

Traiter les victimes de la maltraitance infantile

Psychothérapie de l'existence interrompue

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Marylene CLOITRE • Lisa R. COHEN •
Karestan C. KOENEN

Traiter les victimes de la maltraitance infantile

Psychothérapie de l'existence interrompue

Traduit de l'anglais par
Georges Elia Sarfati

DUNOD

Édition originale :

*Treating survivors of childhood abuse :
psychotherapy or the interrupted life*
Marylene Cloitre, Lisa R. Cohen,
Karestan C. Koenen.
©2006 The Guilford Press

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2014
ISBN 978-2-10-058822-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Avant-propos du traducteur

LA TRADUCTION FRANÇAISE de ce livre s'est imposée à nous comme un devoir moral vis-à-vis des professionnels en charge du traitement thérapeutique du psychotrauma, tout comme à l'égard du monde des professionnels de la santé qui sont à de certains moments de leur vie amenés à intervenir auprès de personnes traumatisées. L'ouvrage de M. Cloitre, L.R. Cohen et K.C. Koenen marque incontestablement une date dans l'histoire de la thérapie du psychotraumatisme, dans la mesure où il est l'aboutissement de nombreuses années de recherche et d'expérience cliniques, toujours conduites et assumées avec le souci constant de permettre au sujet souffrant de dépasser ses handicaps au profit d'un mieux-être qui l'autorise enfin à poser des choix existentiels à partir desquels la souffrance fera résolument partie du passé, sans plus peser comme une fatalité, avec son cortège de limitations et de restrictions des possibles.

Comme les auteurs l'expliquent dans la préface de l'ouvrage, leur propos consiste à cerner au plus près ce qu'il convient d'entendre par l'expression « existence interrompue » : celle-ci désigne la ligne de démarcation qui sépare l'avant de l'après du vécu traumatique. La spécificité du programme thérapeutique qui y est exposé concerne avant tout le public, ou pourrait-on dire la population, des adultes victimes de maltraitance infantile, dont la gravité des symptômes les conduit tôt ou tard à consulter. Sous un certain rapport, la spécificité de ce public a obligé les auteurs à présenter une synthèse claire et méthodique des grands acquis de la psychotraumatologie, mais en l'enrichissant d'une orientation nouvelle, puisque la compréhension du caractère destructeur du trauma n'est jamais plus entière, ni plus conséquente que lorsqu'elle se conçoit sur le long terme.

La grande leçon qui se dégage de cette véritable somme est que le vécu traumatique, tout comme les conditions objectives qui l'ont rendu possible, n'est pas dissociable de l'histoire d'un contexte social, mais aussi familial, et, qu'à tout prendre, le trauma est l'envers du lien social, le révélateur même de sa part de négativité. De ce point de vue, au-delà de l'originalité même de son apport clinique, l'importance de l'ouvrage tient aussi à la finesse d'analyse qui tend à inscrire le domaine de la psychotraumatologie dans le contexte plus général des disciplines connexes qui en démontrent la pertinence.

Mais il s'agit avant tout d'un ouvrage aux visées pratiques, qui se présente avec toutes les qualités du manuel : ouvrage d'apprentissage, mais aussi ouvrage de référence, et mémo, dont les enseignements se veulent adaptés et adaptables à un très vaste spectre de profils cliniques.

La méthode thérapeutique proposée comporte deux volets complémentaires. Il s'agit respectivement d'articuler dans une progression qui s'étend sur environ quatre mois (soit un ensemble de seize séances), deux modules ayant chacun sa spécificité et ses finalités propres.

Le premier module : STAIR, est conçu pour permettre au patient de se réappropriier ou de s'approprier les compétences sociales les plus fondamentales, dont le vécu traumatique a empêché l'acquisition ou compromis le développement. Le second module : NST consiste quant à lui à travailler sur le trauma, en tant qu'éfraction de la continuité existentielle, de manière à le réinscrire dans un récit de vie cohésif et cohérent. À chaque étape des « encadrés » et des « fiches pratiques » résument et reprennent les objectifs de chaque séance.

L'idée princeps de la méthode thérapeutique proposée par M. Cloitre, L.R. Cohen et K.C. Koenen, consiste à postuler que toute conduite, au sens le plus large de ce terme, résulte d'un processus d'apprentissage. Ce postulat de la perspective cognitivo-comportementale envisage le processus thérapeutique à l'instar d'une série d'interventions destinées à agir sur les conditionnements, de manière à parvenir à un remaniement de la personnalité. Il est aujourd'hui établi, notamment par les différentes conférences de consensus, que la perspective thérapeutique que prolongent ici les auteurs, porte les meilleurs résultats en matière de traitement du trauma¹.

