

Transfert et Contre-transfert dans la Thérapie EMDR

Olivier Piedfort-Marin

Université de Lorraine, Metz, France

Institut Romand de Psychotraumatologie, Lausanne, Switzerland

Comme pour toute autre méthode de psychothérapie, la thérapie de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) devraient conceptualiser les phénomènes intersubjectifs actifs durant la thérapie EMDR, en particulier dans le traitement des cas complexes. Cet article décrit les concepts de transfert et contre-transfert et comment les intégrer dans le modèle du Traitement Adaptif de l'Information (TAI). Dans cet article la recherche sur les neurones miroirs, le concept de système d'action ainsi que des considérations récentes sur la théorie de l'attachement pour les patients ayant un attachement désorganisé, sont incorporés aux concepts de transfert et contre-transfert. L'apport de chacune de ces théories est illustré par une vignette clinique qui décrit la manière dont les processus conscients et inconscients du client et du thérapeute sont imbriqués et comme ils peuvent affecter l'efficacité de la thérapie EMDR. Nous proposons le tissage cognitif basé sur le contre-transfert pour activer le TAI lorsque des problèmes contre-transférentiels bloquent le processus. Intégrer la connaissance sur le transfert et le contre-transfert dans la thérapie EMDR peut augmenter l'efficacité de l'EMDR, en particulier dans les cas complexes.

KEY WORDS: Transfert; Contre-transfert; EMDR; Pratique clinique; Psychothérapie; Relation thérapeutique.

L'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est une approche intégrative qui nécessite le développement « d'une alliance thérapeutique solide » (Shapiro, 2017, p. 114). Néanmoins les moyens nécessaires pour développer une telle alliance thérapeutique solide ou une bonne relation constructive entre le thérapeute et le patient ont jusqu'à présent attiré peu d'attention dans la communauté EMDR. Dans les seconde et troisième éditions de son manuel, Shapiro (2001, 2017) dédie seulement une demi page à ce sujet. Dworkin (2005) a apporté une contribution majeure sur les implications relationnelles en jeu dans la thérapie EMDR. L'EMDR fut tout d'abord développé pour le traitement du Trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le besoin de reconnaissance de cette nouvelle méthode amena à une série impressionnante de recherches de haute qualité. Comme pour les autres méthodes, la recherche nécessaire pour l'approbation scientifique échoue à intégrer la relation entre le thérapeute et le patient et son possible impact sur l'efficacité de la

méthode. Ce qui se passe entre le patient et le thérapeute est en effet subjectif et intersubjectif et peut difficilement être répliqué. Dans la pratique clinique, les psychothérapeutes ont besoin de méthodes éprouvées mais aussi d'outils pour ajuster ces méthodes aux patients - tous différents - qu'ils rencontrent chaque heure. Par ailleurs, chaque thérapeute est un individu unique.

Depuis les premiers jours de la psychothérapie moderne, il y a environ 120 ans, le transfert et le contre-transfert furent un moyen intéressant de comprendre les difficultés et pathologies des patients et patientes. Ces concepts sont considérés centraux dans plusieurs thérapies des traumatismes, et importants dans d'autres thérapies, alors qu'ils ont - pour le moins - attiré peu d'attention dans la communauté EMDR jusqu'à présent.

Pearlman et Saakvitne (1995) ont publié un manuel exhaustif sur la compréhension et l'utilisation du contre-transfert dans les thérapies psychodynamiques des survivantes et survivants d'inceste.

This article originally appeared as Piedfort-Marin, O. (2018). Transference and countertransference in EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 158–172. Translated by Olivier Piedfort-Marin.

