utilisation de la ressource interne qu'est l'imaginaire pour aider le patient à réguler ses affects et faire face aux séquelles des traumatismes. Le travail sur les traumatismes se fait par des mini-confrontations contrôlées afin de respecter les capacités du patient d'y faire face. Enfin, l'attitude du thérapeute est faite de respect, de reconnaissance de la souffrance et de compassion. De nombreuses techniques issues de l'hypnose sont utilisées, néanmoins sans transe profonde, pour permettre au sujet d'être acteur de son changement. Cette approche a l'avantage d'être manualisée aussi en français (Piedfort-Marin et Reddemann, 2016). Ce manuel est conçu comme un guide à adapter individuellement pour chaque patient.

La phase de stabilisation sert à renforcer l'état du Moi adulte et différents moyens thérapeutiques peuvent être utilisés : l'activation des ressources actuelles chez l'état du Moi adulte, la psycho-éducation sur le traumatisme et ses séquelles, des exercices adaptés de mindfulness, des exercices hypno-imaginatifs pour apprendre à s'apaiser et pour activer les ressources internes. Un outil central de la PPIT réside dans l'apaisement des états du Moi jeunes blessés au moyen d'une technique à la fois souple et structurée. Il s'agit de définir l'état du Moi impliqué dans un symptôme donné, de reconnaître la souffrance de l'enfant que le patient a été, puis de le mettre en sécurité dans un lieu sûr imaginaire. Ensuite cet « enfant intérieur » doit être consolé par l'état du Moi adulte et/ou par des personnages bienveillants imaginaires. Ensuite il est demandé au patient de se représenter une situation perturbante maintenant que l'état du Moi jeune blessé a été apaisé. Le patient remarque alors qu'il peut anticiper la situation de manière plus positive. Ensuite le patient doit prendre un peu de temps chaque jour pour entrer en contact avec son « enfant intérieur » et s'assurer qu'il a tout ce dont il a besoin, en particulier en termes de sécurité et de consolation. Il peut être indiqué de faire cet exercice avec tous les états du Moi, en fonction des symptômes dont se plaint le patient ou de manière chronologique. Cet exercice est central dans la PPIT : la pratique clinique montre qu'il développe l'auto-compassion, facteur important d'auto-régulation des affects. En outre il s'agit d'une mini-confrontation au traumatisme, mais sans le détailler, ce qui serait trop perturbant lors de la première phase du

traitement. Une autre technique importante de la PPIT est le travail avec les introjects malveillants. Là aussi on utilise l'imaginaire pour faciliter la communication entre l'état du Moi adulte et l'introject. Il s'agit de comprendre pourquoi l'introject est apparu (souvent dans une situation de rejet, menace ou violence, pour maintenir le lien avec le parent maltraitant, ou pour éviter le sentiment d'impuissance face à un agresseur), et quels sont ses objectifs actuels (en général il veut protéger le sujet). Il convient ensuite de le réorienter dans le présent (le patient n'a plus 5 ans mais est adulte, a un permis de conduire, un métier, etc.) et de négocier avec lui une autre attitude à l'égard de l'état du Moi adulte. Le travail sur les introjects ne devrait se faire que lorsqu'ils perturbent la patiente et/ou le déroulement de la thérapie. Grâce à l'efficacité du travail d'apaisement des états du Moi jeunes blessés, le travail de confrontation aux traumatismes au sens strict du terme n'est pas toujours nécessaire. La description de la technique de confrontation au traumatisme selon la PPIT dépasse le cadre de cet article. Enfin la troisième phase de la thérapie aide le sujet à accepter que sa vie ne s'est pas déroulée de manière optimale et qu'il peut en résulter des manques dont il faut faire le deuil. Dans certains cas il est nécessaire de modifier et/ou assouplir certains schémas de comportement compensatoires au traumatisme qui n'ont plus lieu d'être et qui peuvent encore gêner le sujet dans son quotidien. Nous allons maintenant illustrer cette approche par un cas clinique de SSPT-C.