La tâche première et immédiate du traducteur est de restituer au plus près de la langue d'accueil la pensée et les conceptions du texte original. Nous nous sommes donnés pour règle de ne jamais nous éloigner du texte américain, sauf dans de rares cas, où il s'agissait d'exprimer en français des tours idiomatiques autrement inaccessibles au lecteur. Pour ce qui est de la terminologie spécialisée, nous avons pris le parti de respecter celle que proposent les auteurs, dans la mesure où elle s'accorde avec les acquis de la bibliographie internationale : nous avons rendu par « ESPT » le « PTSD » anglo-saxon, de même nous avons traduit par « facteurs de stress » le vocable américain « stressor », étant entendu que depuis les travaux de H. Selye, le vocable « stress » a été adopté par la plupart des langues ; enfin, nous avons opté pour le maintien, dans le corps du texte français, de

1. Cf. *Mémo de psychotraumatologie*, M. Kédia, A. Sabouraud-Seguín et al., Paris, Dunod, 2^e éd., 2013. *Ndt*

l'expression « stratégies de coping », généralement acceptée par les psychotraumatologues de langue française¹.

Tout au long de l'ouvrage, les auteurs emploient le mot « client » pour désigner la personne qui vient en consultation. Pour des raisons culturelles, bien plus que linguistiques, nous avons restitué ce vocable en usant du terme de « patient », plus en phase avec la tradition clinique européenne.

Enfin, pour ne pas multiplier les dénominations, après en avoir traduit le sens au plus près du français, nous avons décidé de conserver tout au long du texte les acronymes initiaux « STAIR » et « NST », par souci de privilégier l'émergence d'une terminologie homogène.

Georges Elia Sarfati
Professeur des universités
Directeur pédagogique de la Sigmund Freud Université (Paris)
Chargé de cours (psychotraumatologie) à la Faculté de médecine de Paris
(René Descartes-Paris V)
Président de l'Association Française d'Analyse Existentielle et de Logothérapie V. Frankl

1. Cf. C. Damiani, F. Lebigot, *Les mots du trauma. Vocabulaire de psychotraumatologie*, Paris, Éd. Philippe Duval, 2011. *Ndt*

« Un survivant a finalement deux possibilités psychologiques : se fermer ou s'épanouir. D'ordinaire un survivant adopte les deux attitudes... Le protean-moi choisit l'ouverture... Cela inclut la recherche de la satisfaction élémentaire, même de la joie, le fait d'être vivant, de ne pas se laisser mourir, tout cela va de pair avec le fait d'accepter de vivre une expérience lumineuse qui surgit de la douleur.

*La survie implique aussi de persévérer à tenir le coup, à se maintenir en vie...
d'un point de vue physique et psychique.
Ce sens du triomphe qui a raison de la destruction est manifeste chez la plupart des rescapés... puisque chacun entend clairement ces mots, même imprononcés :
"Nous sommes ici ! Nous sommes vivants ! Nous avons gagné". »*

Robert Jay Lifton (1993, p. 81, 82)

À propos des auteurs

Marylene CLOITRE, Docteure, est la fondatrice et la directrice de l'*Institut du Trauma et du Stress*, au *Child Study Center* de l'Université de New York ; elle est également professeure titulaire de la *chaire Cathy et Stephen Graham de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (New York). L'activité clinique ainsi que les travaux du D^r Cloitre portent principalement sur les conséquences et le traitement du trauma infantile chez les adolescents et les adultes. Elle a publié de nombreux articles sur ce sujet et a reçu plusieurs prix, décernés par les *National Institutes of Health*, ainsi que par d'autres institutions, pour avoir mis au point des programmes d'intervention et de prévention des conséquences psychologiques et sociales du trauma chez les adultes et les adolescents. Le D^r Cloitre est actuellement membre du Conseil des directeurs de l'*International Society for Traumatic Stress Studies* ; elle a été membre de l'*American National Committee to Develop Treatment Guidelines for PTSD*¹. Elle est licenciée en philosophie de l'Université de McGill et docteure de l'Université de Columbia.

