

Psychothérapie du trauma et des troubles dissociatifs par l'Intégration du Cycle de la Vie : présupposés théoriques et applications cliniques

Conflits d'intérêts :

L'auteur est formatrice et superviseur en ICV

Psychothérapie du trauma et des troubles dissociatifs par l'Intégration du Cycle de la Vie : présupposés théoriques et applications cliniques

Mots-clés : Dissociation; trauma; Intégration du Cycle de la Vie; psychothérapie; Soi; régulation émotionnelle; troubles anxieux; trouble panique

Abstract :

L'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration, Pace, 2014) est actuellement employée comme approche psychothérapeutique du trauma, des troubles anxieux et des troubles dissociatifs. L'objectif du présent article est d'en exposer les présupposés théoriques et les applications cliniques, en les illustrant à l'aide d'un cas clinique.

Les présupposés théoriques de l'ICV se basent sur les découvertes portant sur le développement cérébral, la régulation émotionnelle et la construction du Soi au cours des toutes premières années de vie, selon le courant des neurosciences affectives (Panksepp, 1998 ; Schore, 2003 ; Siegel, 2012 ; Cozolino, 2016). Les différents protocoles employés en ICV visent soit à intégrer des expériences traumatiques ou douloureuses ponctuelles, soit à réparer les blessures d'attachement pour consolider le Soi et la qualité de la régulation émotionnelle.

L'étude d'un cas clinique développe ces deux applications ainsi que leurs résultats positifs dans le cas d'une femme de 28 ans souffrant d'attaques de panique et d'hypochondrie.

L'ICV est une approche thérapeutique prometteuse des troubles dissociatifs ou post-traumatiques et nécessite d'être étudiée plus avant par la recherche.

Key-words : dissociation ; trauma ; Lifespan Integration ; psychotherapy ; Self ; emotional regulation ; anxiety disorders ; panic disorder

English abstract :

Lifespan Integration (LI, Pace, 2014) is currently being used as a psychotherapy for trauma, anxiety disorders and dissociative disorders. The aim of this paper is to describe the theoretical background and clinical applications of LI, with the help of a clinical case.

Theoretical background for LI is based on research on brain development, emotional regulation and the construction of the Self during the first years of life, according to affective neuroscience (Panksepp, 1998 ; Schore, 2003 ; Siegel, 2012 ; Cozolino, 2016). The different protocols used in LI aim either at integrating a specific traumatic or painful experience or at repairing attachment wounds to strengthen the Self and quality of emotional regulation.

A clinical case study develops both applications and their positive results in a 28 year old woman suffering from panic attacks and hypochondriac anxiety.

LI is a promising therapeutic approach for dissociative and post-traumatic disorders and needs further studies.

Introduction

La thérapie par Intégration du Cycle de la Vie (ICV, traduction de Lifespan Integration) est une psychothérapie psycho-corporelle récente, de 3^{ème} génération, développée à partir de 2002 par Peggy Pace (Pace, 2014) et s'inscrivant dans le courant des neurosciences affectives (Cozolino, 2016 ; Schore, 2003, 2009 ; Siegel, 2012). Cette psychothérapie emploie un outil spécifique, la Ligne du Temps, constitué d'une liste

chronologique de souvenirs de la vie du patient, généralement avec un à trois souvenirs par an. Selon le modèle de l'ICV, cette Ligne du Temps permet d'activer différents Etats du Moi à travers le temps, en association à l'utilisation de l'imagerie mentale. Son objectif est de permettre l'intégration des expériences auto-biographiques, notamment traumatiques et / ou précoces (mémoire implicite), au sein de la conscience auto-noétique (Tulving, 1985). Elle se présente donc comme une prise en charge possible des troubles dissociatifs, des syndromes psycho-traumatiques, des traumatismes précoces et des troubles de l'attachement. Dans le présent article, nous exposerons les bases théoriques sous-jacentes à l'ICV, permettant de conceptualiser ses possibles effets thérapeutiques. Nous décrirons différentes modalités d'application de l'ICV, que ce soit dans le traitement d'événements traumatiques uniques ou dans la consolidation du Soi, à des fins de réduction de la symptomatologie dissociative ou de développement de la régulation émotionnelle. Nous illustrerons celles-ci à partir d'un cas clinique et terminerons par les perspectives de recherche et de validation de cette approche.

1. Bases théoriques

L'ICV se base sur l'éclairage des neurosciences affectives et de la théorie de l'attachement pour comprendre les facteurs sous-jacents à la dissociation, aux symptômes psycho-traumatiques et à la construction du Soi et de la régulation émotionnelle. L'approche thérapeutique proposée découle de ce modèle, dont nous allons exposer ici les différentes composantes.

1.1. L'apport des neurosciences affectives : développement cérébral précoce, attachement et régulation émotionnelle

Selon les recherches en neurosciences affectives, la répétition d'expériences précoces d'apaisement physiologique face au danger permet au cerveau du bébé de développer progressivement ses capacités d'intégration et de reprise de contrôle cortical après l'exposition au danger (Schore, 2001). L'intégration est un processus cérébral de connexion neuronale permettant d'assimiler l'expérience nouvelle et de lui permettre de contribuer à l'identité, au sens de Soi. Ces expériences précoces s'appuient sur la co-régulation émotionnelle par les figures d'attachement, favorisée par un attachement sécurisé, en particulier avant 2 ans (Schore, 2003). Ces mécanismes expliquent la corrélation entre résilience et attachement sécurisé (Egeland, Carlson & Sroufe, 1993), puisqu'un parent donnant à son enfant un attachement sécurisé permet à celui-ci de développer sa fenêtre de tolérance, donc sa résistance ultérieure au stress et au trauma. En effet, les premières années de la vie sont une période au cours de laquelle se jouent à la fois :

- Un développement important au niveau cérébral, la taille du cerveau étant multipliée par trois au cours des 5 premières années de vie (Maroney, 2003) ;
- Les premières expériences d'attachement (Bowlby, 1969/1984) permettant la mise en place d'un style d'attachement (sécurisé ou non).
- Le développement des zones cérébrales impliquées dans la détection et la réponse au danger, la régulation émotionnelle, l'attention, la conscience de soi, l'empathie et l'identification à autrui (Schore, 2003 ; Siegel, 2012), en particulier dans l'hémisphère droit qui se développe beaucoup au cours de cette période.

Au cours de cette période cruciale du développement cérébral, l'expérience a un impact sur la structuration cérébrale elle-même : « states become traits », selon l'expression

consacrée de Perry (1995) : le cerveau se modèle, au cours de sa construction, en fonction de l'usage qui en est fait. L'expérience est perçue comme cumulative, et les premières expériences sont donc décisives pour l'évolution ultérieure, même si la plasticité cérébrale permet des remaniements.

Le caractère décisif de cette période développementale a été testé de manière expérimentale chez l'animal. Par exemple, chez le rat, l'intensité du léchage maternel au cours des 12 premières heures de vie affecte de manière permanente la réaction chimique cérébrale au stress : les rats ayant le moins bénéficié de ce léchage présentent plus de comportements peureux, produisent plus d'hormones de stress et se rétablissent moins bien après une maladie que les rats ayant bénéficié d'un léchage plus long, et cet effet dure sur l'échelle de leur vie (Fish et al., 2004). Cowan & al. (2013) ont également mis en évidence une augmentation de la peur chez les rats déprivés de leur mère pendant 24h à l'âge de 9 jours, période qui serait critique pour le développement cérébral chez les rats.

Chez l'être humain, depuis les travaux de Spitz (1945), les études portant sur le devenir de bébés déprivés émotionnellement ou traumatisés confirment l'importance des expériences précoces de sécurité pour le bon développement cérébral au cours de la période préverbale et la régulation émotionnelle ultérieure. Ces études mettent notamment en évidence une fréquence accrue des troubles anxieux et des Troubles Déficitaires de l'Attention-Hyperactivité chez les sujets ayant rencontré des épreuves traumatiques au cours de leur développement précoce, avant l'âge de 2-3 ans (Maroney, 2003 ; Glover, 2011 ; Johnson & Marlow, 2011 ; Somhovd et al., 2012). Par exemple, dans le cas de la prématurité, qui implique de multiples interventions médicales quotidiennes, le plus souvent douloureuses et potentiellement traumatiques, les études longitudinales indiquent une plus grande prévalence de troubles anxieux, de TDAH et de troubles du spectre autistique, durant l'enfance et à l'âge adulte, que chez des enfants nés à terme (Maroney, 2003 ; Page, 2004 ; Johnson & Marlow, 2011 ; Somhovd et al., 2012).

Plusieurs études prospectives ont montré que le niveau de stress, d'anxiété ou de dépression de la mère durant la grossesse accroît significativement les risques ultérieurs de problèmes émotionnels, de Trouble Déficitaire de l'Attention-Hyperactivité, de troubles du comportement et d'altération du développement cognitif chez l'enfant (Talge, Neal & Glover, 2007). Les enfants des mères les plus stressées, anxieuses ou déprimées pendant la grossesse (15%) ont deux fois plus de probabilité de présenter des problèmes émotionnels ou de comportement durant l'enfance et l'adolescence que les mères les moins stressées, anxieuses ou déprimées (Glover, 2011). Les études de Lyons-Ruth, portant sur l'évolution à l'âge adulte d'un groupe d'enfants présentant un style d'attachement désorganisé à l'âge de 18 mois, indiquent que la présence d'un attachement désorganisé est un prédicteur important de la dissociation à l'âge adulte, à hauteur de 50% de la variance (Lyons-Ruth et al, 2006 ; Dutra et al., 2009).

Il semblerait donc que l'attachement sécure soit facteur de résilience et, qu'à l'inverse, l'exposition précoce à des traumatismes, des difficultés de régulation émotionnelle parentale et / ou la présence d'un attachement désorganisé chez l'enfant soient des facteurs de risques de psychopathologie ultérieure (Lyons-Ruth et al., 2006), notamment anxieuse. Ces différentes études soutiennent la perspective développée par les neurosciences affectives selon laquelle les expériences de stress ou d'apaisement régulier au cours des premières années de vie sont cruciales pour la régulation émotionnelle ultérieure, à l'échelle de la vie, dans la mesure où elles affectent de

manière durable la structuration et le fonctionnement des zones cérébrales liées à la détection et à la réponse au danger. Cette fonction de régulation émotionnelle est, selon ce courant, dépendante de la solidité du Soi.

1.2 La construction du Soi et la régulation émotionnelle

D'après Siegel (2012), l'idée d'un "Soi" unitaire, continu, est en réalité une illusion que nos esprits tentent de créer. Cette illusion n'en est pas moins indispensable à la santé mentale, du fait qu'elle génère un effort continu de connexion et d'intégration entre des expériences cognitives, émotionnelles et corporelles liés à des Etats du Moi disparates. L'expérience du Soi correspond, subjectivement, au sentiment de son identité propre (unicité et appartenance) à travers le temps et l'espace, permis par la conscience auto-noétique (Tulving, 1985). Au niveau neurologique, le fondement du Soi est, selon Damasio (2002, p.39) : « le va-et-vient extrêmement contraint des états internes de l'organisme, qui est contrôlé de façon innée par le cerveau et signalé en permanence dans le cerveau », et il inclut les informations concernant la perception du danger.