Vignette clinique

Présentation du cas

M^{me} Marie B.³ consulte pour faire une thérapie EMDR. Il s'agit d'une juriste de 30 ans. Ses parents ont divorcé alors qu'elle avait 2 ans, la mère quittant son époux pour vivre avec un autre homme qui exerça des violences sexuelles régulières et sévères sur la patiente de 7 à 11 ans. A 11 ans elle dénonce les violences sexuelles à une enseignante qui convoque les parents. Le père la croit et dit qu'il va la protéger, ce qu'il ne fit pas. La mère lui dit ne plus l'aimer, ce qui amène l'enfant à se rétracter. La consultation d'un psychologue s'avérera traumatisante entre

autres par la remarque suivante : « Alors, tu as voulu prendre l'homme de ta maman ? ». Cette remarque la présentait comme coupable d'un désir pour son beau-père alors qu'il exerçait des violences particulièrement perverses sur une enfant. On voit dans cette remarque une confusion ou un amalgame entre la réalité des violences sexuelles sur les enfants du fait d'abus de pouvoir du seul fait de l'adulte et les fantasmes infantiles dans le cadre d'un développement en dehors de toute violence sexuelle. Cela nous renvoie au texte de Ferenczi sur la « Confusion de langues entre les adultes et l'enfant » (1933). Suite à cela, le beau-père ne l'agressera plus mais continuera à avoir des remarques déplacées, à entrer dans la salle de bains dont la porte n'a pas de clé. Ses regards mettent l'enfant puis l'adolescente mal à l'aise et lui donnent un sentiment de danger permanent. La mère se séparera de lui une fois la patiente adulte. Les parents exercent une garde partagée jusqu'à la fin de la scolarité, ce qui permet à l'enfant des moments de répit chez son père par rapport à l'insécurité chez sa mère. M^{me} B. a suivi une bonne scolarité, accédant à des études universitaires prestigieuses. Elle s'est mariée un an avant de consulter avec un homme de son âge, bienveillant, connu quelques années auparavant. Elle a eu un suivi téléphonique de 4 ans auprès d'une « thérapeute » non diplômée. Ce suivi était basé principalement sur une description détaillée des violences sexuelles, soit par téléphone soit par écrit. La patiente pouvait lui téléphoner à tout moment et elle vint à son mariage. Elle a mis fin à ce suivi quelque temps avant de consulter, observant que les symptômes post-traumatiques augmentaient sans cesse en quantité et intensité. Au début du suivi, M^{me} B. présente un SSPT sévère, avec des images persistantes des violences sexuelles : « Les abus sont tout le temps là, les images, les odeurs. » Elle tente d'éviter les flashbacks par des « pensées pansements positives » qui deviennent néanmoins obsessionnelles et perturbantes. Les relations sexuelles sont insatisfaisantes, avec des blocages à cause de réactivations traumatiques accrues lors des rapports et un sentiment de honte sévère. Par ailleurs elle décrit les symptômes typiques d'un SSPT-C. Elle se dit rapidement submergée par les émotions face à une « figure paternelle » comme un supérieur hiérarchique, avoir des variations de l'humeur, une estime de soi très négative malgré son succès professionnel, et ne pas pouvoir profiter pleinement de la vie. Elle souffre de solitude et a en effet peu d'ami(e)s. Elle

³ Les prénom, initiale et détails biographiques ont été modifiés pour garantir l'anonymat.

présente aussi des douleurs au bras sans substrat organique. Entre 16 et 22 ans, elle a eu quelques comportements anorexiques, des utilisations abusives sporadiques d'alcool et de cannabis pour s'apaiser, et des relations avec des garçons « peu recommandables ». La demande de M^{me} B. est de se débarrasser des symptômes post-traumatiques, d'être plus sereine et de renouer avec ses parents à qui elle a écrit cinq ans plus tôt une lettre détaillée sur les violences sexuelles, ce qui a eu pour effet d'améliorer un peu les relations avec eux, mais pas suffisamment. Nous lui expliquons qu'une thérapie EMDR nous semble peu indiquée, car cela nécessite une meilleure capacité de réguler les affects et qu'elle n'en dispose pas actuellement. Il lui est proposé une psychothérapie plus intégrative ciblant l'origine traumatique de ses troubles, mais avec une phase de stabilisation conséquente que nous expliquons à la patiente. Il s'agit de la PPIT. La patiente adhère à la proposition.