Kernberg et son équipe (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999) considèrent le transfert central dans la thérapie des troubles de personnalité borderline qui sont souvent liés à des traumatismes. La Thérapie Comportementale Dialectique (TCD : Linehan, 1993) et la Thérapie des schémas (Young, 2003) prennent également en considération le rôle de la relation entre le thérapeute et le patient dans le traitement des patients borderline. En TCD la supervision joue un rôle clé par un soutien aux thérapeutes qui se trouvent souvent dans des moments difficiles avec leurs patients. Dans la thérapie cognitivo-comportementale du TSPT, il y a une attention limitée pour des phénomènes propres à la relation patient-thérapeute, phénomènes qui peuvent être catégorisés sous transfert et contre-transfert (Brillon, 2005). En thérapie familiale la résonance (Elkaïm, 2008) est un concept central et un outil de changement qui est proche du concept de contre-transfert. Il est difficile de croire que l'EMDR serait la seule thérapie des traumatismes qui n'aurait pas besoin de prendre en considération le transfert et le contre-transfert.

Lorsqu'ils travaillent avec des patients traumatisés, les psychothérapeutes – comme tout être humain – réagissent, consciemment ou inconsciemment, aux récits terribles et parfois horribles qu'il entendent dans leur cabinet. Comment pourrait-il en être autrement ? Comme Dworkin le développe en détail dans son livre (2005; voir aussi Dworkin & Errebo, 2010), ces réactions conscientes et inconscientes peuvent avoir un impact sur le patient et sur la relation entre celui-ci et le thérapeute, avec un effet sur l'utilisation et l'efficacité de la méthode choisie, dans ce cas l'EMDR. Le DSM-5 (APA, 2013) prend cela en considération dans la description des types d'exposition au traumatisme nécessaires pour répondre au critère A du TSPT. Cela inclut le fait d'être « exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex. intervenant de 1^{ère} ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). » Les psychologues et psychiatres sont clairement inclus dans ce type d'exposition au traumatisme. Être thérapeute spécialisé dans le traitement des traumatismes implique d'être confronté à des récits d'événements perturbants et parfois horribles et cela peut avoir un effet sur de nombreux thérapeutes, y compris les thérapeutes EMDR (Schubbe, 2011).

Cet article propose des manières de comprendre comment le transfert et le contre-transfert peuvent influencer l'utilisation et l'efficacité de l'EMDR. Nous décrirons comment intégrer ces concepts à l'origine psychodynamiques dans le modèle du Traitement

Adaptatif de l'Information (TAI), et nous donnerons des exemples clinique pour illustrer nos propos. Le présent article soutient le travail de Mark Dworkin (2005) et ajoute à son travail pionnier les apports de la théorie des neurones miroirs, la théorie de l'attachement (principalement les travaux de Liotti, 2011) et le concept de système d'action (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006). Ainsi, le transfert et le contre-transfert peuvent être des concepts plus accessibles pour les thérapeutes EMDR qui ne sont pas formés à la thérapie psychodynamique. Des vignettes cliniques illustreront ces perspectives théoriques.

Transfert et Contre-transfert

Bref Historique des Concepts et de Leur Définitions

Depuis longtemps maintenant, il y a un accord général pour définir le transfert comme « la répétition inconsciente dans une relation actuelle de schémas de pensées, d'émotions, de croyances, d'attentes et de réponses qui prennent leurs origines dans des relations précoces significatives » (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 100). À l'origine, la psychanalyse portait son attention sur le transfert comme un moyen d'accéder aux difficultés et conflits inconscients du client. Le concept de contre-transfert fut mentionné pour la première fois par Sandor Ferenczi (1909/1916). Freud (1910) considérait cela comme un problème dans l'analyse, problème qui devait être neutralisé et dépassé par le thérapeute. Selon Freud, l'analyse était supposée cibler seulement le transfert. Néanmoins, alors qu'il retournait aux origines traumatiques des névroses, Ferenczi (1988) considérait qu'utiliser le contre-transfert donnait de nouvelles et riches possibilités à l'analyse, en particulier dans le travail avec des patients traumatisés. Depuis lors, la définition et l'utilisation du contre-transfert se sont développées sous l'influence des travaux de Paula Heiman (1950) et Heinrich Racker (1957, 1968). Hayes (2004) résume la définition étroite de Freud du contre-transfert comme « les réactions [du thérapeute] inconscientes, basées sur des conflits, en réponse au transfert du patient. » Plus tard Heiman donna une définition plus large en intégrant toutes les réactions du thérapeute en rapport au patient, pas seulement inconscientes mais aussi conscientes, pas seulement en réponse au transfert du patient mais aussi en réponse à tout autre matériel. Heiman et Racker ont tous deux amené un changement radical en psychanalyse, en considérant le contre-transfert comme l'outil de travail principal de l'analyste et aussi comme une meilleure manière d'explorer l'inconscient du patient. Une troisième phase dans l'évolution de la définition du