Le travail d'intégration constant de l'expérience par le Soi permet une illusion de continuité identitaire à travers le temps. Les capacités d'intégration semblent se développer à partir de la co-construction précoce du récit auto-biographique, en s'appuyant sur les figures d'attachement. Ainsi, « le langage et l'interaction interpersonnelle permettent la création d'un récit narratif et d'un échange verbal qui connecte l'expérience au Soi et permet l'intégration des affects, des pensées et de l'information sensorielle » (Carlson, Yates & Sroufe, 2009, p.46).

Le rôle du Soi est donc de permettre la régulation émotionnelle et le sentiment de cohésion et de continuité identitaire par l'intégration neuronale de l'expérience.

Au niveau physiologique, l'enfant s'harmonise au rythme cérébral de sa figure d'attachement, et cette synchronisation est enregistrée dans les schémas de décharge des régions limbiques sensibles au stress dans l'hémisphère droit du tout-petit, en pleine croissance (Schore, 2001). Lorsque le rythme cérébral de la figure d'attachement est dérégulé (traumatisme psychique, dissociation, notamment), l'enfant enregistre cette dérégulation dans ses propres schémas de régulation du stress, en construction. Ceci éclaire comment la présence de traumatismes non résolus chez le parent prédit la désorganisation de l'attachement chez l'enfant (Liotti, 2009 ; Lyons-Ruth et al., 2009).

Bien que souvent nommés, ces éléments sont peu pris en compte dans les modèles actuels de dissociation structurelle et dans les prises en charge qui en découlent. Paradoxalement, le domaine de la psychothérapie s'est assez peu intéressé au traitement de ces expériences précoces pourtant décisives, bien que décrites de longue date par la psychanalyse (Spitz, 1945 ; Winnicott, 1976 ; Bion, 1979 ; Harris & Bick, 1998 ; Ciccone et Lhôpital, 2001 ; Ciccone, 2011). Ceci est sans doute lié au caractère verbal de la plupart des psychothérapies, rendant peu accessibles à la thérapie les expériences non-verbales propres au développement des trois premières années de vie, malgré leur importance capitale. Cela est sans doute également lié à l'ignorance des mécanismes neurobiologiques sous-jacents, jusque dans les années 1990. L'avancée dans le domaine des neurosciences et l'étude de la neurobiologie interpersonnelle a permis le développement d'interventions thérapeutiques plus précises et l'émergence de techniques thérapeutiques nouvelles pour traiter le trauma et la dissociation (Smith, 2016a). L'ICV en fait partie.

2 Fonctionnement de la thérapie par Intégration du Cycle de la Vie (ICV)

L'ICV se base sur le modèle de la dissociation décrit par les neurosciences affectives. La dissociation est ici comprise comme un défaut d'intégration. Dans ce modèle, chaque personne présente un niveau d'intégration neuronale plus ou moins important, un fonctionnement plus ou moins dissocié.

Les séances d'Intégration du Cycle de la Vie se déroulent par l'intermédiaire de protocoles qui varient selon l'indication et le type de travail à accomplir. Ces protocoles s'appliquent tant aux enfants, aux adolescents qu'aux adultes et se répartissent globalement en deux catégories : les protocoles consistant à l'intégration d'un événement unique, et les protocoles ayant pour objectif de consolider le Soi (Pace, 2014 ; Thorpe, 2016), au sens d'une instance régulatrice des émotions et générant le sentiment d'intégration, de cohésion et d'identité.

La séance, d'une durée d'une heure à une heure et demi environ, se compose d'un certain nombre de répétitions de la Ligne du Temps (généralement entre 5 et 12), à partir de l'événement ciblé, jusqu'au présent. Cette Ligne du Temps (LT) est composée d'au moins 12 à 15 souvenirs et peut couvrir une durée variable de la vie du patient (de quelques heures ou quelques jours dans le traitement des événements récents à plusieurs années). Elle peut s'associer, en fonction des besoins, à une imagerie mentale incitant le patient d'aujourd'hui à imaginer prendre soin de son Moi du passé.

L'objectif est de générer puis de consolider, grâce à la répétition de la Ligne du Temps, des connexions entre des expériences émotionnelles dissociées et le Soi, par la création d'un récit auto-biographique de plus en plus cohérent.

2.1 Les protocoles de traitement d'un événement unique ou traumatisme simple

Ces protocoles consistent à activer le souvenir douloureux / traumatique puis à prouver au système corps-esprit du patient que le temps a passé, par l'expérience psychocorporelle de la Ligne du Temps (LT), et grâce à l'accordage émotionnel du thérapeute. Ils visent à intégrer un événement unique, que ce dernier suscite un Trouble de Stress Post-Traumatique caractérisé (Protocole TSPT) ou des séquelles post-traumatiques autres comme un TSPT incomplet, des phobies, d'autres troubles anxieux, ou encore la dépression (Protocole Standard). L'hypothèse est que cette procédure permet d'activer un réseau neuronal problématique, car insuffisamment intégré, puis de le connecter à l'expérience du présent par une succession d'activations neuronales différentes, correspondant à l'histoire chronologique du patient. Le principe sur lequel se base l'ICV ici est que des neurones qui déchargent ensemble s'associent (règle de Hebb). L'activation du réseau neuronal du souvenir traumatique ou douloureux et l'activation d'autres souvenirs ultérieurs permettraient à ces différents réseaux neuronaux de s'associer afin de relancer le processus d'intégration, et de permettre au système corps-esprit du patient de ne plus réagir dans le présent en fonction d'épreuves irrésolues du passé.

L'expérience empirique soutient cette hypothèse : l'intensité émotionnelle ressentie par le patient lorsque le souvenir est réactivé diminue rapidement au cours de la LT et au cours des répétitions de celle-ci. L'objectif est de permettre au patient de « sentir » que l'événement traumatique est terminé au lieu de simplement le « savoir » rationnellement. L'hypothèse est que la Ligne du Temps fait expérimenter au patient l'expérience *corporelle* de ce temps qui a passé, en activant l'hémisphère droit. L'attention est constamment portée sur le maintien du patient dans sa fenêtre de tolérance, afin d'éviter toute retraumatisation. L'accélération de la Ligne du Temps et l'ancrage corporel dans le présent sont les principaux outils permettant d'éviter les

abréactions. Ceux-ci sont efficaces grâce à l'accordage du thérapeute à l'état émotionnel de son patient, composante fondamentale de l'ICV, quel que soit le protocole employé.

L'ICV étant une découverte récente, peu d'études publiées se sont penchées sur sa validation pour l'instant. Citons néanmoins l'étude de Balkus, menée aux Etats-Unis auprès de 17 femmes victimes de traumatismes psychiques et hébergées dans un centre de traitement résidentiel pour femmes (cité par Thorpe, 2014). Il a été administré l'IES (Weiss & Marmar, 1997) avant deux séances d'ICV portant sur un épisode traumatique (T1), après la fin de la deuxième séance (T2) et un mois après la fin de la deuxième séance (T3). La moyenne des scores d'intrusion et d'évitement à l'IES passe d'environ 28 à 6/32 entre T1 et T2, et est à 3,7 à T3, sans intervention entre T2 et T3. Les résultats de cette étude exploratoire sont encourageants et doivent être approfondis par l'étude de l'efficacité des différents protocoles de traitement d'un événement unique par l'ICV.

2.2 Les protocoles de consolidation du Soi

Les protocoles de consolidation du Soi visent à développer les capacités de régulation émotionnelle chez des patients présentant des troubles dissociatifs, des troubles anxieux, des difficultés de modulation émotionnelle (colère, tristesse, peur), des comportements impulsifs (passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs) ou une faible estime de soi, notamment comme dans certains troubles de la personnalité comme le trouble de la personnalité borderline. Ces différents symptômes sont considérés comme signes d'un défaut d'intégration et d'une faiblesse du Soi. Les protocoles de consolidation du Soi utilisent l'imagerie mentale pour proposer au patient des expériences correctrices d'attachement et de régulation émotionnelle. L'hypothèse sous-jacente est que la répétition de ces expériences au fil des séances, en association avec la Ligne du Temps, va permettre la consolidation et l'intégration neuronale d'une expérience nouvelle qui va peu à peu concurrencer l'expérience infantile, débouchant sur des comportements plus appropriés dans le présent, et une sécurité de l'attachement plus grande.

Les effets de ces protocoles de consolidation du Soi ont été décrits dans deux ouvrages (Pace, 2014 ; Thorpe, 2014), plusieurs chapitres d'ouvrages (Smith & Pace, 2011 ; Clément, Smith, Bernardo, 2012 ; Thorpe, 2013 ; Smith, 2014a et 2014b ; Smith 2015 ; Clément, 2016 ; Janner Steffan, 2016 ; Smith, 2016a, 2016b et 2016c) et un article (Binet & Tarquinio, 2016), mais nécessitent d'être éprouvés scientifiquement afin de démontrer leur efficacité. Plusieurs études sont actuellement en cours dans cette perspective.

Les effets de ces protocoles, tels qu'ils sont décrits dans la littérature, vont notamment dans le sens d'une meilleure régulation émotionnelle, une diminution des tendances dissociatives, un développement du sentiment de cohésion identitaire et un accroissement de la sécurité de l'attachement.

Nous exposerons maintenant un cas clinique permettant d'illustrer les deux principales applications de l'ICV.

2.3 Illustration par une vignette clinique

2.3.1 Motif de consultation

Laetitia est âgée de 28 ans et consulte depuis dix ans pour des attaques de panique et des tendances hypochondriaques prononcées, s'accompagnant de nombreuses

consultations aux urgences sans causes somatiques avérées. Elle a suivi une psychothérapie analytique et une TCC qui lui ont permis de mieux gérer les attaques de panique et d'identifier ses problèmes comme ayant une cause psychologique (en-dehors des crises néanmoins, car durant les crises elle est généralement convaincue de la réalité d'un trouble somatique grave). Elle présente également des troubles de l'attachement ; sa vie amoureuse est caractérisée par une succession de relations peu durables, passionnelles, parfois émaillées d'épisodes de violence conjugale. Laetitia exprime une peur d'être abandonnée et de ne pas pouvoir être aimée comme elle est.

Lors des attaques de panique, Laetitia est envahie par des Etats du Moi infantiles, et cherche le réconfort et la réassurance auprès de ses proches. Dans le modèle théorique de l'ICV, elle présente des Etats du Moi de panique et de rage, dissociés, et un Soi fragile, vite envahi et débordé lors des moments de réactivation.

Elle consulte pour une psychothérapie par ICV, après un nouveau bilan somatique sans troubles identifiés autres qu'un reflux gastro-oesophagien déjà diagnostiqué et traité.

Laetitia souhaite voir disparaître ses attaques de panique et ses angoisses hypochondriaques. Elle aimerait également résoudre ses difficultés relationnelles conjugales.