1^{re} partie du traitement : établissement d'une relation thérapeutique et apaisement des états du Moi jeunes blessés

Une part importante du traitement a résidé dans l'établissement d'un cadre thérapeutique stable et sûr, en particulier après les expériences négatives des précédents traitements. Le thérapeute a posé un cadre thérapeutique sécurisé et sécurisant (séances hebdomadaires, développer l'autonomie de la patiente dans la gestion des difficultés), et précisé qu'il n'y aurait pas de rencontre privée. Régulièrement la patiente abordait des histoires de violences sexuelles vues aux journaux télévisés. Le thérapeute en profitait pour faire de la psycho-éducation sur ces sujets. Il convient dans de tels cas d'être attentif à prendre position adéquatement, car il pourrait s'agir d'une forme de test pour s'assurer que le thérapeute n'est pas dangereux et/ou qu'il ne tient pas un double discours, comme c'était le cas des parents de la patiente et de son beau-père. Lors de la 3^e séance M^{me} B. parla d'elle-même de « la petite Marie » qui s'activait en elle lorsque son chef était énervé. Nous avons alors pris l'occasion d'introduire l'exercice d'apaisement de l'état du Moi jeune blessé. Le thérapeute a reconnu avec compassion la souffrance de l'enfant d'avoir vécu ces violences terribles et la difficulté de l'adulte à faire face à son chef. Ensuite la patiente dans son état du Moi adulte a pu mettre la petite fille abusée dans

un lieu sûr imaginaire: la patiente choisit un jardin avec des fleurs et des animaux. L'adulte ne se sentait alors pas prête à consoler la petite par peur d'être débordée par les pleurs. Elle préféra faire appel à une grande fée et un magicien barbu pour protéger et consoler l'enfant. La patiente s'apaisa. Ensuite le thérapeute demanda à la patiente d'imaginer la prochaine fois qu'elle aurait un entretien avec son chef. Elle put anticiper cette situation avec moins de peur et plus d'assurance. La patiente dit avoir ressenti lors de ce premier exercice l'engagement du thérapeute, mais aussi la liberté qu'il lui a laissée pour sécuriser et apaiser son « enfant intérieur ». Cela renforça le lien thérapeutique, essentiel dans le traitement de patients traumatisés dans l'enfance. Suite à cette expérience positive, le travail thérapeutique se centra principalement sur l'apaisement des états du Moi jeunes blessés. Nous avons identifié et apaisé individuellement différents états du Moi de différents âges, donc de niveaux développementaux différents. Pour ce faire, nous avons procédé à chaque séance à partir du symptôme le plus perturbant de la semaine écoulée, suivant ainsi la demande actuelle de la patiente. Lorsque des stresseurs actuels réactivent des traumatismes du passé, nous conseillons comme intervention d'apaiser l'état du Moi jeune blessé réactivé. S'ensuit le plus souvent une résolution du stress actuel sans l'aborder directement. Ce travail a permis aussi des élaborations sur le dysfonctionnement familial passé et actuel, sur les manières qu'a eues M^{me} B. de faire face à ces violences et négligences quand elle était enfant, ainsi que d'autres problématiques actuelles plus générales qui activaient néanmoins des souvenirs traumatiques (par exemple le stress professionnel et les abus d'autorité de son chef). Cela a donné l'occasion d'identifier différents états de Moi jeunes blessés dont la patiente a pris soin.

Avec l'avancée du traitement, M^{me} B. est devenue de plus en plus autonome dans la gestion de ses symptômes entre les séances et dans la régulation de ses affects. Elle a pu mettre en lien par elle-même les situations actuelles stressantes et « l'enfant intérieur » activée, et commencer seule à domicile leur apaisement, avant de continuer en séance. Nous avons ainsi apaisé environ 15 états du Moi jeunes blessés. Les personnages bienveillants étaient du même type que ceux décrits lors de la 3^e séance, avec quelques différences selon les états du Moi, en particulier selon leur âge. Par la suite la patiente a pu

elle-même, dans son état du Moi adulte, consoler les parties plus jeunes. Il ne convient pas d'interpréter le choix des personnages imaginaires choisis. On observe que les patient(e)s ont presque toujours recours à des personnages de contes ou de films fantastiques. Il n'a pas été nécessaire de travailler avec un état du Moi malveillant.

A la 41^e séance, après un an et demi de traitement, un bilan permet de constater que la patiente ne présente aucun symptôme du SSPT-C. Les symptômes du SSPT sont clairement en rémission totale. L'amélioration satisfaisante des trois catégories de symptômes supplémentaires du SSPT-C peut encore être consolidée. La patiente demande alors un traitement des souvenirs traumatiques par EMDR, thérapie dans laquelle a mis beaucoup d'espoir. Néanmoins, espérant devenir enceinte et avoir un enfant l'année suivante, le travail de confrontation aux traumatismes n'est pas indiqué. Par ailleurs, en l'absence de symptômes, même sub-cliniques, un traitement de confrontation aux traumatismes ne s'avère pas nécessaire.