contre-transfert vient de Gelso et Hayes (1998). Leur regard portait davantage sur les conflits non résolus du thérapeute comme source principale de ses réactions à l'égard des patients. La responsabilité du thérapeute dans les phénomènes intersubjectifs à l'œuvre pendant la psychothérapie tient alors un rôle clé. Cette dernière définition, dans la droite ligne des travaux pionniers de Ferenczi, a fortement influencé les travaux de Dworkin sur l'utilisation du contre-transfert en EMDR.

Contre-transfert Avec les Clients Ayant Vécu des Violences Sexuelles

Pearlman et Saakvitne (1995) firent une contribution majeure en adaptant le concept de contre-transfert aux thérapies des personnes ayant vécues des violences sexuelles, adaptation pouvant être utile aussi à la thérapie EMDR. Selon ces auteures, le contre-transfert a deux composantes : (1) « les réponses affectives, idéationnelles et physiques qu'a un thérapeute envers son patient, son matériel clinique, son transfert, et ses remises en actes, et (2) les défenses conscientes et inconscientes du thérapeute contre les affects, les conflits intra-psychiques et les associations activés par le premier » (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 23). De plus, elles décrivent différents facteurs contribuant au contre-transfert dans les thérapies des traumatismes (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 24-25):

1. « La réponse du thérapeute à la réalité de l'inceste et de la violence sexuelle envers les enfants.
2. Les réponses du thérapeute au transfert du patient, qui vont varier selon la nature du transfert et sa cohérence avec sa propre expérience du soi.
3. La réponse du thérapeute à l'adaptation post-traumatique du patient: gel, engourdissement, abréaction, dissociation, images et souvenirs intrusifs, répression, anxiété, idéations suicidaires chroniques, dépression, désespoir, méfiance interpersonnelle, revictimisation, haine de soi, etc.
4. L'histoire du thérapeute, sa personnalité, son style de coping et son transfert à l'égard du patient.
5. La réponse du thérapeute à sa propre traumatisation vicariante.
6. Les perspectives théoriques du thérapeute sur le trauma et sa relation à ses enseignants et formateurs dans ce domaine. »

Au premier point nous pourrions ajouter la réponse du thérapeute à la réalité de la négligence et du traumatisme relationnel et sa perspective théorique sur ces domaines de recherches quelque peu nouveaux dans le champ de la psychotraumatologie depuis que Pearlman et Saakvitne ont écrit leur livre en 1995.

L'Utilisation du Contre-transfert

Pearlman et Saakvitne précisent également (1995, p. 23) que, dans les thérapies des traumatismes, les cliniciens peuvent utiliser leur contre-transfert pour aider les clients à prendre conscience d'affects, de pensées ou de conflits précédemment inconscients ou dissociés. Lorsqu'il est conscient d'une sensation, d'une émotion, d'une image ou d'une pensée, et qu'il croit que cela concerne le patient, le thérapeute peut faire usage de ces éléments dans une intervention verbale qui aidera le client à en être davantage conscient et à se connecter avec ces éléments précédemment inconscients ou dissociés. En d'autres mots, Pearlman et Saakvitne voient le contre-transfert davantage comme une opportunité de comprendre des processus thérapeutiques sous-jacents ou des blocages à libérer lorsque c'est nécessaire. Plus loin dans cet article, plusieurs vignettes cliniques illustreront comment on peut adapter cette idée à l'EMDR.