2.3.2. Anamnèse

Laetitia est un enfant désiré, issu de deux parents très jeunes (20 ans) ; la naissance est décrite par la mère comme traumatique.

L'enfance est marquée par l'indisponibilité parentale : les parents étant très jeunes, Laetitia partage son quotidien entre ses grands-parents paternels, avec lesquels elle vit principalement, et ses parents, qui la retrouvent certains soirs et week-ends. Le père est décrit comme tyrannique, intrusif et anxieux. La mère présente des phobies invalidantes, notamment du sang, des piqûres et des hôpitaux. Elle est globalement décrite comme égocentrée et émotionnellement indisponible. Lorsque Laetitia est hospitalisée 10 jours suite à une chute d'une hauteur importante, à l'âge de 6 ans, sa mère ne peut lui rendre visite durant son hospitalisation, du fait de ses phobies.

A 11 ans, Laetitia est victime d'agressions sexuelles (attouchements) de la part d'un cousin plus âgé. Elle n'en a jamais parlé à sa famille à ce jour.

Laetitia a une soeur adoptive de 7 ans sa cadette, présentant des troubles très similaires (troubles anxieux importants, attaques de panique notamment). Laetitia a un master en communication et présente un niveau intellectuel supérieur à la moyenne.

Au total, Laetitia présente des difficultés importantes de régulation émotionnelle, notamment sous forme d'attaque de panique. Dans son anamnèse, selon la perspective des neurosciences affectives, plusieurs facteurs de risques sont susceptibles d'y concourir : la naissance traumatique, le jeune âge et le caractère inexpérimenté de ses parents à sa naissance, la rupture partielle d'attachement liée au fait de vivre principalement avec ses grands-parents et les difficultés de régulation émotionnelle (troubles anxieux) des deux parents. Il est probable que Laetitia n'a pas reçu des interactions suffisamment émotionnellement accordées pour permettre la construction d'un sentiment de sécurité interne, basé sur des expériences régulières d'apaisement physiologique. Laetitia semble également avoir besoin d'intégrer certains événements de vie encore bouleversants pour elle, notamment l'agression sexuelle subie à l'âge de 11 ans.

L'hypothèse de travail de départ est que les expériences précoces d'attachement à partir desquelles s'est construit le Soi de Laetitia ont été insuffisamment sécurisantes du fait

de la multiplicité des figures d'attachement et des difficultés de régulation émotionnelle de celles-ci.

Le travail commence donc par une alternance de quelques séances de protocoles de consolidation du Soi et de séances de traitement d'événements ponctuels, notamment à partir de Ponts d'Affects partant sur ses difficultés et angoisses au quotidien. L'objectif est, d'une part, de consolider le Soi afin d'améliorer la qualité de la régulation émotionnelle ; d'autre part, d'intégrer certaines expériences douloureuses ou traumatiques encore actives. Nous illustrerons le déroulement de ces séances d'abord par un exemple de séance portant sur un événement ponctuel (Protocole Standard) et ensuite par un protocole de consolidation du Soi (Protocole d'Accordage).

2.3.3 Exemple d'une séance de Protocole Standard, visant à la résorption d'un événement spécifique.

Nous sommes à ce stade à un an et demi de suivi hebdomadaire. Laetitia a fait de nets progrès au niveau de la régulation des émotions : elle n'a plus d'attaques de panique, et presque plus d'angoisses hypocondriaques. Lorsque celles-ci surviennent encore, elle n'est pas massivement envahie comme auparavant : elle ne consulte plus immédiatement aux urgences, n'envoie plus de messages téléphoniques paniqués à ses proches ou à son thérapeute en pleine nuit, même si elle reste très angoissée. A ce moment de la thérapie, Laetitia a reçu 10 séances de consolidation du Soi, 9 séances de travail sur un événement ponctuel et 38 séances d'entretien classique. Nous ne pratiquons pas toujours autant d'entretiens au cours d'une thérapie par ICV, mais Laetitia exprime fréquemment le besoin de ventiler les événements qui sont survenus durant la semaine et les changements qu'elle observe chez elle après les séances d'ICV. Néanmoins, les changements décrits par Laetitia sont typiques de ceux d'autres patients recevant des séances d'ICV avec peu ou pas de séances verbales.

Laetitia constate qu'elle s'attache toujours à des hommes ayant besoin de son aide, qu'elle s'entoure de personnes qu'elle se sent contrainte à « sauver ». Elle a le sentiment de se sacrifier systématiquement pour ses proches, quitte à en pâtir.

Nous partons de la sensation qu'elle éprouve dans sa gorge et sa poitrine à l'évocation de ce problème pour l'explorer à l'aide d'un Pont d'Affect. La focalisation sur ses sensations corporelles, les yeux fermés, proposée par le Pont d'Affect l'amène à l'âge de 7 ans, alors que sa soeur est née récemment. Laetitia ressent une forte angoisse et perçoit sa mère ne parvenant pas à apaiser les pleurs de sa petite soeur bébé. Voici le déroulement de ce protocole :

- a) Nous l'amenons à s'imaginer entrer dans cette scène telle qu'elle est aujourd'hui et à aller prendre soin de la petite Laetitia de 7 ans (partie appelée en ICV le Moi Enfant). Dans son imagerie mentale, le Moi Enfant de 7 ans refuse de quitter la scène pour suivre le Moi Adulte dans le présent, par inquiétude pour sa petite soeur. Nous passons une première fois en revue la Ligne du Temps de la patiente, de l'âge de 7 ans à aujourd'hui. Au niveau subjectif, l'exercice consiste, pour la patiente, à imaginer montrer à son Moi Enfant de 7 ans son histoire, comment elle a grandi pour devenir qui elle est aujourd'hui, tout en maintenant un contact affectueux et bienveillant envers elle. Nous faisons ensuite une courte pause, avant une nouvelle connexion avec le souvenir-source. Notons que, dans ce type de travail en ICV, le thérapeute interagit uniquement avec le patient du présent, jamais directement avec le Moi Enfant.
- b) Retour au souvenir-source : cette fois-ci, Laetitia a des sensations au niveau du plexus. Elle éprouve de l'agressivité pour ses parents de l'époque, que nous

l'invitons à exprimer de manière imaginaire, de son point de vue d'adulte d'aujourd'hui. Puis, nous poursuivons avec une deuxième répétition de la Ligne du Temps. Nous faisons une nouvelle pause, au cours de laquelle Laetitia exprime son indignation et sa colère devant l'incompétence de ses parents.

- c) A la 3^{ème} connexion au souvenir-source, elle ressent un mal de ventre. Elle exprime à nouveau imaginairement sa colère. La relation avec le Moi Enfant est bienveillante, chaleureuse et empathique.
- d) A la 4^{ème} connexion au souvenir-source, Laetitia exprime de la tristesse, de l'impuissance et le sentiment d'abandonner sa soeur. Nous lui proposons d'imaginer que sa sœur d'aujourd'hui vient prendre soin d'elle-même bébé à l'époque, ce qui lui permet d'imaginer quitter la scène et passer en revue une nouvelle fois sa Ligne du Temps. A la pause, le Moi Enfant, dans l'imagerie mentale, demande à son Moi Adulte « si c'est sûr que sa petite sœur comme va bien aujourd'hui ? »
- e) 5^{ème} connexion au souvenir-source, puis nouvelle répétition de la Ligne du Temps. Dans le présent, le ME exprime encore des doutes quant au fait de pouvoir laisser sa sœur derrière elle, mais les sensations corporelles sont moins fortes.
- f) 6^{ème} connexion au souvenir-source : Laetitia ressent de la peine pour sa maman qui est toute seule. Nous réalisons une 6^{ème} répétition de la LT. Dans l'imagerie, le Moi Enfant est content que le Moi Adulte soit là.
- g) 7^{ème} connexion au souvenir-source : des démangeaisons apparaissent au niveau de la tête et de la nuque. Laetitia exprime à nouveau de l'agressivité à l'égard de ses parents, en imaginaire, et son Moi Enfant également. A l'arrivée dans le présent, elle ressent beaucoup d'amour et de tendresse pour son Moi Enfant. Nous mettons fin à la séance par un temps d'échange verbal.

L'objectif de ce travail est d'intégrer un Etat du Moi d'enfant surresponsabilisé par un environnement en difficulté, car cet Etat du Moi semble encore actif aujourd'hui dans la tendance à prendre en charge ses proches. Le fait, pour la patiente, de connecter cet Etat du Moi puis d'imaginer lui montrer la Ligne du Temps permet de connecter ces différents réseaux neuronaux en les faisant décharger ensemble, pour appliquer l'hypothèse de Hebb. L'association de ces réseaux neuronaux par décharge a pour objectif d'en permettre l'intégration.

Le travail réalisé au cours de cette séance semble permettre à Laetitia de se dégager de son urgence incontrôlable à prendre les autres en charge à ses dépens.

Moins d'un mois plus tard, au cours d'une dispute assez violente, elle rompt avec son petit ami qui vivait à ses crochets.

2.3.4 Exemple de travail de consolidation du Soi

Le travail se poursuit, avec une alternance de séances de consolidation du Soi et quelques séances de traitement d'événements anciens, telles que celle décrite ci-dessus, à partir d'un Pont d'Affect basé sur ses difficultés d'aujourd'hui.

Un an plus tard, nous avons réalisé cinq protocoles de consolidation du Soi, sept protocoles de traitement d'un événement unique, dont le traitement de la naissance traumatique et 23 entretiens supplémentaires. Nous nous engageons à nouveau dans une série de protocoles de consolidation du Soi. Dans ce cas, il s'agit de partir des toutes premières expériences d'attachement insécure, en faisant imaginer à la patiente qu'elle est un bébé de 15 jours, c'est-à-dire dépendante et vulnérable, dans l'environnement dans lequel elle était à l'époque (Protocole d'Accordage).