2^e partie du traitement : vers un nouveau départ

Le rythme des séances est passé à quinzaine puis mensuellement. Dans cette partie de la thérapie, aucun exercice d'apaisement des états du Moi enfant blessé n'a été nécessaire. Lors de ses 14 séances sur une période d'un an, la patiente a amélioré ses liens avec sa famille comme elle le souhaitait, elle a accepté le manque d'intérêt et d'engagement relationnel de son père et fait son deuil d'un père qu'elle aurait souhaité plus engagé dans la relation. Sa mère a exprimé des excuses authentiques. La patiente a découvert que ses moyens de faire face aux violences avaient été de porter son attention sur le succès scolaire, puis professionnel, et de se replier sur elle-même pour ne pas avoir besoin des autres. Elle a alors décidé de repositionner la place de son travail dans sa vie en vue d'un meilleur équilibre et d'améliorer ses relations avec ses collègues. Elle montre plus d'intérêt envers autrui, y compris son époux, sans doute parce qu'elle a développé plus d'auto-compassion lors de la première partie du traitement. Celui-ci, quelque peu perturbé d'avoir maintenant une épouse sûre d'elle et sexuellement épanouie, a commencé une thérapie afin de résoudre ses propres traumatismes. La décision des époux d'avoir un enfant a réactivé

le traumatisme d'un avortement, traumatique à plusieurs égards, dans une relation précédente avec un homme peu engagé dans la relation. Les exercices d'apaisement de l'état du Moi jeune adulte blessée n'ont apporté que peu d'amélioration. M^{me} B. a accepté des séances d'EMDR ciblées sur l'avortement. Cette méthode réside dans l'activation du souvenir traumatique selon un protocole défini, associée à des stimulations bilatérales alternées (le sujet exécute des mouvements oculaires rapides de gauche à droite en suivant un curseur sur un écran). S'ensuit l'activation d'un retraitement adaptatif de l'information jusqu'à ce que la perturbation associée à l'événement traumatique baisse, si possible au maximum, et que des cognitions positives soient installées. L'efficacité de cette méthode pour l'ESPT a été démontrée par de nombreuses études (Shapiro, 2010). Quatre séances rapprochées d'EMDR ont amené à un retraitement total de l'avortement avec une disparition de la perturbation émotionnelle et de la culpabilité associées. Après cela la patiente s'est dite sereine dans l'attente de sa grossesse. Quatre mois après les séances d'EMDR, à la 55^e séance, la patiente a annoncé être enceinte de 2 mois et être « très heureuse ». Le SSPT-C est alors en rémission totale depuis un an et les schémas compensatoires des traumatismes ont nettement reculé pour faire place à des schémas de comportements souples et adaptés.

Discussion et conclusion

Nous avons présenté ici l'étude d'un cas de Syndrome de stress post-traumatique complexe, selon les critères proposés pour la CIM-11. La patiente a bénéficié d'une Psychothérapie Psychodynamique Imaginative des Traumatismes, thérapie basée sur la théorie des états du moi et l'utilisation de méthodes hypno-imaginatives. La stabilisation s'est faite principalement par l'établissement d'une relation thérapeutique sécuritaire et par l'apaisement des états du Moi jeunes blessés. Cela a permis le développement d'une bonne régulation des affects, grâce au développement de la compassion, un point central de l'approche (Reddemann, 2011). Par cette technique et les mini-confrontations aux traumatismes qu'elle implique, un travail ciblé de confrontation stricte aux traumatismes n'a pas été nécessaire, sauf pour l'avortement, seul traumatisme de l'âge adulte, traité par EMDR. Parce que le traitement a été un travail