D'un autre côté Dworkin (2005; Dworkin & Errebo, 2010) insiste sur la responsabilité du thérapeute : le contre-transfert peut influencer le processus thérapeutique et le psychothérapeute peut le libérer en prenant la responsabilité de son contre-transfert. Par exemple, le processus de retraitement d'un traumatisme peut être bloqué chez une patiente parce que la thérapeute n'a pas complètement retraité une problématique similaire.

Définition du Transfert et du Contre-transfert Appliquée à l'EMDR

Dworkin (2005, p.126) propose une définition du transfert et du contre-transfert compatible avec le modèle AIP de l'EMDR. Il définit le transfert en EMDR comme « l'activation de souvenirs liés à un état, dirigés envers le thérapeute » et le contre-transfert comme « l'activation chez le clinicien d'un souvenir lié à un état, qui a été activé par le client, intentionnellement ou non. » Je propose une définition quelque peu plus proche de la terminologie EMDR. Le transfert peut être considéré comme l'activation chez le patient d'un souvenir (principalement de traumatismes ou d'un attachement problématique) stocké de manière dysfonctionnelle et en lien avec la thérapie, le patient ou la relation au thérapeute. Le contre-transfert peut être défini comme l'activation chez le thérapeute de souvenirs (principalement de traumatismes ou d'un attachement problématique) stockés de manière dysfonctionnelle, activation – consciente ou inconsciente - causée par le patient, son histoire, son matériel, sa relation au thérapeute

Recherches Récentes Utiles au Sujet du Transfert et du Contre-transfert

Les Neurones Miroirs

De récentes recherches offrent de nouvelles perspectives à propos du transfert et du contre-transfert. Ces phénomènes ont été observés depuis plus d'un siècle mais n'ont pas vraiment été expliqués. Par exemple, personne ne sait expliquer pourquoi une image liée à son patient apparaît à l'esprit du psychothérapeute et le moment suivant le patient décrit cette même image. Personne ne peut expliquer pourquoi un thérapeute a soudain des difficultés à rester éveillé pendant une séance avec une patiente donnée mais pas avec le patient suivant, 20 minutes plus tard. Pour un esprit scientifique ce sont des mystères qui pourront être élucidés dans le future ou simplement à ne pas prendre en considération parce que non mesurables. De tels phénomènes sont assurément perturbants. La théorie des neurones miroirs donne une possible explication scientifique à au moins certaines expériences contre-transférentielles des thérapeutes (EMDR). Rizzolati et collaborateurs (1996) ont découvert par accident que ce sont les mêmes neurones qui sont activés chez des macaques rhésus lorsque l'animal fait le geste intentionnel de prendre une banane pour la manger et lorsque l'animal voit un scientifique prendre la banane, mais aussi lorsqu'il entend des sons en lien avec l'activité donnée (Kohler & al, 2002). Bien que le rôle des neurones miroirs est sujet à critique chez les humains (Hickok, 2009), un système similaire semble bien être présent chez les humains (i.e. Pizzamiglio, & al., 2004). Il semble y avoir un lien entre l'empathie et l'activation des neurones miroirs, comme démontré dans une étude sur des humains réalisée par Gazzola, Aziz-Zadeh, et Keysers (2006). Les neurones miroirs pourraient être impliqués dans la capacité de prédire les actions d'une autre personne (Wilson & Knoblich, 2005), un phénomène lié à l'empathie et à l'accordage émotionnel. Selon Gallese (2009; aussi Gallese, Eagle, & Miggone, 2007), les neurones miroirs joueraient aussi un rôle dans le partage et la transmission entre humains de matériels implicites, sensorimoteurs et préverbaux, comme c'est le cas dans le transfert et le contre-transfert.

Dans la thérapie EMDR patient et thérapeute sont assis proches l'un de l'autre et ciblent du matériel très sensible. Le thérapeute, en particulier s'il utilise des mouvements oculaires comme stimulation bilatérale alternée (SBA), regarde les yeux du patient de manière plus proche que dans d'autres approches thérapeutiques. Certains des processus psychologiques du

thérapeute pourraient être expliqués par le concept des neurones miroirs comme l'illustre la vignette clinique suivante.