- a) Cette situation suscite immédiatement chez Laetitia des sensations d'oppression dans la poitrine et d'angoisse, qui lui sont familières par ailleurs dans sa vie quotidienne. Nous lui faisons imaginer que la thérapeute vient la chercher dans le passé, la prend dans ses bras en tant que bébé, accompagnée de son Moi Adulte, pour l'emmener dans le présent afin de lui montrer que le temps a passé, tout en prodiguant à ce bébé l'attention, les soins, le portage, le calme et l'affection nécessaires à cet âge. En cherchant à développer au maximum la sensation d'être portée par un thérapeute bienveillant et accordé, nous déroulons les stades du développement qu'elle a traversés ensuite (soulever la tête, se retourner, ramper, etc.) pour poursuivre avec la Ligne du Temps de ses souvenirs jusqu'au présent. L'objectif est double : permettre de « dater », dans l'expérience psycho-corporelle les sensations émanant de la mémoire implicite de la période de 15 jours ; fournir à la patiente une expérience réparatrice d'attachement sécuritaire par la sensation imaginée d'être le bébé porté de façon accordée par le thérapeute. Nous en sommes à la douzième séance de ce type depuis le début de la thérapie. Au cours des premières séances de ce type, l'angoisse était plus importante et s'accompagnait d'une certaine agitation chez Laetitia. Aujourd'hui, elle se sent oppressée au départ, mais se relâche dès qu'elle se sent portée en tant que bébé par la thérapeute. Nous traversons trois répétitions de la Ligne du Temps et la patiente termine en se sentant apaisée, avec, dit-elle, la sensation d'être « blottie ».
- b) A la séance suivante, la connexion avec la sensation d'avoir 15 jours dans sa famille d'origine suscite encore de l'anxiété, mais celle-ci est décrite comme moindre que lors de la séance précédente. Le premier passage de la Ligne du Temps amène Laetitia à se sentir beaucoup plus détendue, même si elle constate une tension dans son diaphragme lors du passage de certains souvenirs. Emergent ensuite, à la deuxième connexion à l'âge de 15 jours, une sensation de chute, de vide et de solitude. Deux répétitions supplémentaires de la Ligne du Temps l'amènent à réaliser à quel point ses parents sont peu affectueux, au contraire de sa grand-mère paternelle.
- c) A la suite de cette séance, Laetitia a une résurgence de craintes hypocondriaques qui la traversent, mais sans éprouver le besoin de consulter ou de solliciter la réassurance d'un proche ou de la thérapeute. De telles réactivations surviennent parfois dans les heures et jours qui suivent une séance, pour ensuite s'apaiser et déboucher, semble-t-il, sur une réorganisation meilleure.
- d) Nous proposons une 14^{ème} séance de ce Protocole d'Accordage (consolidation du Soi en partant à l'âge de 15 jours) : la sensation de vertige et d'oppression est toujours présente au départ. Au cours de cette séance, nous réalisons à nouveau trois répétitions de la Ligne du Temps, qui sont marquées par des sensations de ne pas être tenue, une envie de pleurer et un sentiment de solitude. A nouveau, des démangeaisons apparaissent.
- e) L'après-coup semble avoir été moins marqué que lors de la séance précédente. Laetitia dit profiter davantage de son temps libre et ne pas avoir à « remplir » son temps systématiquement comme avant. Elle a de nouveaux projets personnels et se réalise dans de nouvelles activités artistiques.
- f) Lors de la 15^{ème} séance de Protocole d'Accordage, l'oppression du démarrage est légère et le tonus postural de Laetitia commence à se relâcher. Au cours de la deuxième répétition, elle est obligée de s'installer différemment car elle est tellement détendue qu'elle pourrait tomber du siège. Elle se sent à la fois bébé

porté dans les bras de la thérapeute, ce qu'elle ressent comme très agréable, et adulte, dans l'ici et maintenant. Une sensation de continuité identitaire semble évidente pour Laetitia entre ces deux états. Son relâchement corporel est tel qu'elle a en effet l'apparence d'un bébé bienheureux, totalement en confiance.

L'objectif de ce travail de consolidation du Soi par le protocole d'Accordage en ICV est de fournir et intégrer par la répétition de la Ligne du Temps suffisamment d'expériences d'apaisement au patient, qui s'imagine bébé dans les bras d'une personne sécurisante. La réactivation des sensations d'être un bébé vulnérable et dépendant associée à l'expérience de s'imaginer être porté de façon sécurisée permettent, d'après l'ICV, d'intégrer les états précoces d'insécurité de l'attachement et de consolider peu à peu l'expérience d'un attachement sécurisé acquis. Il s'agit de donner, à travers une interaction imaginaire répétée, l'expérience d'apaisement physiologique qui a fait défaut dans l'interaction précoce, en se basant sur le constat qu'une activité imaginée active les mêmes zones cérébrales qu'un mouvement réel (Pascual-Leone, 1995). L'objectif est que le patient puisse se procurer son propre apaisement et sa propre auto-régulation lui-même, dans le présent ; être moins dissocié et disposer d'une meilleure capacité d'auto-régulation émotionnelle. Ici, l'accroissement de la capacité d'auto-régulation de Laetitia semble consécutive à cette expérience d'apaisement croissante en séance d'ICV. Elle peut développer progressivement sa capacité à s'apaiser elle-même. C'est un résultat que nous observons empiriquement de manière récurrente avec ce type de travail à partir des stades précoces du développement en ICV.

Les sensations de la patiente au cours des séances ainsi que son évolution durant et en-dehors des séances sont ainsi assez typiques du travail de consolidation du Soi pouvant être proposé en ICV. L'accroissement de l'autonomie, de la régulation émotionnelle et une meilleure prise en compte de soi-même et de ses besoins découlent souvent de ce type de séances. Plus intéressant encore, les patients expriment fréquemment le sentiment de se sentir plus « eux-mêmes », plus « unifiés », d'avoir davantage de cohérence entre leurs différentes facettes et les différents êtres-au-monde qui composent leur quotidien (vie professionnelle, privée, familiale...), allant dans le sens d'un Soi plus solide, permettant un sentiment d'identité plus cohésif. C'est à ce titre que l'ICV est employée comme une thérapie des troubles dissociatifs, dans des tableaux cliniques dissociatifs ou traumatiques plus sévères que celui de Laetitia (Smith, 2017).

Conclusion

La clinique met en évidence des améliorations substantielles permises par la thérapie par ICV, notamment dans le sens d'une meilleure solidité du Soi avec accroissement de la régulation émotionnelle, et diminution de l'anxiété et des troubles de l'attachement. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils surviennent également chez des patients réputés difficiles ou résistants à d'autres approches, y compris médicamenteuses (troubles de la personnalité borderline, stress post-traumatique complexe, addictions, troubles bipolaires, ESPT, troubles anxieux sévères, auto-agressivité, dissociation...). Au stade actuel de développement de l'ICV, il serait utile de déployer des recherches permettant de démontrer l'efficacité de cette approche, de mieux en comprendre le fonctionnement et d'en détailler les composantes thérapeutiques.

Références bibliographiques

- Bick, M., & Harris M. (1998). *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*. Larmor-Plage : Editions du Hublot.
- Binet E., & Tarquinio C. (2016). Intérêt et limites de l'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration) auprès d'adultes victimes du Syndrome de Munchausen par procuration pendant leur enfance, *Evol. Psychiatr.*, 81, 625-640.
- Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Bowlby, J. (1969, nouvelle édition 1984). *Attachment and Loss*. London : Penguin Books.
- Carlson, E.A., Yates, T.M., & Sroufe, L.A. (2009). Dissociation and the development of the Self. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 39-52). New York : Routledge.
- Ciccone, A. (2011). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A., & Lhôpital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Nouvelle édition. Paris : Dunod.
- Clément, C. (2016). Traitement des troubles de l'attachement. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 94-103). Paris : Dunod.
- Clément C., Smith J. & Bernardo D. (2012), « Intégration du Cycle de la Vie : thérapie des troubles de l'attachement, de la dissociation et du trauma ». In R. Coutanceau & J. Smith et S. Lemitre (Eds.), *Trauma et résilience* (pp. 293-304). Paris : Dunod.
- Cowan C.S.M., Callaghan B.L. & Richardson R. (2013). Acute Early-Life Stress Results in Premature Emergence of Adult-Like Fear Retention and Extinction Relapse in Infant Rats. *Beh. Neurosci.*, 127 (5), 703–711.
- Cozolino, L. (2016). *Why therapy works. Using our minds to change our brains*. New York : Norton.
- Damasio, A.R. (2002). *Le sentiment même de soi. Corps, émotion, conscience*. Paris : Odile Jacob.
- Dutra, L., Bureau, J.F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 197(6): 383–390.
- Egeland, B., Carlson, E. & Sroufe, L.A. (1993). Resilience as a process. *Dev. and psychopathol.*, 5, 517-528.
- Fish, E.W., Shahrokh, D., Bagot, R., Caldji, C., Bredy, T., Szyf, M. & Meaney, M.J. (2004). Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1036:167-80.
- Glover, V. (2011). The Effects of Prenatal Stress on Child Behavioural and Cognitive Outcomes Start at the Beginning, in stress and pregnancy (prenatal and perinatal). *Encyclopedia on early childhood development*.
- Janner Steffan, A. (2016). Traitement de la dissociation chez l'enfant avec l'ICV. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 218-229). Paris : Dunod.
- Johnson S., & Marlow N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders, *Pediatr. Res.*, 69 (5) 11-18.
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 53-66). New York : Routledge.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schude, M.R. & Bianchi, I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation : Relational Adaptations or Traumatic Experiences ? *Psychiatr. Clin. North Am.* 2006 March ; 29 (1): 63–80.
- Maroney, D. I. (2003). Recognizing the potential effect of stress and trauma on premature infants in the NICU : How are outcomes affected ? *J. of Perinatol.* 23:679–683.
- Pace, P. (2014). *Pratiquer l'ICV*. Paris : Dunod.

- Pace, P. et Smith, J. (2011). L'Intégration du Cycle de la Vie : une technique permettant de mettre fin au cycle de la violence familiale. In R. Coutanceau & J. Smith (Eds.), *Violence et famille* (pp. 305-313). Paris : Dunod.
- Page, G.G. (2004). Are there long-term consequences of pain in newborns and very young infants ? *J. Perinat. Educ.*, 13(3) 10-17.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. New York : Oxford University Press.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain : How "states" become "traits". *Infant Ment. Health J.*, 16, 271-291.
- Pascual-Leone, A., Nguyet, D., Cohen L.G., Brasil-Neto, J.P., Cammarota, A. & Hallett, M. (1995). Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *J. Neurophysiol.*, 74(3):1037-45.
- Schore, A. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment. Health J.*, 22, 201-269.
- Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and the disorders of the Self*. New York : Norton.
- Schore, A. (2009). Attachment trauma and the developing right brain : Origins of pathological dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 185-196). New York : Routledge.
- Schwartz, R. (2009). *Système familial intérieur : blessures et guérison. Un nouveau modèle de psychothérapie*. Paris : Elsevier.
- Siegel, D. (2012). *The developing mind*. New York : Guilford.
- Smith, J. (2013). Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique. In R. Coutanceau & J. Smith (Eds.), *Troubles de la personnalité* (pp. 347-355). Paris : Dunod.
- Smith, J. (2016a, Ed.). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Paris : Dunod.
- Smith, J. (2016b). L'ICV comme traitement novateur des victimes et témoins de violences conjugales. In R. Coutanceau & M. Salmona (Eds.), *Violences conjugales et familiales* (pp. 94-97). Paris : Dunod.
- Smith, J. (2016c). L'Intégration du Cycle de la Vie pour traiter les traumatismes chez les auteurs et les victimes de violences. In R. Coutanceau, C. Damiani & M. Lacambre (Eds.), *Victimes et auteurs de violences sexuelles* (pp. 137-142). Paris : Dunod.
- Smith, J. (sept. 2017, à paraître, Ed.). *Cas cliniques en ICV*. Paris : Dunod.
- Somhovd, M. J., Hansen, B. M., Brok, J., Esbjorn, B., & Greisen, G. (2012). Anxiety in adolescents born preterm or with very low birthweight : a meta-analysis of case-control studies. *Dev. Med. & Child Neurol.* 2012, 54, 988-994.
- Spitz, R. A. (Trad. fr. 1949). *Hospitalism*, 1945. *R.F.P.*, XIII, 397-425.
- Thorpe, C. (2016). *Les stratégies thérapeutiques de l'ICV*. Paris : Dunod.
- Thorpe, C. (2014). Changer les schémas relationnels destructeurs par l'Intégration du Cycle de la Vie. In R. Coutanceau & J. Smith (Eds.), *Violences psychologiques* (pp. 252-260). Paris : Dunod.
- Talge, N.M., Neal, C., & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why? *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 48(3-4):245-61.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Can. Psychol.*, 26(1), 1-12.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The impact of event scale - revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York : Guilford Press.

van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. USA : Viking Penguin.
Winnicott, D.W. (1976). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Psychothérapie du trauma et des troubles dissociatifs par l'Intégration du Cycle de la Vie : présupposés théoriques et applications cliniques

Dissociation; trauma; Intégration du Cycle de la Vie; psychothérapie; Soi; régulation émotionnelle; troubles anxieux; trouble panique

Abstract :

L'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration, Pace, 2014) est actuellement employée comme approche psychothérapeutique du trauma, des troubles anxieux et des troubles dissociatifs. L'objectif du présent article est d'en exposer les présupposés théoriques et les applications cliniques, en les illustrant à l'aide d'un cas clinique.