de fond et non pas seulement une gestion en surface des symptômes, nous pensons que les progrès seront stables. Ils le sont en tout cas à un an de suivi. Ce cas démontre l'imbrication en spirale des phases 1, 2 et 3 du traitement par phases recommandé par Janet (1898). La 1^{re} partie du traitement a inclus la stabilisation et un travail sur les traumatismes par mini-confrontations. La 2^e partie du traitement a inclus la phase de réajustement en rendant plus flexibles les schémas compensatoires aux traumatismes et en apprenant de nouveaux comportements plus adaptés et libres de l'influence des traumatismes, ainsi qu'un retour à la phase 2 pour le retraitement de l'avortement traumatique. Un suivi espacé tous les deux mois est prévu à titre préventif pendant la grossesse et après la naissance. Il est en effet fréquent que des souvenirs de violences sexuelles soient réactivés pendant les examens et interventions gynécologiques qu'impliquent la grossesse et l'accouchement. Pendant ce traitement M^{me} B. n'a pas recouru à l'utilisation de médication. Le traitement a été particulièrement bref pour un tel cas de violences sexuelles répétées et sévères. Il est possible que la garde partagée ait permis des moments de répit, quand bien même la vie chez son père et la relation avec lui n'étaient pas optimales. Ces moments réguliers de sécurité ont sans doute permis à M^{me} B. de développer des schémas compensatoires des traumatismes plus adaptés qu'une dissociation sévère, et des facteurs de résilience aisément activables lors de la thérapie. Cela peut expliquer la durée réduite du traitement. En comparaison à la prise en charge précédente qui activait les souvenirs traumatiques, proposait une écoute à la demande et maintenait M^{me} B. dans un état de dépendance, le présent traitement a ciblé un contact contrôlé et subtil avec les souvenirs traumatiques, le développement de l'autonomie, de la résilience et de l'auto-compassion, ainsi que le renforcement de l'adulte dans ses compétences.

Dans la relation thérapeutique, M^{me} B. était d'un abord agréable et collaborante. Le thérapeute a dû être attentif à ce que la patiente ne se soumette pas à l'autorité qu'il représente, ce qui aurait été une remise en scène des abus de pouvoir vécus dans son enfance. La PPIT est particulièrement adaptée pour cela, puisque les ressources des patients sont au centre du traitement. Néanmoins M^{me} B. montrait régulièrement son insatisfaction de ne pas faire d'EMDR tout en acceptant l'avis de son psychothérapeute de ne pas en faire. Par rapport au souvenir de l'avorte-

ment traumatique, l'apaisement de l'état du Moi jeune adulte blessé n'apporta pas les effets positifs escomptés alors que cette technique avait toujours pu être appliquée avec fluidité et efficacité. Deux hypothèses sont posées ici. La première propose que la patiente était elle-même trop émotionnellement activée dans son état du Moi adulte par l'attente d'une grossesse pour que cette technique puisse être efficace sur ce type de situation traumatique. Néanmoins il est plus vraisemblable de dire que l'adulte était perturbée par l'attente d'une grossesse (après 6 mois de tentatives) justement parce qu'un état du Moi blessé était activé. La seconde hypothèse propose que M^{me} B. était face à sa dernière possibilité de faire de l'EMDR comme elle l'avait souhaité depuis le début et que son désir de faire de l'EMDR a pu inconsciemment avoir un impact négatif sur la technique jusqu'à présent très efficace. En proposant à la patiente de faire de l'EMDR, le psychothérapeute maintenait la patiente au centre du traitement, pour autant dans une situation où il n'y avait pas de contre-indication. Si le retraitement de l'avortement traumatique par EMDR s'est très bien déroulé sans débordement émotionnel, la patiente conclut en disant qu'elle ne voulait plus faire d'EMDR sur les souvenirs des violences sexuelles. Elle avait pu sentir que l'utilisation de cette méthode pour ces cas de violences sévères aurait été perturbante et douloureuse. Cette expérience renforça d'autant plus sa confiance dans son thérapeute, à la fois parce qu'il l'avait laissée faire un choix risqué mais dans un contexte sécurisé, et parce que l'expérience avait montré que l'avis de celui-ci s'était montré juste.

La PPIT a fait l'objet d'évaluations positives dans une utilisation hospitalière de six semaines avec un suivi à six mois et deux ans (Lampe, Mitmansgruber, Gast *et al.*, 2008 ; Lampe, Barbist, Gast, Reddemann et Schüssler, 2014). Une étude qualitative est en cours auprès de patients ambulatoires. Les résultats intermédiaires (Gärtner, Albigaard et Reddemann, 2015) montrent que dans la PPIT les patients apprécient de ne pas être débordés par des émotions perturbantes comme ils l'ont été lors de thérapies précédentes ciblant l'exposition aux traumatismes. Au contraire, le travail sur les états du Moi leur donnait un sentiment positif de maîtriser le processus et un sentiment personnel d'efficacité et d'auto-compassion, ce qui renforçait la relation thérapeutique. Le cas de M^{me} B. confirme ces résultats.