Vignette clinique

Alors qu'il utilisait l'EMDR pour retraiter un souvenir de négligence d'une patiente, en utilisant des mouvements oculaires comme SBA, le thérapeute s'est soudain sentit somnolent. Cela lui devint même physiquement difficile de continuer à bouger son bras de gauche à droite devant les yeux de la patiente. Son bras commença à trembler. Ses paupières commencèrent à se fermer. Il ne comprenait pas ce qui se passait puisque la thérapie EMDR s'était bien passée jusque-là, et depuis une longue période, avec cette patiente. Le thérapeute commença à porter son attention pour quelques secondes sur sa bibliothèque en face de lui, plutôt que sur le visage de sa patiente. Lorsqu'il portait son attention sur ses livres, la somnolence disparaissait immédiatement. Lorsqu'il regardait à nouveau sa patiente, il se sentait s'endormir à nouveau brutalement. Il fit ce test plusieurs fois avec le même résultat. Dans ce cas nous pouvons faire l'hypothèse qu'un effet des neurones miroirs se produisait. Alors qu'il regardait les yeux de sa patiente, le thérapeute sentait qu'il s'endormissait, mais sa réaction physique était complètement l'opposée lorsqu'il regardait ses livres dans sa bibliothèque. Après la séance il se sentait perturbé mais pas seulement par le fait de s'être presque endormi pendant une séance d'EMDR. Il décida alors de se faire de l'EMDR sur lui-même en utilisant des vibrations alternées (pulseurs) comme SBA. Après plusieurs séries de SBA, un point d'affect eut lieu, activant un événement traumatique chez le thérapeute. Cet événement avait été retraité plusieurs années auparavant avec l'EMDR, mais soudain il était activé avec une émotion intense et de fortes sensations physiques. Le score sur l'échelle des unités subjectives de perturbation (SUD) était de 9 (sur une échelle allant de 0 à 10, 10 étant le plus haut niveau de perturbation). Cet événement avait des similitudes avec un événement traumatique qu'avait vécu la patiente, bien que ce n'était pas cet événement là sur lequel ils travaillaient ce jour-là. De retour en thérapie personnelle pour résoudre ce problème, le thérapeute se rendit compte qu'il avait inconsciemment souhaité éviter travailler avec cette patiente parce que cela activait chez lui un souvenir traumatique qu'il n'avait pas *entièrement* retraité. Cette vignette illustre comment du matériel inconscient peut être communiqué entre deux êtres humains et l'impact que cela peut avoir sur le processus thérapeutique de l'EMDR.

Définition des systèmes et sous-systèmes d'action

Le concept de système d'action et de sous-système d'action a été développé par Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006), influencé entre autres par les travaux de Panksepp (1998). Développé dans le contexte de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (van der Hart & al., 2006), le concept de système d'action peut aussi être utile pour observer et analyser les réactions du patient et du thérapeute pendant les séances. Cela peut être aidant pour une analyse quelque peu plus structurée du transfert et du contre-transfert, ce qui peut être utile pour les thérapeutes, en particulier celles et ceux qui ne sont pas formés en thérapie psychodynamique. Van der Hart, Nijenhuis, et Steele (2006, p.3) définissent les systèmes d'action comme « des systèmes psychobiologique qui constituent la personnalité » et impliquent des tendances innées spécifiques à agir vers un but. Il y a deux catégories principales de système d'action, chacune consistant en sous-systèmes avec des buts encore plus spécifiques. La première catégorie de système d'action implique le rapprochement vers des stimuli attrayants et la gestion de la vie quotidienne. L'alimentation, l'exploration, la reproduction, le soin, l'engagement social et le rang social sont quelques-uns des sous-systèmes d'action de cette catégorie. La seconde catégorie de système d'action implique l'évitement de stimuli adverses et la gestion des menaces et des dangers, avec les sous-systèmes d'action tels que l'hyper-vigilance, le combat, la fuite, le gel et la soumission.