Les présupposés théoriques de l'ICV se basent sur les découvertes portant sur le développement cérébral, la régulation émotionnelle et la construction du Soi au cours des toutes premières années de vie (Schore, 2003). Les différents protocoles employés en ICV visent soit à intégrer des expériences traumatiques ou douloureuses ponctuelles, soit à réparer les blessures d'attachement pour consolider le Soi et la qualité de la régulation émotionnelle.

L'étude d'un cas clinique développe ces deux applications ainsi que leurs résultats positifs dans le cas d'une femme de 28 ans souffrant d'attaques de panique et d'hypochondrie.

L'ICV est une approche thérapeutique prometteuse des troubles dissociatifs ou post-traumatiques et nécessite d'être étudiée plus avant par la recherche.

English abstract :

Lifespan Integration (LI, Pace, 2014) is currently being used as a psychotherapy for trauma, anxiety disorders and dissociative disorders. The aim of this article is to describe the theoretical background and clinical applications of LI, with the help of a clinical case.

Theoretical background for LI is based on research on brain development, emotional regulation and the construction of the Self during the first years of life (Schore, 2003). The different protocols used in LI aim either at integrating a specific traumatic or painful experience or at repairing attachment wounds to strengthen the Self and quality of emotional regulation.

A clinical case study develops both applications and their positive results in a 28 year old woman suffering from panic attacks and hypochondriac anxiety.

LI is a promising therapeutic approach for dissociative and post-traumatic disorders and needs further studies.

Introduction

La thérapie par Intégration du Cycle de la Vie (ICV, traduction de lifespan Integration) est une psychothérapie psycho-corporelle récente, de 3^{ème} génération, développée à partir de 2002 par Peggy Pace (Pace, 2014). Cette psychothérapie emploie un outil original, la Ligne du Temps, constitué d'une liste chronologique de souvenirs de la vie du patient, permettant d'activer différents Etats du Moi à travers le temps, en association à l'utilisation de l'imagerie mentale. Son objectif est de permettre l'intégration psychique des expériences auto-biographiques, notamment traumatiques et / ou précoces. Elle se présente donc comme une prise en charge possible des troubles dissociatifs, des syndromes psycho-traumatiques et des troubles de l'attachement. Dans le présent

61
62
63 article, nous exposerons les bases théoriques sous-jacentes à l'ICV, permettant de
64 conceptualiser ses effets thérapeutiques. Nous décrirons différentes modalités
65 d'application de l'ICV, que ce soit dans le traitement d'événements traumatiques uniques
66 ou dans la consolidation du Soi, à des fins de réduction de la symptomatologie
67 dissociative. Nous illustrerons celles-ci à partir d'un cas clinique et terminerons par les
68 perspectives de recherche et de validation de cette approche.
69
70

71 1. Bases théoriques

72 1.1 La capacité d'auto-guérison du cerveau

73 L'ICV se base sur les mêmes données neurobiologiques ayant amené au modèle TAI
74 (Traitement Adaptatif de l'Information) en EMDR. Le postulat sous-jacent est que le
75 cerveau présente des capacités spontanées à l'auto-guérison, qui sont entravées lors des
76 processus traumatiques ou dissociatifs, et qui peuvent reprendre grâce à une
77 intervention thérapeutique appropriée.

78 Les avancées de ces dernières années en neurosciences ont permis de comprendre le
79 phénomène de la mémoire traumatique comme résultant d'un défaut d'intégration de
80 l'expérience traumatique, qui entrave la datation de cette dernière (pour une synthèse,
81 voir van der Kolk, 2014). Il semble que ce soit particulièrement l'hippocampe qui réalise,
82 notamment au cours du sommeil, la tâche d'intégration spatio-temporelle des souvenirs.
83 Lorsque ce travail d'intégration est mis en défaut, l'expérience traumatique reste non
84 datée et déclenche le système de stress lorsqu'elle est activée.

85 En effet, habituellement, le fonctionnement cortical est hiérarchiquement supérieur aux
86 fonctionnements limbique et reptilien, qu'il module. Néanmoins, face à une expérience
87 de danger, les réactions des cerveaux reptilien et limbique vont l'emporter sur le
88 fonctionnement cortical : les réactions réflexes de ces deux modes de fonctionnement
89 cérébraux sont beaucoup plus rapides et efficaces face au danger que le processus
90 cortical, d'ordre réflexif. Les réponses face au stress sont la fuite, le combat ou, au cas où
91 ces deux réponses seraient impossibles ou inefficaces, le figement. Une fois le danger
92 terminé, le développement d'une réaction psychopathologique dépendra de la capacité
93 de l'individu à reprendre contrôle sur son expérience, au niveau cortical, et à intégrer
94 que le danger est écarté. Cette reprise du contrôle cortical sur les cerveaux limbique et
95 reptilien implique une intégration de l'expérience traumatique et l'orientation de celle-ci
96 dans le temps (un début, un déroulement, une fin) et dans l'espace.

97 Faute d'avoir correctement intégré l'expérience traumatique en la situant dans l'espace
98 et le temps, le cerveau continue de réagir comme si l'événement traumatique avait
99 encore lieu, déclenchant une réponse de stress. La mémoire de l'expérience traumatique
100 suscite les mêmes réactions physiologiques, émotionnelles et comportementales en cas
101 de réactivation que la situation de menace réelle qui en est à l'origine. Par exemple, une
102 victime d'accident de voiture peut trembler et voir son rythme cardiaque augmenter
103 lorsqu'elle tente de reprendre le volant, même des mois après la fin de l'accident auquel
104 elle a survécu et ce, malgré toutes les tentatives de contrôle « rationnel » / cortical
105 qu'elle tente de mettre en oeuvre.
106

107 En outre, la mémoire traumatique semble essentiellement liée à une activité de
108 l'hémisphère droit, avec extinction de l'aire de Broca. Il s'agit d'une expérience
109 éminemment sensorielle, corporelle, difficile à exprimer avec des mots : « Le trauma, par
110 nature, nous amène aux limites de la compréhension, nous coupant du langage basé sur
111 l'expérience commune ou sur un passé imaginable » (van der Kolk, 2014¹).
112
113
114

115
116 ¹ Traduction personnelle
117
118
119
120

121
122
123 L'expérience traumatique représente donc un double défi en termes d'intégration : elle
124 nécessite une intégration entre les différents niveaux cérébraux (cortical, limbique,
125 reptilien) et entre les deux hémisphères. Or, la littérature a mis en évidence comment se
126 développe cette capacité d'intégration à partir des expériences de régulation
127 émotionnelle par les figures d'attachement au cours des toutes premières années de la
128 vie.
129
130

131 1.2 Développement cérébral précoce, attachement et régulation émotionnelle

132 Il semble que ce soit la répétition d'expériences précoces d'apaisement physiologique
133 face au danger qui permette au cerveau de développer ses capacités d'intégration et de
134 reprise de contrôle cortical. Ces expériences précoces s'appuient initialement sur la co-
135 régulation émotionnelle par les figures d'attachement à travers un attachement sécurisé,
136 en particulier jusqu'à 2 ans (Schoore, 2003). Ces mécanismes expliquent la corrélation
137 entre résilience et attachement sécurisé.
138

139 En effet, les premières années de la vie sont une période au cours de laquelle se jouent à
140 la fois :

- 141 - Un développement important au niveau cérébral, la taille du cerveau étant
142 multipliée par trois au cours des 5 premières années de vie (Maroney, 2003) ;
- 143 - Le développement des zones cérébrales impliquées dans la détection et la
144 réponse au danger, la régulation émotionnelle, l'attention, la conscience de soi,
145 l'empathie et l'identification à autrui (Schoore, 2003 ; Siegel, 2012), en particulier
146 dans l'hémisphère droit qui se développe beaucoup au cours de cette période,
147 bien avant l'hémisphère gauche.
- 148 - Les premières expériences d'attachement (Bowlby, 1969/1984) permettant la
149 mise en place d'un style d'attachement (sécurisé ou non).
150

151 Au cours de cette période cruciale du développement cérébral, l'expérience a un impact
152 sur la structuration cérébrale elle-même : « states become traits », selon l'expression
153 consacrée de Perry (1995). Le caractère décisif de cette période développementale a
154 également été testé de manière expérimentale chez l'animal. Les études portant sur
155 l'impact des ruptures d'attachement sur la régulation émotionnelle de différents
156 mammifères sont nombreuses et variées. Par exemple, chez le rat, l'intensité du léchage
157 maternel au cours des 12 premières heures de vie affecte de manière permanente la
158 réaction chimique cérébrale au stress : les rats ayant le moins bénéficié de ce léchage
159 présentent plus de comportements peureux, produisent plus d'hormones de stress et se
160 rétablissent moins bien après une maladie que les rats ayant bénéficié d'un léchage plus
161 long, et cet effet dure sur l'échelle de leur vie (Fish et al., 2004). Cowan & al. (2013) ont
162 également mis en évidence une augmentation de la peur chez les rats déprivés de leur
163 mère pendant 24h à l'âge de 9 jours, période qui serait critique pour le développement
164 cérébral chez les rats.
165

166 Chez l'être humain, depuis les travaux de Spitz (1945), les études portant sur le devenir
167 de bébés déprivés émotionnellement ou traumatisés confirment l'importance du bon
168 développement cérébral au cours de la période préverbale pour la régulation
169 émotionnelle ultérieure. Ces études mettent notamment en évidence une fréquence
170 accrue des troubles anxieux et des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité
171 chez les sujets ayant rencontré des épreuves traumatiques au cours de leur
172 développement précoce, soit avant l'âge de 2-3 ans (Maroney, 2003 ; Glover, 2011 ;
173 Johnson & Marlow, 2011 ; Somhovd et al., 2012). Par exemple, dans le cas de la
174 prématurité, qui implique de multiples interventions médicales quotidiennes, le plus
175
176
177
178
179
180

181
182
183 souvent douloureuses et à fort potentiel traumatique, les études longitudinales
184 indiquent une plus grande prévalence de troubles anxieux, de TDAH et de troubles du
185 spectre autistique, durant l'enfance et à l'âge adulte, que chez des enfants nés à terme
186 (Maroney, 2003 ; Page, 2004 ; Johnson & Marlow, 2011 ; Somhovd et al., 2012).