Avec l'insertion attendue du Syndrome de stress post-traumatique complexe dans la CIM-11, il conviendra de développer des traitements spécifiques et de les évaluer. Des lignes directrices sont déjà édic-

tées (Cloitre *et al.*, 2012 ; Courtois, Ford et Cloitre, 2009). Cette étude de cas présente un des traitements possibles pour le SSPT-C. ■

(Article reçu à la Rédaction le 10.02.2016)

Summary Psychodynamic Imaginative Trauma Therapy (PITT) has been developed by German psychoanalyst Luise Reddemann for the treatment of complex post-traumatic stress disorders. This integrative approach is built on the ego state theory and integrates hypno-imaginative techniques, with a strong focus on resilience and affect regulation mediated by self compassion. This article presents ego state theory as well as PITT and illustrates it with a case study of a woman who was repeatedly sexually abused as a child in her family.

Bibliographie

- Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., Green B.L., Alexander P., Briere J., Van der Hart O. (2012): *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=5185??
- Courtois C.A., Ford J.D., Cloitre M. (2009): Best practices in psychotherapy for adults, in: Courtois C.A., Ford J.D. (Eds.): *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY, Guilford Press, pp. 82-103.
- Federn P. (1952): *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris, PUF, 1979.
- Ferenczi S. (1933): Confusion de langues entre les adultes et l'enfant, in: *Psychanalyse IV. Œuvres complètes 1917-1933*. Paris, Payot (1982), pp. 125-135.
- Foa E.B., Kozak M.J. (1986): Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99: 20-35.
- Freud S, Breuer J. (1895): *Études sur l'hystérie*. Paris, PUF, 1956.
- Gärtner C., Albigeard P., Reddemann L. (2015): *Konfrontation bei Komplextraumatisierung – Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie zur subjektiven Wahrnehmung konfrontativer Erfahrung bei der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)*. Innsbruck, 26-28 Februar 2015.
- Hilgard E.R. (1994): Neodissociation Theory, in: Lynn S.J., Rhue J.W.: *Dissociation*. New York, NY, Guilford.
- Janet P. (1898): *Névroses et idées fixes*, Vol. 1. Paris, Félix Alcan.
- Lampe A., Barbist M.-T., Gast U., Reddemann L., Schüssler G. (2014): Long-Term Course in Female Survivors of Childhood Abuse after Psychodynamically Oriented, Trauma-Specific Inpatient Treatment: A Naturalistic Two-Year Follow-Up. *Zschr. Psychosom. und Med. Psychother*, 60: 276-282.
- Lampe A., Mitmansgruber H., Gast U., Schüssler G., Reddemann L. (2008): Treatment outcome of psychodynamic trauma therapy in an inpatient setting. *Neuropsychiatrie* 22: 1-9.
- Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B. A. (2001): Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions in Psychiatry*, 21: 373-392.
- Maerker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., Reed G.M., van Ommeren M., Humayun A., Jones L.M., Kagee S.A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y, Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Saxena S. (2013): Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381 (9878): 1683-1685.
- Pelcovitz D., van der Kolk B.A., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. (1997): Development of a criteria set and a structured interview for the disorders of extreme stress (SIDES). *J. Traum. Stress*, 10: 3-16.
- Organisation Mondiale de la Santé (2013): *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland.
- Piedfort-Marin O., Reddemann L. (2016): *Psychothérapie des traumatismes complexes: une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles, SATAS.
- Reddemann L. (2010): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart, Klett-Cotta, 16^e édition.
- Reddemann L. (2011): *Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie – PITT, das Manual*. Stuttgart, Klett-Cotta, 11^e édition.
- Shapiro F. (2006): *Manuel d'EMDR: principes, protocoles, procédures*. Paris, InterEditions.
- Watkins J.G., Watkins H. (1997): *Ego states: theory and therapy*. New York, NY, Norton.

Correspondance:
Olivier Piedfort-Marin
Psychologue-psychothérapeute FSP/Fédéral
21 avenue de Montchoisi
1006 Lausanne
Suisse
olivier.piedfort@gmail.com