Lisa R. COHEN, Docteure, est attachée de recherche scientifique au *Social Intervention Group* de la *School of Social Work* de l'Université de Columbia. Ses travaux portent sur le développement et la mise au point des programmes thérapeutiques destinés aux femmes atteintes d'ESPT, dépendantes à la drogue. Sa recherche est financée par le *National Institute on Drug Abuse*. Elle mène également des recherches sur les conséquences du trauma sur la parentalité ainsi que ses implications transgénérationnelles. Le D^r Cohen exerce par ailleurs la psychothérapie à New York, comme praticienne libérale, en qualité de spécialiste des troubles traumatiques complexes. Elle est licenciée de l'Université de Pennsylvanie et docteure en psychologie clinique de l'Université de Yale. Elle a suivi des études post-doctorales, dans le cadre de l'*Anxiety and Traumatic Stress Program*, à la Payne Whitney Clinic de l'Hopital de New York- Centre Médical de Cornell.

1. Comité National Américain pour le Développement des Principes du Traitement de l'État de Stress Post-traumatique.
Ndt

Karestan C. KOENEN, Docteure, est professeure assistante en Société, Développement humain, Santé et Épidémiologie à la *Harvard School of Public Health*. Sa compréhension de l'épidémiologie du trauma, du stress et des troubles mentaux, tels que l'ESPT et la dépression, s'appuie sur une conception développementale. Sa recherche est financée par les *National Institutes of Health*. Elle a reçu le Prix Chaim Danieli Young de l'*International Society for Traumatic Stress Studies*, et le Prix Robins-Guze des Jeunes Chercheurs de l'*American Psychopathological Association*. Le D^r Koenen est une clinicienne expérimentée, spécialisée dans le traitement expérimental de l'ESPT. Elle est licenciée du Wellesley College, titulaire d'un Mastère de l'Université de Columbia, et docteure de l'Université de Boston.

Remerciements

TOUT D'ABORD, nous souhaitons remercier nos patients, pour le courage dont ils font preuve tout au long du traitement, en se confrontant à leurs traumatismes ; ils montrent qu'il est possible d'espérer une vie meilleure que celle qu'ils ont connue ; leur exemple est une source d'inspiration. Nous souhaitons également exprimer nos remerciements à Stephanie Cherry, Sharon Feeney, Tamar Gordon, Dawn Hugues, Karen Hefferman, Jill Levitt, et Chase Stovall-McClough, qui, en tant qu'étudiants, post-doctorants, et collègues ont contribué au développement de ce traitement en qualité de membres de l'équipe de recherche.

Nous remercions aussi Elissa Brown, Paul Frewen, Ruth Lanius, et Elizabeth Power, qui ont bien voulu relire de nombreuses parties du manuscrit et nous ont fait part, avec humour, entrain et bienveillance de leurs remarques. Nous remercions tous ceux qui ont innové en psychothérapie, dans le domaine de la recherche, auprès desquels nous avons beaucoup appris. Nous remercions Marsha Lineham, qui a mis au point des stratégies d'intervention qui ont profondément influencé notre travail ainsi que notre efficacité en tant que spécialistes du trauma. Nous remercions tout particulièrement Edna Foa, qui nous a toujours dispensé ses connaissances et ses observations avec une grande générosité, et qui fut un modèle en matière de recherche scientifique sur les troubles post-traumatiques. C'est avec un grand plaisir et une immense gratitude que nous exprimons nos remerciements aux pionniers de l'étude du trauma complexe, qui, par leur exemple et leurs encouragements, ont guidé et inspiré nos efforts : John Briere, Christine Courtois, Judy Herman, et Bessel van der Kolk.

Enfin, nous voudrions exprimer nos remerciements à tous ceux qui ont joué un rôle important dans notre évolution professionnelle et notre développement personnel : Susan et George Cohen, Diana Fosha, Fran Grossman, Denise Hien, Nick Jollymore, Harold Koplewicz, Kathleen et Austin Koenen, Alba Ludmer, Shaun Purcell, et Ron Taffel.