187 Les processus précoces d'intégration de l'expérience, en particulier traumatique,
188 s'appuient sur l'expérience d'apaisement régulier apporté par une relation sécurisée à une
189 figure d'attachement et permettent la construction d'un Soi solide, qui va peu à peu
190 affranchir le tout-petit de sa dépendance à sa figure d'attachement pour sa régulation
191 émotionnelle.
192
193

194 1.3 La construction du Soi et la régulation émotionnelle

195 Selon la formule d'Hermann Hesse (cité par Schwartz, 2009), « il semble que ce soit un
196 besoin impérieux et inné pour les hommes de se considérer soi-même en tant qu'unité.
197 Bien que souvent mise à mal, cette illusion se perpétue ». Il semblerait que cette
198 assertion humoristique ait pressenti les découvertes neurobiologiques mises à jour au
199 cours des vingt dernières années. Ainsi, d'après Siegel (2012), « l'idée d'un "Soi" unitaire,
200 continu, est en réalité une illusion que nos esprits tentent de créer ». Cette illusion n'en
201 est pas moins indispensable à la santé mentale, du fait qu'elle génère un effort continu
202 de connexion et d'intégration entre des expériences cognitives, émotionnelles et
203 corporelles liés à des États du Moi disparates. L'expérience du Soi correspond,
204 subjectivement, au sentiment de son identité propre (unicité et appartenance) à travers
205 le temps et l'espace, permis par la conscience auto-noétique (Tulving, 1985).

206 La construction puis le travail constant du Soi permet une illusion de continuité
207 identitaire à travers le temps. Cette capacité d'intégration semble se développer à partir
208 de la co-construction précoce du récit auto-biographique, en s'appuyant sur les figures
209 d'attachement. Ainsi, « le langage et l'interaction interpersonnelle permettent la création
210 d'un récit narratif et d'un échange verbal qui connecte l'expérience au Soi et permet
211 l'intégration des affects, des pensées et de l'information sensorielle » (Carlson, Yates &
212 Sroufe, 2009).
213

214 Le rôle du Soi est donc de permettre la régulation émotionnelle et le sentiment de
215 cohésion et de continuité identitaire par l'intégration neuronale de l'expérience.
216

217 Au niveau physiologique, l'enfant s'harmonise au rythme cérébral de sa figure
218 d'attachement, et cette synchronisation est enregistrée dans les schémas de décharge
219 des régions limbiques sensibles au stress dans l'hémisphère droit du tout-petit, en
220 pleine croissance (Schore, 2003). Lorsque le rythme cérébral de la figure d'attachement
221 est dérégulé (traumatisme psychique, dissociation, notamment), l'enfant enregistre
222 cette dérégulation dans ses propres schémas de régulation du stress, en construction.
223 Ceci éclaire comment la présence de traumatismes non résolus chez le parent prédit la
224 désorganisation de l'attachement chez l'enfant (Liotti, 2009).
225

226 Paradoxalement, le domaine de la psychothérapie s'est assez peu intéressé au
227 traitement de ces expériences précoces pourtant décisives, bien que décrites de longue
228 date par la psychanalyse (Spitz, 1945 ; Winnicott, 1976 ; Bion, 1979 ; Harris & Bick,
229 1998 ; Ciccone et Lhôpital, 2001 ; Ciccone, 2011). Ceci est sans doute lié au caractère
230 verbal de la plupart des psychothérapies, rendant peu accessibles à la thérapie les
231 expériences non-verbales propres au développement des trois premières années de vie,
232 malgré leur importance décisive. Cela est sans doute également lié à l'ignorance des
233 mécanismes neurobiologiques sous-jacents, jusque dans les années 1990. L'avancée
234 dans le domaine des neurosciences et l'étude de la neurobiologie interpersonnelle
235
236
237
238
239
240

241
242
243 (Siegel, 2012) a permis le développement d'interventions thérapeutiques plus précises
244 et l'émergence d'interventions thérapeutiques nouvelles pour traiter le trauma et la
245 dissociation (Smith, 2016a). L'ICV en fait partie.
246
247

248 2 Fonctionnement de la thérapie par Intégration du Cycle de la Vie (ICV)

249 Les séances d'Intégration du Cycle de la Vie se déroulent par l'intermédiaire de
250 protocoles qui varient selon l'indication et le type de travail à accomplir. Ces protocoles
251 s'appliquent tant aux enfants, aux adolescents qu'aux adultes et se répartissent
252 globalement en deux catégories : les protocoles consistant à l'intégration d'un
253 événement unique, et les protocoles ayant pour objectif de consolider le Soi.
254

255 La séance, d'une durée d'une heure à une heure et demi environ, se compose d'un
256 certain nombre de répétitions de la Ligne du Temps (généralement entre 5 et 12), à
257 partir de l'événement ciblé, jusqu'au présent. Cette Ligne du Temps (LT) est composée
258 d'au moins 12 à 15 souvenirs et peut couvrir une durée variable de la vie du patient (de
259 quelques heures ou quelques jours dans le traitement des événements récents à
260 plusieurs années). Elle peut s'associer, en fonction des besoins, à une imagerie mentale
261 incitant le patient d'aujourd'hui à imaginer prendre soin de son Moi du passé.
262
263

264 2.1 Les protocoles de traitement d'un événement unique ou traumatisme simple

265 Ces protocoles consistent à activer le souvenir douloureux puis à prouver au système
266 corps-esprit du patient que le temps a passé, par l'expérience psycho-corporelle de la
267 Ligne du Temps (LT), et grâce à l'accordage émotionnel du thérapeute. Ils visent à
268 intégrer un événement unique, que ce dernier suscite un TSPT caractérisé (Protocole
269 TSPT) ou des séquelles post-traumatiques autres comme un TSPT incomplet, des
270 phobies, d'autres troubles anxieux, ou encore la dépression (Protocole Standard).
271

272 L'intensité émotionnelle ressentie par le patient lorsque le souvenir est réactivé diminue
273 rapidement au cours de la LT et au cours des répétitions. L'objectif est de permettre au
274 patient de « sentir » que l'événement traumatique est terminé au lieu de simplement le
275 « savoir » rationnellement. La Ligne du Temps semble faire expérimenter au patient
276 l'expérience *corporelle* de ce temps qui a passé. L'attention est constamment portée sur
277 le maintien du patient dans sa fenêtre de tolérance, afin d'éviter toute retraumatisation.
278 L'accélération de la Ligne du Temps et l'ancrage corporel dans le présent sont les
279 principaux outils permettant d'éviter les abréactions. Ceux-ci sont efficaces grâce à
280 l'accordage du thérapeute à l'état émotionnel de son patient, composante fondamentale
281 de l'ICV, quel que soit le protocole employé.
282

283 L'ICV étant une découverte récente, peu d'études publiées se sont penchées sur sa
284 validation pour l'instant. Citons néanmoins l'étude de Balkus, menée aux Etats-Unis
285 auprès de 17 femmes victimes de traumatismes psychiques et hébergées dans un centre
286 de traitement résidentiel pour femmes (cité par Thorpe, 2014). Il a été administré l'IES
287 (Weiss & Marmar, 1997) avant deux séances d'ICV portant sur un épisode traumatique
288 (T1), après la fin de la deuxième séance (T2) et un mois après la fin de la deuxième
289 séance (T3). La moyenne des scores d'intrusion et d'évitement à l'IES passe d'environ 28
290 à 6/32 entre T1 et T2, et est à 3,7 à T3, sans intervention entre T2 et T3. Les résultats de
291 cette étude exploratoire sont encourageants et doivent être approfondis par l'étude de
292 l'efficacité des différents protocoles de traitement d'un événement unique par l'ICV.
293
294

295 2.2 Les protocoles de consolidation du Soi

296
297
298
299
300

301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327

Les protocoles de consolidation du Soi visent à développer les capacités de régulation émotionnelle chez des patients présentant des troubles dissociatifs, des troubles anxieux, des difficultés de modulation émotionnelle (colère, tristesse, peur), des comportements impulsifs (passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs) ou une faible estime de soi. Ils utilisent l'imagerie mentale pour proposer au patient des expériences correctrices d'attachement et de régulation émotionnelle. L'hypothèse sous-jacente est que la répétition de ces expériences au fil des séances va permettre la consolidation et l'intégration neuronale d'une expérience nouvelle qui va peu à peu l'emporter sur l'expérience infantile, débouchant sur des comportements plus appropriés dans le présent, et une sécurité de l'attachement plus grande.

315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327

Les effets de ces protocoles de consolidation du Soi ont été décrits dans deux ouvrages (Pace, 2014 ; Thorpe, 2014), plusieurs chapitres d'ouvrages (Smith & Pace, 2011 ; Clément, Smith, Bernardo, 2012 ; Thorpe, 2013 ; Smith, 2014a et 2014b ; Smith 2015 ; Clément, 2016 ; Janner Steffan, 2016 ; Smith, 2016a, 2016b et 2016c) et un article (Binet & Tarquinio, 2016), mais nécessitent d'être éprouvés scientifiquement afin de démontrer leur efficacité. Plusieurs études sont actuellement en cours dans cette perspective.

323
324
325
326
327

Les effets de ces protocoles tels qu'ils sont décrits dans la littérature, vont notamment dans le sens d'une meilleure régulation émotionnelle, une diminution des tendances dissociatives, un développement du sentiment de cohésion identitaire et un accroissement de la sécurité de l'attachement.

328 2.3 Illustration par une vignette clinique

329 2.3.1 Anamnèse

330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360

Laetitia est âgée de 28 ans et consulte depuis dix ans pour des attaques de panique et des tendances hypochondriaques prononcées, s'accompagnant de nombreuses consultations aux urgences sans causes somatiques avérées. Elle a tenté une psychothérapie analytique et une TCC sans grande amélioration, d'après elle, si ce n'est qu'elle identifie mieux ses problèmes comme ayant une cause psychologique (en-dehors des crises néanmoins, car durant les crises elle est généralement convaincue de la réalité d'un trouble somatique grave). Elle présente également des troubles de l'attachement ; sa vie amoureuse est caractérisée par une succession de conquêtes peu durables, passionnelles, parfois émaillées d'épisodes de violence conjugale. Laetitia exprime une peur d'être abandonnée et de ne pas pouvoir être aimée comme elle est.

341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360

Elle consulte pour une psychothérapie par ICV, après un nouveau bilan somatique sans troubles identifiés autres qu'un reflux gastro-oesophagien déjà diagnostiqué et traité.

343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360

Son anamnèse est la suivante : Laetitia est un enfant désiré, issu de deux parents très jeunes (20 ans) ; elle est née aux forceps ; la naissance est décrite par la mère comme traumatique.