Les sous-systèmes d'action comme outil d'analyse du transfert et du contre-transfert

Les psychothérapeutes peuvent évaluer les sous-systèmes d'action utilisés par leurs patients en séance en observant leur comportement, leur discours et leurs actions sensorimotrices. C'est utile pour prendre conscience du transfert de manière structurée, en particulier pour les patients ayant un trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) ou un trouble dissociatif (Piedfort-Marin, Wisler, Spagnoli, & Piot, 2017).

L'observation des systèmes et sous-systèmes d'action activés chez le thérapeute peut aussi être une manière utile structurée pour analyser les réactions contre-transférentielles des cliniciens lorsqu'ils traitent des patients traumatisés (Ellert Nijenhuis, communication personnelle, 2008-2016). Si un thérapeute se penche en avant vers son client, il se peut que les sous-systèmes d'action attachement ou soin soient activés. Si un thérapeute se recule et sent une tension dans le

ventre, il se peut que le système d'action de défense soit activé. Lorsque des patients ont une histoire de violence physique et/ou sexuelle (potentiellement répétitive), ils ont appris que les personnes significatives peuvent changer brutalement et devenir agressives ou déconnectées. En conséquence ils ont tendance à être attentifs et à noter de telles actions sensorimotrices avant même que le thérapeute en prenne conscience lui-même. C'est la raison pour laquelle il pourrait être utile aux thérapeutes de devenir conscients de leurs propres réactions contre-transférentielles le plus tôt possible, de manière à ce qu'ils puissent ajuster leurs interventions.

Analyse des systèmes et sous-systèmes d'action en EMDR

Voici les principaux sous-systèmes d'action que les thérapeutes peuvent ressentir en travaillant en EMDR avec des patients traumatisés.

Les sous-systèmes d'action de défense en thérapie EMDR.

- L'évitement / la fuite : par exemple, éviter d'écouter les récits et traumatismes de la patiente, et ainsi éviter de passer à la phase de retraitement du traumatisme (Phases 3-6 du traitement EMDR), ou passer au retraitement du traumatisme aussi tôt que possible pour s'en débarrasser au plus vite.
- La soumission : p. ex., obéir à la demande du patient de faire de l'EMDR, indépendamment des conditions, ou obéir au mentor/superviseur/formateur du thérapeute sans réfléchir à la situation spécifique dans laquelle la thérapeute et la patiente sont engagées.
- Le combat : p. ex., réagir avec irritation ou frustration lorsqu'une patiente n'élabore pas la cognition négative ou positive, ou lorsque le retraitement ne se fait pas selon les attentes de la thérapeute. Cela peut stresser certaines patientes au point où leur difficulté de trouver une cognition s'accroît (Dworkin & Errebo, 2010).

Les sous-systèmes d'action dirigés vers un stimulus pendant la thérapie EMDR.

- L'attachement : p. ex., lorsqu'un thérapeute ressent de l'attachement pour un client.
- Le rang social / la domination : lorsqu'un thérapeute, se considérant comme un spécialiste, ressent le besoin d'être dominant envers le patient. Cela peut avoir lieu lorsque le thérapeute impose sa vision de la thérapie. Chez de nombreuses espèces ce sous-système d'action permet l'organisation d'un groupe d'individus de

manière utile pour la survie de l'espèce. Néanmoins la thérapie EMDR est considérée comme une approche centrée sur le client (Shapiro, 2001), c'est pourquoi c'est la collaboration qui devrait être promue et non le rang social.

- Le jeu : une certaine dose de jeu peut être utile en psychothérapie. Néanmoins un usage exagéré de ce sous-système peut être un signe d'évitement de la part de la thérapeute ou des deux thérapeute et patient.
- L'exploration : la capacité de découvrir et d'explorer l'inconnu. Par exemple, explorer les symptômes et essayer de les comprendre.
- L'engagement social / la collaboration : la capacité de s'engager dans une relation collaborative saine, sans besoin excessif d'attachement ou de domination.
- La coopération : la capacité pour deux ou plusieurs individus de travailler sur une tâche avec un objectif commun partagé.