Table des matières

Avant-propos du traducteur	V
À propos des auteurs	IX
Remerciements	XI
Introduction	1
Qu'est-ce qu'une existence interrompue ?	1
À quel public s'adresse ce livre ?	3
La philosophie du traitement	3
Comment utiliser ce livre	4

Le cadre de référence

1	Le trauma de la violence subie dans l'enfance	8
	Pourquoi un traitement pour le trauma de la violence subie dans l'enfance ?	10
	Un modèle de perte des ressources dans le cas d'un trauma subi dans l'enfance	13
2	L'attachement	24
	Le pouvoir du lien d'attachement	26

	Les schémas interpersonnels de l'agression : « être attaché signifie être agressé » et « agresser est une forme d'attachement »	28
	Lorsque le protecteur échoue à protéger	33
3	Se développer dans un contexte carencé	36
	La maltraitance d'un enfant interrompt son développement	39
4	La procédure du traitement	50
	Écouter les patients : que veulent-ils vraiment ?	53
	Qu'est-ce qui fait que les patients vivent si difficilement chaque jour ?	54
	Est-ce que les problèmes des rescapés de maltraitance infantile diffèrent de ceux qui se posent aux adultes rescapés d'un trauma ?	56
	Le développement du STAIR/NST : unifier les interventions pour cibler les problèmes	59
	Pourquoi un traitement en plusieurs phases ?	62
	Les bénéfices de la procédure en plusieurs phases	64
	Le résultat du traitement	64
	Les aspects expérimentaux du STAIR/NST	65
5	L'élaboration des ressources émotionnelles et sociales ...	68
	Les compétences émotionnelles	71
	Les compétences sociales	77
6	Travailler sur les souvenirs traumatiques	84
	La confrontation avec les souvenirs : travailler sur la peur	87
	Au-delà de l'extinction : le récit du trauma	93
	Les tâches du module NST	97

7	L'extension du narratif	100
	La honte	104
	La perte et la tristesse	111
8	Principes pour l'application du traitement	116
	L'application du traitement à partir d'un manuel	118
	Décider quels patients peuvent bénéficier des modules STAIR/NST	123
	L'alliance thérapeutique	128
	Les défis spécifiques de la thérapie des rescapés de maltraitance infantile	133
	Le thérapeute doit apprendre à se protéger	143
9	L'évaluation du patient et les étapes du traitement	146
	Vue d'ensemble	148
	Les cinq prérequis de l'évaluation du profil traumatique	148
	Le premier contact téléphonique	151
	Six domaines d'évaluation	153
	L'adéquation entre les problèmes du patient et les différents aspects du traitement	162
	Le bilan de l'évaluation	164

Phase 1

L'acquisition des compétences (le modèle STAIR)

10	Séance 1	170
	Vue d'ensemble	172
	Établir le contrat thérapeutique	174
	Expliquer les objectifs du traitement	176
	Expliquer les objectifs de la Phase I (STAIR)	177

	Expliquer les objectifs de la Phase II (NST)	178
	La révision de la procédure et les avantages d'une thérapie en deux phases	181
	Transmettre un moyen de faire face : la respiration concentrée	181
	Expliquer la procédure des exercices à faire entre les séances	183
	La prescription des exercices entre les séances	184
11	Séance 2	188
	Vue d'ensemble	190
	Commencer par le bilan émotionnel, puis réviser les exercices pratiques entre deux séances	192
	Présentation du concept de régulation émotionnelle	192
	L'exploration et l'identification des difficultés de la patiente en matière de régulation émotionnelle	193
	Introduction à l'objectif de la séance : la prise de conscience et le vécu des sentiments	196
	Explication de la procédure d'auto-évaluation et de la compréhension des sentiments : la vie quotidienne	198
	Utiliser les émotions pour nommer les sentiments	200
	Parler de la manière de distinguer entre différentes sortes de sentiments	202
	Exercice à partir de l'auto-évaluation des sentiments	203
	Prescrire de travailler régulièrement avec la fiche d'auto-évaluation des sentiments	207
	Résumer les objectifs de la séance et prévoir les exercices entre les deux séances	207
12	Séance 3	214
	Vue d'ensemble	217
	Commencer par le bilan émotionnel, réviser le travail à faire entre deux séances	219

Expliquer le concept de régulation émotionnelle	219
Identifier et parler avec la patiente des émotions pénibles	224
Parler de la dissociation (si cela est approprié)	227
Identifier et évaluer les compétences actuelles de la patiente en matière de régulation émotionnelle	228
L'identification et la pratique des stratégies adaptées de régulation émotionnelle	230
Aider la patiente à « passer doucement » des sentiments aux pensées, et des pensées aux actes	235
La présentation des émotions positives et la prévision des activités agréables	236
L'examen des fausses conceptions en matière de régulation émotionnelle (si nécessaire)	238
Étude de cas : vers la régulation émotionnelle	240
13 Séance 4	246
Vue d'ensemble	249
La présentation du concept de tolérance à l'anxiété	251
L'évaluation des capacités de la patiente à tolérer l'anxiété	253
Mettre en rapport la tolérance à l'anxiété avec les objectifs de la patiente	255
La présentation de la méthode d'évaluation du « pour » et du « contre »	257
Évaluer la nécessité de l'anxiété	258
Étude de cas : l'identification des objectifs et l'inventaire des arguments « pour » et « contre »	258
Les stratégies destinées à réduire l'anxiété liée à la poursuite d'objectifs spécifiques	260
Présentation de l'exercice de tolérance à la détresse « à l'improviste »	261