347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360

L'enfance est marquée par l'indisponibilité parentale : les parents étant très jeunes, Laetitia partage son quotidien entre ses grands-parents paternels, avec lesquels elle vit principalement, et ses parents, qui la retrouvent certains soirs et week-ends. Le père est décrit comme tyrannique, intrusif et chroniquement anxieux, et semble se mettre constamment en échec. La mère présente des phobies invalidantes, notamment du sang, des piqûres et des hôpitaux. Elle est globalement décrite comme égocentrée et émotionnellement indisponible. Lorsque Laetitia est hospitalisée 10 jours suite à une chute d'une hauteur importante, à l'âge de 6 ans, sa mère ne peut lui rendre visite durant son hospitalisation, du fait de ses phobies. Aujourd'hui, lorsque Laetitia évoque cet

361
362
363 épisode avec sa mère, cette dernière se plaint de la détresse qu'elle a pu ressentir à
364 l'hospitalisation de sa fille, sans aucun recul quant à ce que Laetitia a pu traverser de son
365 côté.

366
367 A 11 ans, Laetitia est victime d'agressions sexuelles (attouchements) de la part d'un
368 cousin plus âgé. Elle n'en a jamais parlé à sa famille à ce jour.

369 Laetitia a une soeur de 7 ans sa cadette, présentant des troubles très similaires (troubles
370 anxieux importants, attaques de panique notamment). Laetitia a un master en
371 communication et présente un niveau intellectuel supérieur à la moyenne.

372 Au total, Laetitia présente des difficultés importantes de régulation émotionnelle,
373 notamment sous forme d'attaque de panique. Dans son anamnèse, plusieurs facteurs de
374 risques sont susceptibles d'y concourir : la naissance traumatique, le jeune âge et le
375 caractère inexpérimenté de ses parents à sa naissance, la rupture partielle
376 d'attachement liée au fait de vivre principalement avec ses grands-parents et les
377 difficultés de régulation émotionnelle (troubles anxieux) des deux parents. Laetitia
378 semble également avoir besoin d'intégrer certains événements de vie encore
379 bouleversants pour elle, notamment l'agression sexuelle subie à l'âge de 11 ans.

380 Le travail commence donc par une alternance de quelques séances de protocoles de
381 consolidation du Soi et de séances de traitement d'événements ponctuels, notamment à
382 partir de Ponts d'Affects partant sur ses difficultés et angoisses au quotidien. Nous
383 illustrerons le déroulement de ces séances d'abord par un exemple de séance portant
384 sur un événement ponctuel (Protocole Standard) et ensuite par un protocole de
385 consolidation du Soi (Protocole d'Accordage).

388 2.3.2 Exemple d'une séance de Protocole Standard, visant à la résorption d'un 389 événement spécifique.

390 Nous sommes à ce stade à un an et demi de suivi hebdomadaire. Laetitia a fait de nets
391 progrès au niveau de la régulation des émotions : elle n'a plus d'attaques de panique, et
392 presque plus d'angoisses hypocondriaques. Lorsque celles-ci surviennent encore, elle
393 n'est pas massivement envahie comme auparavant : elle ne consulte plus
394 immédiatement aux urgences, n'envoie plus de messages téléphoniques paniqués à ses
395 proches ou à son thérapeute en pleine nuit, même si elle reste très angoissée. A ce
396 moment de la thérapie, Laetitia a reçu 10 séances de consolidation du Soi, 9 séances de
397 travail sur un événement ponctuel et 38 séances d'entretien classique. Nous ne
398 pratiquons pas habituellement autant d'entretiens au cours d'une thérapie par ICV, mais
399 Laetitia exprime fréquemment le besoin de ventiler les événements qui sont survenus
400 durant la semaine et les changements qu'elle observe chez elle après les séances d'ICV.

401 Laetitia constate qu'elle s'attache toujours à des hommes ayant besoin de son aide,
402 qu'elle s'entoure de personnes qu'elle se sent contrainte à « sauver ». Elle a le sentiment
403 de se sacrifier systématiquement pour ses proches, quitte à en pâtir.

404 Nous partons de la sensation qu'elle éprouve dans sa gorge et sa poitrine à l'évocation
405 de ce problème pour l'explorer à l'aide d'un Pont d'Affect. La focalisation sur ses
406 sensations corporelles, les yeux fermés, proposée par le Pont d'Affect l'amène à l'âge de
407 7 ans, alors que sa soeur est née récemment. Laetitia ressent une forte angoisse et
408 perçoit sa mère démunie dans les soins à apporter à sa petite soeur bébé. Voici le
409 déroulement de ce protocole :

- 410
411
412 a) Nous l'amenons à s'imaginer entrer dans cette scène telle qu'elle est aujourd'hui
413 et à aller prendre soin de la petite Laetitia de 7 ans (partie appelée en ICV le Moi
414 Enfant). Dans son imagerie mentale, le Moi Enfant de 7 ans refuse de quitter la
415 scène pour suivre le Moi Adulte dans le présent, par inquiétude pour sa petite
416
417
418
419
420

421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
sœur. Nous passons une première fois en revue la Ligne du Temps de la patiente, de l'âge de 7 ans à aujourd'hui. Au niveau subjectif, l'exercice consiste, pour la patiente, à imaginer montrer à son Moi Enfant de 7 ans son histoire, comment elle a grandi pour devenir qui elle est aujourd'hui, tout en maintenant un contact affectueux et bienveillant envers elle. Nous faisons ensuite une petite pause, avant une nouvelle connexion avec le souvenir-source. Notons que, dans ce type de travail en ICV, le thérapeute interagit uniquement avec le patient du présent, jamais directement avec le Moi Enfant.

- 432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
- b) Cette fois-ci, Laetitia a des sensations au niveau du plexus. Elle éprouve de l'agressivité pour ses parents de l'époque, que nous l'invitons à exprimer de manière imaginaire, de son point de vue d'adulte d'aujourd'hui. Puis, nous poursuivons avec une deuxième répétition de la Ligne du Temps. Nous faisons une nouvelle pause, au cours de laquelle Laetitia exprime son indignation et sa colère devant l'incompétence de ses parents.
 - c) A la 3^{ème} connexion au souvenir-source, elle ressent un mal de ventre. Elle exprime à nouveau imaginairement sa colère. La relation avec le Moi Enfant est bienveillante, chaleureuse et empathique.
 - d) A la 4^{ème} connexion au souvenir-source, Laetitia exprime de la tristesse, de l'impuissance et le sentiment d'abandonner sa soeur. Nous lui proposons d'imaginer que sa sœur d'aujourd'hui vient prendre soin d'elle-même bébé à l'époque, ce qui lui permet d'imaginer quitter la scène et passer en revue une nouvelle fois sa Ligne du Temps. A la pause, le Moi Enfant, dans l'imagerie mentale, demande à son Moi Adulte « si c'est autorisé de laisser sa petite sœur comme cela ? »
 - e) 5^{ème} connexion au souvenir-source, puis nouvelle répétition de la Ligne du Temps. Dans le présent, le ME exprime encore des doutes quant au fait de pouvoir laisser sa sœur derrière elle, mais les sensations corporelles sont moins fortes.
 - f) 6^{ème} connexion au souvenir-source : Laetitia ressent de la peine pour sa maman qui est toute seule. Nous réalisons une 6^{ème} répétition de la LT. Dans l'imagerie, le Moi Enfant est content que le Moi Adulte soit là.
 - g) 7^{ème} connexion au souvenir-source : des démangeaisons apparaissent au niveau de la tête et de la nuque. Laetitia exprime à nouveau de l'agressivité à l'égard de ses parents, en imaginaire, et son Moi Enfant également. A l'arrivée dans le présent, elle ressent beaucoup d'amour et de tendresse pour son Moi Enfant. Nous mettons fin à la séance par un temps d'échange verbal.

Le travail réalisé au cours de cette séance permet à Laetitia de se dégager de son urgence incontrôlable à prendre les autres en charge à ses dépens.

Moins d'un mois plus tard, au cours d'une dispute assez violente, elle rompt avec son petit ami qui vivait à ses dépens. Nous décidons de reprendre une séquence de travail de consolidation du Soi, du fait de la violence de l'altercation.

2.3.3 Exemple de travail de consolidation du Soi

Le travail se poursuit, avec une alternance de séances de consolidation du Soi et quelques séances de traitement d'événements anciens, telles que celle décrite ci-dessus, à partir d'un Pont d'Affect basé sur ses difficultés d'aujourd'hui.

Un an plus tard, nous avons réalisé cinq protocoles de consolidation du Soi, sept protocoles de traitement d'un événement unique et 23 entretiens supplémentaires. Nous nous engageons à nouveau dans une série de protocoles de consolidation du Soi.

481
482
483 Dans ce cas, il s'agit de partir des toutes premières expériences d'attachement insécure,
484 en faisant imaginer à la patiente qu'elle est un bébé de 15 jours, c'est-à-dire dépendante
485 et vulnérable, dans l'environnement dans lequel elle était à l'époque (Protocole
486 d'Accordage).

- 487
488 a) Cette situation suscite quasi-immédiatement chez Laetitia des sensations
489 d'oppression dans la poitrine et d'angoisse. Nous lui faisons imaginer que la
490 thérapeute vient la chercher dans le passé, la prend dans ses bras en tant que
491 bébé, accompagnée de son Moi Adulte, pour l'emmener dans le présent afin de lui
492 montrer que le temps a passé, tout en lui prodiguant l'attention, les soins, le
493 portage, le calme et l'affection nécessaires à cet âge. En cherchant à développer
494 au maximum la sensation d'être portée par un thérapeute bienveillant et accordé,
495 nous déroulons les stades du développement qu'elle a traversés ensuite
496 (soulever la tête, se retourner, ramper, etc) pour poursuivre avec la Ligne du
497 Temps de ses souvenirs jusqu'au présent. L'objectif est double : permettre de
498 « dater » les sensations émanant de la mémoire implicite de la période de 15
499 jours ; fournir à la patiente une expérience réparatrice d'attachement sécure par
500 la sensation imaginée d'être le bébé porté de façon accordée par le thérapeute.
501 Nous en sommes à la douzième séance de ce type depuis le début de la thérapie.
502 Au cours des premières séances de ce type, l'angoisse était plus importante et
503 s'accompagnait d'une certaine agitation chez Laetitia. Aujourd'hui, elle se sent
504 oppressée au départ, mais se relâche dès qu'elle se sent portée en tant que bébé
505 par la thérapeute. Nous traversons trois répétitions de la Ligne du Temps et la
506 patiente termine en se sentant apaisée, avec la sensation d'être blottie.
- 507
508 b) A la séance suivante, la connexion avec la sensation d'avoir 15 jours dans sa
509 famille d'origine suscite encore de l'anxiété, mais qui est décrite comme moindre
510 que lors de la séance précédente. Le premier passage de la Ligne du Temps
511 amène Laetitia à se sentir beaucoup plus détendue, même si elle constate une
512 tension dans son diaphragme lors du passage de certains souvenirs de sa Ligne
513 du Temps. Emergent ensuite, à la deuxième connexion à l'âge de 15 jours, une
514 sensation de chute, de vide et de solitude. Deux répétitions supplémentaires de la
515 Ligne du Temps l'amènent à réaliser à quel point ses parents sont peu « tactiles »,
516 au contraire de sa grand-mère paternelle.
- 517
518 c) A la suite de cette séance surviennent des rêves violents de meurtre et de
519 maladie. Laetitia a une résurgence de craintes hypocondriaques qui la traversent,
520 mais sans éprouver le besoin de consulter ou de solliciter la réassurance d'un
521 proche ou de la thérapeute. L'objectif de ce travail de consolidation du Soi est de
522 fournir et répéter suffisamment d'expériences d'apaisement, en s'imaginant bébé
523 dans les bras d'une personne sécurisante, pour que le patient puisse se procurer
524 son propre apaisement et sa propre auto-régulation lui-même, dans le présent. Il
525 s'agit de donner, à travers une interaction imaginaire répétée, l'expérience
526 d'apaisement physiologique qui a fait défaut dans l'interaction précoce, en se
527 basant sur le constat qu'une activité imaginée active les mêmes zones cérébrales
528 qu'un mouvement réel (pour une synthèse, voir Jouvent, 2009/2013). Ici,
529 l'accroissement de la capacité d'auto-régulation de Laetitia semble consécutive à
530 cette expérience d'apaisement croissante en séance d'ICV. Elle peut développer
531 progressivement sa capacité à s'apaiser elle-même.
- 532
533 d) Nous proposons une 14^{ème} séance de ce Protocole d'Accordage (consolidation du
534 Soi en partant à l'âge de 15 jours) : la sensation de vertige et d'oppression est
535 toujours présente au départ. Au cours de cette séance, nous réalisons à nouveau
536
537
538
539
540