L'engagement social, l'exploration et la coopération en tant que sous-systèmes d'action optimaux en EMDR

L'EMDR est défini comme une approche centrée sur le client (Shapiro, 2001), en conséquence les sous-systèmes d'action d'engagement social, d'exploration et de coopération devraient être prioritaires dans la psychothérapie EMDR.

En observant et analysant leurs pensées, émotions, actions sensorimotrices ou réactions, les thérapeutes peuvent définir quels sous-systèmes d'action sont activés. Ils peuvent en premier lieu ne pas être au clair sur le but sous-jacent au sous-système d'action activé, mais une attention accrue permettra de mieux comprendre la logique derrière le sous-système d'action activé. Ils peuvent alors ajuster leur intervention de manière appropriée comme nous verrons plus loin dans cet article. A terme, les thérapeutes peuvent résoudre leurs problématiques sous-jacentes et mettre en avant les sous-systèmes d'action optimaux pour la thérapie EMDR : l'engagement social, l'exploration et la coopération. Se référer aux sous-systèmes d'action peut être une manière structurée utile pour analyser le contre-transfert, en particulier pour les thérapeutes qui sont formés à d'autres approches que l'approche psychodynamique.

L'Implication de l'Attachement Désorganisé pour la Relation Thérapeutique

L'attachement désorganisé comme traumatisme relationnel précoce

Les travaux de Giovanni Liotti (p.ex. 2011) sont intéressants pour comprendre l'impact du style

d'attachement désorganisé (AD) du patient sur la relation patient-thérapeute, et aussi des phénomènes subtiles mais significatifs dans la thérapie EMDR. L'AD est surreprésenté (de 40 à 80%) dans les groupes d'enfants à haut risque comme des groupes de patients, des familles avec de la violence et des troubles émotionnels (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Liotti, 2013). On fait l'hypothèse que l'AD se développe lorsque le jeune enfant fait face à une personne de soin qui ne peut pas reconforter l'enfant de manière adéquate ou qui est à la fois source de danger et figure potentielle de reconfort (Main & Solomon, 1990). Un grand nombre d'études ont montré que l'AD dans la prime enfance et dans l'enfance serait un facteur de risque du développement de troubles psychologiques à l'âge adulte, lorsque des déficits dans les fonction intégratives et les capacités de mentalisation sont impliquées, troubles par ailleurs liés à des traumatismes de l'enfance et des expériences adverses (Bateman & Fonagy, 2004; Dozier, Stowall-MacClough & Albus, 2008; Levy, 2005; Liotti, 2006; Liotti & Gumley, 2008; Lyons-Ruth, 2003). Par ailleurs il est bien établi que les patients adultes avec un TSPT-C, un trouble de personnalité borderline ou un trouble dissociatif montrent un risque élevé d'avoir un type désorganisé d'attachement (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, West, Adam, Spreng, & Rose, 2001; Carlson, Egeland, & Sroufe, 2009; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder, & Bianchi, 2006; Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkison, & Ross, 2007; Schmahl, Lanius, Pain, & Vermetten, 2010; Stovall-McClough, & Cloitre, 2006; van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2008). En fait, l'AD peut être compris comme un traumatisme relationnel précoce (Schore, 2009). Néanmoins, à l'âge adulte, le schéma d'AD peut ne pas toujours être cliniquement flagrant, comme c'est le cas par exemple avec les patients borderline sévères. Cela peut être masqué chez des personnes qui ont pu développer, lors de leur développement précoce, des stratégies pour faire face aux émotions extrêmes liées à l'AD.