	Parler du rôle des sentiments positifs dans la poursuite de certains objectifs	263
	Préparer la patiente à traiter ses difficultés interpersonnelles	264
	La prescription des exercices à faire entre deux séances	264
14	Séance 5	268
	Vue d'ensemble	270
	Faire de la psychoéducation : comment définir les schémas interpersonnels ?	274
	La présentation de la fiche de travail n°1	276
	La mise en pratique des schémas interpersonnels de la fiche de travail n°2	277
	Étude de cas : l'identification d'un schéma interpersonnel	277
	La prescription des exercices à faire entre deux séances	280
15	Séance 6	282
	Vue d'ensemble	284
	L'explication de la procédure de l'exercice du jeu de rôle	284
	La conduite du jeu de rôle	286
	Faire des remarques à la patiente sur son style de comportement	287
	Étude de cas : le jeu de rôle	289
	La description de la technique de simulation	291
	La présentation de la Feuille de travail n°2, sur les schémas interpersonnels	291
	La prescription du travail à faire entre deux séances	292
16	Séance 7	296
	Vue d'ensemble	298
	Dispenser la psychoéducation nécessaire : qu'est-ce qu'un comportement affirmatif ?	300

	La définition des problèmes spécifiques : l'affirmation de soi et le contrôle	301
	La définition des schémas interpersonnels liés à l'affirmation de soi	305
	Étude de cas : travailler avec les schémas d'affirmation de soi	306
	La conduite des jeux de rôle centrés sur les compétences liées à l'affirmation de soi	310
	La prescription des exercices à faire entre les séances	311
17	Séance 8	316
	Vue d'ensemble	318
	Dispenser la psychoéducation : pourquoi est-il important de faire preuve de souplesse dans les relations ?	319
	L'équilibre des rapports de pouvoir dans les relations	320
	Les obstacles les plus courants dans les rapports de pouvoir	322
	La recherche des compétences en vue d'un meilleur équilibre	324
	L'identification des schémas interpersonnels dans les différents types de relations de pouvoir	325
	Étude de cas : travailler sur la relation de pouvoir	326
	La conduite des jeux de rôle : l'insistance sur l'équilibre des rapports de pouvoir	330
	La préparation vers le passage à la phase suivante du traitement	330
	La prescription des exercices à faire entre deux séances	331

Phase 2

Le récit de vie (le module NST)

18	De l'acquisition des compétences au travail narratif sur le trauma	338
	Quelques principes pour s'assurer que la patiente est prête à aborder le travail narratif	341

19	Séance 9	346
	Vue d'ensemble	348
	Préparer la patiente au module NST	350
	Donner à la patiente une vue d'ensemble du module NST	351
	La pratique du module NST permet de diminuer le sentiment de peur ainsi que les symptômes d'ESPT	351
	Revenir sur la pratique de la régulation émotionnelle au cours de la phase narrative	358
	La coopération thérapeutique : la procédure du module NST et ses objectifs	359
	Commencer le travail narratif : le nombre de séances et leur durée	359
	Établir la hiérarchie des souvenirs	360
	Terminer la séance	363
	La prescription des exercices à faire entre deux séances	364
20	Séance 10	368
	Vue d'ensemble	370
	Expliquer la procédure du travail narratif	372
	S'exercer avec un souvenir neutre	372
	La conduite du premier récit d'un souvenir traumatique	373
	Ancrer la patiente dans le présent	376
	Écouter avec la patiente l'enregistrement du premier récit	377
	L'analyse des croyances sur soi et/ou les autres exprimées dans le récit	377
	Étude de cas : parler de la maltraitance, naguère et maintenant	379
	La prescription des exercices à faire entre deux séances	380