541
542
543 trois répétitions de la Ligne du Temps, qui sont marquées par des sensations de
544 ne pas être tenue, une envie de pleurer et un sentiment de solitude. A nouveau,
545 des démangeaisons apparaissent.

- 546 e) L'après-coup semble avoir été moins marqué que lors de la séance précédente.
547 Laetitia dit profiter davantage de son temps libre et ne pas avoir à « remplir » son
548 temps systématiquement comme avant. Elle a de nouveaux projets
549 professionnels et se réalise dans de nouvelles activités artistiques.
550
551 f) Lors de la 15^{ème} séance de Protocole d'Accordage, l'oppression du démarrage est
552 légère et le tonus postural de Laetitia commence à se relâcher. Au cours de la
553 deuxième répétition, elle est obligée de s'installer différemment car elle est
554 tellement détendue qu'elle pourrait tomber du siège. Elle se sent à la fois bébé
555 porté dans les bras de la thérapeute, ce qu'elle ressent comme très agréable, et
556 adulte, dans l'ici et maintenant. Une sensation de continuité identitaire semble
557 évidente pour Laetitia entre ces deux états. Son relâchement corporel est tel
558 qu'elle a en effet l'apparence d'un bébé bienheureux, totalement en confiance.
559

560
561 Les sensations de la patiente au cours des séances ainsi que son évolution durant et en-
562 dehors des séances est assez typique du travail de consolidation du Soi pouvant être
563 proposé en ICV. L'accroissement de l'autonomie, de la régulation émotionnelle et une
564 meilleure prise en compte de soi-même et de ses besoins découlent souvent de ce type
565 de séances. Plus intéressant encore, les patients expriment fréquemment le sentiment
566 de se sentir plus « eux-mêmes », plus « unifiés », d'avoir davantage de cohérence entre
567 leurs différentes facettes et les différents êtres-au-monde qui composent leur quotidien
568 (vie professionnelle, privée, familiale...), allant dans le sens d'un Soi plus solide,
569 permettant un sentiment d'identité plus cohésif.
570

571 Conclusion

572 La clinique met en évidence des améliorations substantielles permises par la thérapie
573 par ICV, notamment dans le sens d'une meilleure solidité du Soi avec accroissement de
574 la régulation émotionnelle, et diminution de l'anxiété et des troubles de l'attachement.
575 Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils surviennent également chez des
576 patients réputés difficiles ou résistants à d'autres approches, y compris
577 médicamenteuses (troubles de la personnalité borderline, addictions, troubles
578 bipolaires, ESPT, troubles anxieux sévères, auto-agressivité, dissociation...). Au stade
579 actuel de développement de l'ICV, il serait utile de déployer des recherches permettant
580 de démontrer l'efficacité de cette approche, de mieux en comprendre le fonctionnement
581 et d'en détailler les composantes thérapeutiques.
582

583 Références bibliographiques

- 584
585 Bick, M., Harris M. (1998). *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*. Larmor-Plage,
586 Editions du Hublot.
587
588 Binet E., Tarquinio C. (2016). Intérêt et limites de l'Intégration du Cycle de la Vie
589 (Lifespan Integration) auprès d'adultes victimes du Syndrome de Munchausen par
590 procuration pendant leur enfance, *L'Evolution Psychiatrique*, 81, 625-640
591
592 Bion, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris, PUF.
593
594 Bowlby J. (1969, nouvelle édition 1984). *Attachment and Loss*, Penguin Books.
595
596 Carlson, Yates et Sroufe (2009). in P.F. Dell & J.A. O'Neil (2009). *Dissociation and the*
597 *dissociative disorders*. New York, Routledge.
598
599 Ciccone, A. (2011). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris, Dunod.
600

- 601
602
603 Ciccone, A., Lhôpital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Nouvelle édition. Paris,
604 Dunod.
- 605 Clément, C. (2016). Traitement des troubles de l'attachement, in J. Smith *Psychothérapie*
606 *de la dissociation et du trauma*, Paris, Dunod, p. 94-103.
- 607 Clément C., Smith J. et Bernardo D. (2012), « Intégration du Cycle de la Vie : thérapie des
608 troubles de l'attachement, de la dissociation et du trauma », in R. Coutanceau, J. Smith et
609 S. Lemitre, *Trauma et résilience*, Paris, Dunod, p. 293-304.
- 610 Cowan C.S.M., Callaghan B.L., Richardson R. (2013). Acute Early-Life Stress Results in
611 Premature Emergence of Adult-Like Fear Retention and Extinction Relapse in Infant
612 Rats, *Behavioral Neuroscience*, 127 (5), 703–711.
- 613 Glover, V. (2011). The Effects of Prenatal Stress on Child Behavioural and Cognitive
614 Outcomes Start at the Beginning, in stress and pregnancy (prenatal and perinatal),
615 *Encyclopedia on early childhood development*.
- 616 Janner Steffan, A. (2016). Traitement de la dissociation chez l'enfant avec l'ICV, in J.
617 Smith *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*, Paris, Dunod, p. 218-229.
- 618 Johnson S., Marlow N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders,
619 *Pediatric Research*, 69 (5) 11-18.
- 620 Jouvent, R. (2013, 1ère édition 2009). *Le cerveau magicien*. Paris, Odile Jacob.
- 621 Liotti, G. (2009) Attachment and dissociation, in P.F. Dell & J.A. O'Neil (2009). *Dissociation*
622 *and the dissociative disorders*. New York, Routledge, pp. 53-66.
- 623 Fish EW, Shahrokh D, Bagot R, Caldji C, Bredy T, Szyf M, Meaney MJ. (2004). Epigenetic
624 programming of stress responses through variations in maternal care. *Ann N Y Acad Sci*.
625 1036:167-80.
- 626 Maroney, D. I. (2003). Recognizing the potential effect of stress and trauma on
627 premature infants in the NICU : How are outcomes affected ? *Journal of Perinatology*
628 23:679–683.
- 629 Pace P. (2014). *Pratiquer l'ICV*. Paris, France : Dunod.
- 630 Pace, P. et Smith, J. (2011), « L'Intégration du Cycle de la Vie : une technique permettant
631 de mettre fin au cycle de la violence familiale », in R. Coutanceau et J. Smith, *Violence et*
632 *famille*, Paris, Dunod, p. 305- 313.
- 633 Page, G.G. (2004). Are there long-term consequences of pain in newborns and very
634 young infants ? *The Journal of Perinatal Education*, 13(3) 10-17.
- 635 Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., et al. (1995). Childhood trauma, the
636 neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How
637 “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- 638 Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and the disorders of the Self*. New York, Norton.
- 639 Schore 2009 in P.F. Dell & J.A. O'Neil (2009). *Dissociation and the dissociative disorders*.
640 New York, Routledge, pp. 107-144.
- 641 Schwartz R. (2009). *Système familial intérieur : blessures et guérison. Un nouveau*
642 *modèle de psychothérapie*, Paris, Elsevier.
- 643 Siegel, D. (2012). *The developing mind*. New York, Guilford.
- 644 Smith, J. (2013), « Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la
645 personnalité : approche thérapeutique par l'ICV », in R. Coutanceau et J. Smith,
646 *Troubles de la personnalité*, Paris, Dunod, p. 347-355.
- 647 Smith, J. (2016a, dir). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Paris, Dunod.
- 648 Smith, J. (2016b), « L'ICV comme traitement novateur des victimes et témoins de violences
649 conjugales », in R. Coutanceau et M. Salmona, *Violences conjugales et familiales*, Paris,
650 Dunod, p. 94-97.
- 651
652
653
654
655
656
657
658
659
660

661
662
663 Smith, J. (2016c), « L'Intégration du Cycle de la Vie pour traiter les traumatismes chez les
664 auteurs et les victimes de violences », in R. Coutanceau, C. Damiani, M. Lacambre, *Victimes*
665 *et auteurs de violences sexuelles*, Paris, Dunod, p. 137-142.
666
667 Somhovd M. J., Hansen B. M., Brok J., Esb- Jorn B., Greisen G. (2012). Anxiety in
668 adolescents born preterm or with very low birthweight : a meta-analysis of case-control
669 studies. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2012, 54, 988-994.
670 Spitz, R. A. (Trad. fr. 1949). *Hospitalism*, 1945. *R.F.P.*, XIII, 397-425.
671 Thorpe, C. (2014). *Les stratégies thérapeutiques de l'ICV*, trad. fr., Paris, Dunod, 2016.
672 Thorpe, C. (2014). « Changer les schémas relationnels destructeurs par l'Intégration du
673 Cycle de la Vie », in R. Coutanceau & J. Smith, *Violences psychologiques*, Paris, Dunod, p.
674 252-260.
675 van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. USA, Viking Penguin.
676 Tulving (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology*, 26(1), 1-12.
677 Weiss DS, Marmar CR. (1997). The impact of event scale – revised. In: Wilson JP, Keane
678 TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, pp.
679 399-411.
680 Winnicott, D.W. (1976). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot.
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720

Psychothérapie du trauma et des troubles dissociatifs par l'Intégration du Cycle de la Vie : présupposés théoriques et applications cliniques

Auteur :

Joanna Smith

Psychologue, superviseur et formatrice en ICV

4 bis rue de Lyon

75012 Paris

contact@joannasmith.fr

<http://www.joannasmith.fr>

06 19 84 96 89