21	Séances 11-15	384
	Vue d'ensemble	386
	Commencer par un bilan émotionnel et examiner le travail prescrit entre les deux séances	388
	Sélectionner un souvenir	389
	La conduite du récit	389
	Identifier les sentiments qui traversent le récit	390
	Travailler sur les conduites d'évitement	390
	Se confronter aux réactions dissociatives : aider la patiente à faire face à ses pires peurs	391
	L'utilisation de techniques supplémentaires d'ancrage pour inscrire la patiente dans le présent	393
	La révision des schémas (exemple : « Je suis un agresseur »)	394
	L'utilisation du jeu de rôle	396
	L'application des nouveaux schémas aux difficultés de la vie actuelle	396
	La prescription des exercices à faire entre deux séances	398
22	Séances 11-15	400
	Vue d'ensemble	402
	Instructions au thérapeute sur l'attitude à adopter lors de la révélation des événements honteux	403
	Écouter et susciter les réactions de la patiente à partir des récits où apparaît le thème de la honte	404
	Identifier et analyser les raisons de parler des événements honteux	405
	Susciter et analyser les récits de honte	407
	Étude de cas : les patientes complices de leur propre maltraitance	409
	L'identification de schémas alternatifs et de ressources personnelles pour les consolider, la pratique du jeu de rôle	411

	Considération globale : l'analyse narrative, les schémas alternatifs, l'identification et le jeu de rôle	411
	Témoigner sa solidarité à la patiente : porter sur elle un regard bienveillant	417
	Un défi : lorsque les patientes ne parlent pas	417
23	Séances 11-15	420
	Vue d'ensemble	422
	Écouter et analyser les réactions de la patiente au moment où elle écoute l'enregistrement de ses propres récits de perte	424
	Identifier et analyser les raisons du sentiment de tristesse	425
	Entreprendre le récit	426
	Identification et révision des schémas liés à la perte, à partir du matériau du récit	427
	Identifier les manières de vivre au présent en dépit d'une histoire marquée par la perte	428
	Manifester sa solidarité à la patiente : partager le poids de la tristesse	428
	Travailler à partir du jeu de rôle	428
	Étude de cas : thèmes de perte, schémas de comportement liés à la perte, et jeu de rôle	429
	Prescription des exercices à faire entre les deux séances	434
24	Séance 16	436
	Vue d'ensemble	438
	Amener la patiente à parler de son changement et de son progrès	438
	Élaborer sur le progrès et l'identifier au mieux	438
	Identifier les étapes suivantes	441
	Évaluer les risques de rechute et les stratégies de rétablissement	441
	Témoigner du respect au désir de changement	442

TABLE DES MATIÈRES

Donner à la patiente les moyens de la transition et de faire face à ses futurs besoins	443
Prendre congé	443
Bibliographie	447

Introduction

QU'EST-CE QU'UNE EXISTENCE INTERROMPUE ?

Il existe une foule de données qui nous informent sur la compréhension que les rescapés de maltraitance ont d'eux-mêmes : la vie au jour le jour est plus difficile pour eux que pour ceux qui ont vécu une enfance paisible et protégée. Peut-être les raisons de cet état de choses leur sont-elles moins claires. Tout au long de ce livre nous nous sommes efforcés de montrer de quelles manières les enfants maltraités sont susceptibles de dévier du cours d'un développement normal, et de passer à côté d'un certain nombre d'expériences généralement destinées à favoriser l'apprentissage sain de compétences vitales. Il s'agit de compétences fondamentales et complexes, telles que l'aptitude à se servir de ses émotions comme de guides pour l'action, et de la capacité d'entrer en relation avec les autres et de vivre des relations heureuses. Les techniques thérapeutiques destinées aux enfants et aux jeunes gens qui ont été maltraités sont attentives à ces carences et comportent des stratégies qui permettent de définir et d'enrichir les compétences émotionnelles et sociales, avec l'objectif de remettre le jeune patient sur la voie d'un développement normal.

Qu'en est-il des adultes qui ont été maltraités au cours de leur enfance et qui ont grandi sans aide ? Ceux qui viennent en traitement font souvent état de leurs problèmes de régulation émotionnelle et de leurs difficultés relationnelles. Pourtant, il n'existait aucun traitement ni aucune technique spécifique pour traiter ce genre de souffrances. Généralement, ce genre de souffrances était appréhendé au moyen de grilles de lecture fixes et en termes de catégories symptomatiques. En sorte que les difficultés interpersonnelles, comme les autres difficultés, passaient au second plan par rapport aux manifestations symptomatiques : si la dépression ou l'anxiété est traitée, on attend généralement que les autres difficultés disparaissent d'elles-mêmes. Quant aux préoccupations de la communauté scientifique, elles se sont surtout orientées sur les adolescents et les enfants, par de nombreuses études consacrées aux altérations des compétences sociales et émotionnelles consécutives à la maltraitance. Il existe ainsi un hiatus considérable entre les observations faites par les professionnels de la santé mentale, spécialistes de l'enfance, et le milieu clinique qui traite les adultes qui furent maltraités dans leur enfance.

Ce livre présente un programme thérapeutique qui prend en considération la longue et difficile expérience des rescapés de maltraitance avant qu'ils ne franchissent le seuil du

cabinet d'un thérapeute. L'idée d'« existence interrompue », qui oriente ce traitement, fait référence à l'éclatement de l'autorégulation et des aptitudes interpersonnelles, provoquées par la maltraitance, qui, autrement, se seraient développées normalement. Cette thérapie entend transmettre aux rescapés les compétences émotionnelles et sociales qu'ils n'ont jamais eu l'occasion de s'approprier, du fait de l'absence d'un parent ou d'un adulte responsable, bienveillant et nourricier, mais aussi à cause du poids que représente l'impact de la maltraitance, souvent porté seul ou en secret. Le premier module de ce traitement *Skills Training and Interpersonnal Regulation*¹ (STAIR), a été délibérément mis au point pour susciter et fortifier les ressources sociales et émotionnelles dont chaque personne a besoin dans la vie de tous les jours.

Une thérapie destinée à traiter le trauma serait incomplète si elle ne cherchait pas à résoudre le non moins important problème de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les symptômes de l'ESPT, ainsi que les perturbations qui leur sont associées, telles que la dépression, la dissociation, la colère, et les sentiments de honte et de perte, sont des indices que « le travail n'est pas terminé » au-delà du vécu traumatique, que le trauma constitue un processus. Les événements traumatiques submergent, par nature, les capacités de compréhension et d'analyse du sujet. Le défi lancé à la compréhension est d'autant plus fort que les émotions associées au trauma intentionnel – la terreur, l'humiliation, et la trahison – sont extrêmement douloureuses et pour cette raison même, sujettes à l'évitement. Les souvenirs traumatiques, lorsqu'ils ne sont pas élaborés, se traduisent par des intrusions et des reviviscences, qui interfèrent avec la possibilité d'une vie sensée et vraiment investie dans le présent. De plus, ce travail est un préalable à l'intégration des souvenirs traumatiques dans le cadre d'un récit de vie cohérent, puisqu'il contribue à la formation d'un sentiment cohérent du moi propre, ainsi qu'à la construction d'une image stable de celui-ci au long terme. C'est faute d'avoir réussi une telle intégration, que l'on peut donc dire que la vie du rescapé est une « existence interrompue ».

Le module *Narrative Story Telling*² (NST), consacré au travail narratif, fournit un cadre ainsi qu'une méthode stratégique pour aborder, contrôler, et organiser les vécus traumatiques qui n'ont pas été traités, mais qui demeurent vivaces sur le plan émotionnel. Le module NST débute par le travail sur les souvenirs de peur, à partir des techniques d'exposition en imagination (Chapitre 6). Toutefois, ce travail se développe selon deux orientations. Tout d'abord, nous avons mis au point et systématiquement utilisé des « stratégies de contextualisation », empruntées aux conceptions les plus récentes de la mémoire autobiographique, afin d'organiser et de construire un « récit de soi » (Chapitre 7). Ensuite,

1. Cette dénomination correspond à un processus *d'acquisition des compétences liées à la régulation affective et interpersonnelle*. À partir de maintenant nous utiliserons l'acronyme « STAIR » suggéré par les auteurs. *Ndt*

2. Cette dénomination désigne le processus de *mise en récit de l'histoire personnelle* du sujet. Nous utiliserons l'acronyme « NST » suggéré par les auteurs. *ndt*

grâce à ces stratégies, le patient et le thérapeute peuvent pratiquement et en toute sécurité explorer et organiser le sentiment du moi, à partir de deux thèmes importants, généralement très pesants pour les rescapés de maltraitance : la honte et la trahison (Chapitre 22), et la perte et le deuil (chapitre 23).

Enfin, l'expression « psychothérapie de l'existence interrompue » comporte un troisième sens, qui constitue une allusion à l'espoir qu'entretient le patient. Il suggère que le trauma, avec ses conséquences, a induit des circonstances dans lesquelles les dons et les aptitudes de la personne n'ont pas été reconnus, et qu'ils n'ont pas pu être développés. En redonnant vie à des compétences fondamentales de la vie, et en redonnant vie au sentiment du moi propre, nous espérons que les enseignements de ce livre aideront les patients à réaliser leurs talents cachés.

À QUEL PUBLIC S'ADRESSE CE LIVRE ?

Cet ouvrage s'adresse aux spécialistes de la santé mentale, il leur fournit les éléments d'une thérapie destinée à traiter les rescapés de maltraitance infantile. Parmi ces derniers, les femmes et les hommes qui ont été agressés sexuellement, physiquement, et qui ont été négligés. Ce programme thérapeutique a d'abord été développé pour les femmes, mais il a aussi été utilisé avec succès auprès des hommes, ainsi qu'avec des patients de tous âges (y compris des enfants et des adolescents) qui ont été maltraités au cours de leurs premières années et ont subi toutes sortes de violences (voir Chapitre 8).

Cet ouvrage s'adresse également aux rescapés eux-mêmes. Nous espérons que chacun d'entre eux « reconnaîtra » quelque chose de son propre cas dans les descriptions et les anecdotes présentées ici, et, ce qui est plus important, trouveront ici les méthodes et les manières de traiter les problèmes qui sont les leurs. Dans l'absolu, les rescapés qui liront ce livre devraient y trouver ce dont ils ont besoin, et cela devrait aussi les disposer à suivre eux-mêmes une thérapie appropriée à leur propre situation.

LA PHILOSOPHIE DU TRAITEMENT

L'« orientation » du traitement consiste dans une synthèse des principes de la thérapie cognitivo-comportementale et des théories traditionnelles de la relation d'attachement et de la relation d'objet, compte tenu de leurs évolutions depuis Bowlby (1988), Sullivan (1970), Mitchell et Greenberg (1983), et de Safran et Segal (1990).

Les interventions techniques reposent en grande partie sur la tradition de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Celles-ci incluent, par exemple, des stratégies d'évaluation des croyances sur soi et sur le monde, et utilisent le jeu de rôle pour faciliter l'acquisition de nouvelles formes d'apprentissage et de comportement. Elles adhèrent aussi à une philosophie qui sous-tend implicitement la TCC : à savoir que, grâce à la pratique, de nouvelles manières de se comporter, de sentir, de penser sont possibles. De ce point de vue, la TCC est une tradition de psychothérapie remarquablement pratique et optimiste.

Les cadres théoriques du traitement s'inscrivent de plain-pied dans la tradition interpersonnelle, plus particulièrement telle qu'elle s'est développée depuis les travaux de Bowlby. Le recours à ce cadre permet d'insister sur l'importance des premiers liens d'attachement dans la vie ainsi que sur les conséquences, à long terme, qu'entraînent les perturbations qui peuvent les affecter dans le fonctionnement de la vie adulte. Les stratégies cognitivo-comportementales représentent les moyens par lesquels le client/patient identifie ces problèmes et lui permettent de travailler en faveur du changement. Par exemple, des problèmes relationnels, consécutifs à des agressions précoces, sont décrits par le concept de « modèles opératoires internes ». Ce concept s'avère efficace sous le rapport pratique des « schémas interpersonnels », qui est un outil utilisé dans de nombreuses thérapies cognitives, pour enraciner et modifier les croyances relatives au soi et au monde.

COMMENT UTILISER CE LIVRE

Ce livre vise à fournir aux thérapeutes les instruments susceptibles de traiter les survivants des agressions infantiles, de les doter de la compétence ainsi qu'à leur inspirer la confiance nécessaire à cette fin. Nous l'avons également accompagné d'un guide pratique, qui décrit séance par séance, les étapes du traitement, conformément à sa base théorique. Ses acquis ont été mis à l'épreuve et constamment affinés tout au long de 15 années de dialogue qui nous ont permis de tenir compte de l'évaluation de nos patients.

Le cadre de référence

1	Le trauma de la violence subie dans l'enfance	8
2	L'attachement.....	24
3	Se développer dans un contexte carencé	36
4	La procédure du traitement.....	50
5	L'élaboration des ressources émotionnelles et sociales .	68
6	Travailler sur les souvenirs traumatiques.....	84
7	L'extension du narratif	100
8	Principes pour l'application du traitement	116
9	L'évaluation du patient et les étapes du traitement.....	146

1

Le trauma de la violence subie dans l'enfance

8

Un modèle de la perte de ressource