Attachement désorganisé et stratégies de contrôle

L'AD est observé chez les enfants de 18 mois dans la procédure de la situation étrange (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Avant d'atteindre l'âge scolaire, l'AD semble disparaître. Liotti (2014) émet l'hypothèse que l'expérience insoutenable et douloureuse de l'activation conjointe de l'attachement et du système de défense force l'enfance à résoudre la possible fragmentation du self en développant des stratégies de contrôle. Ces stratégies de contrôle ont pour but de développer un comportement mieux organisé,

amenant plus de stabilité dans la relation avec la personne de soin. Les deux principales stratégies de contrôle sont (1) la stratégie contrôlante-punitive, identifiable par des comportements agressifs à l'égard de la personne de soin (tentative de la punir ou de la mettre dans l'embarras), et (2) la stratégie contrôlante-soignante, identifiable par un comportement de soin à l'égard de la personne de soin, également appelé attachement inversé (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Liotti, 2011).

Les enfants avec un AD ne sont pas capables de synthétiser les représentations de soi et des autres. Ils développent des représentations compartimentalisées qui « vont ralentir les fonctions intégratives de la conscience, de telle manière que les expériences dissociatives et les déficits de mentalisation, concomitant avec l'activation des besoins d'attachement, en sont la conséquence probable » (Liotti, 2013). Une étude longitudinale de Dutra et collaborateurs (2009) confirme cette théorie en montrant que les enfants ayant un AD dans la prime enfance développent à l'adolescence plus de processus dissociatifs mesurés par le DES (Bernstein & Putman, 1986) que les enfants ayant un attachement organisé dans la prime enfance.

Chez certaines personnes adultes, les stratégies de contrôle peuvent rester stables dans le temps et l'AD reste masqué. Chez d'autres adultes qui font face à des séparations, la perte d'êtres chers ou d'autres événements qui activent des traumatismes relationnels anciens, et lorsque les systèmes compensatoires sont dépassés, les stratégies de contrôle peuvent s'effondrer et l'AD émerger (Liotti, 2014).

Avec les patients adultes ayant un AD – masqué ou manifeste – Liotti (2011, 2013, 2014) conseille de ne pas activer le sous-système d'action attachement mais, à la place, de promouvoir le sous-système coopération. Si le thérapeute est trop proche ou trop distant cela peut activer des souvenirs de traumatismes relationnels précoces et produire ce que Liotti appelle « une rupture de l'alliance thérapeutique ». Par l'activation de souvenirs de traumatismes relationnels, la patiente va s'engager dans des stratégies de contrôle avec la thérapeute (transfert), soit soignante soit punitive, et cela peut changer le cours de la thérapie par l'effet sur le contre-transfert de la thérapeute.

Attachement désorganisé et connectivité corticale

Une étude intéressante de Farina et collaborateurs (2013) à laquelle Liotti participa, testa l'activation de souvenirs de traumatismes relationnels sur la

connectivité corticale de deux groupes de sujets adultes : 13 patients avec un AD et un TSPT-C ou un trouble dissociatif et 13 sujets contrôles sains avec un attachement organisé. Selon Farina et collaborateurs (2013) on estime que « les réseaux dynamiques de connectivité corticale jouent un rôle crucial dans les fonctions cognitives de niveau élevé : mémoire de travail, fonctions exécutives top-down, tâches d'attention et conscience. » C'est la raison pour laquelle les auteurs ont mesuré la connectivité corticale « comme un index des processus intégratifs et désintégratifs » en jeu lorsqu'on active des souvenirs relationnels avec l'Adult Attachment Interview (AAI – Interview d'Attachement pour Adultes; George, Kaplan, & Main, 1996). Les modifications de la connectivité corticale (avant et après l'AAI) furent mesurées par une analyse de cohérence retardée par électroencéphalographie (EEG). Ces mesures ont montré une augmentation généralisée de la connectivité corticale dans le groupe contrôle mais pas d'augmentation dans le groupe AD. Après que l'AAI fut réalisé, il y eut une augmentation de l'activité sympathique dans le groupe AD mais pas dans le groupe contrôle.

Pour résumer les conclusions de Farina et collaborateurs : lorsque des souvenirs relationnels sont activés (par l'AAI), les sujets avec un attachement organisé réagissent par des émotions et sensations et leurs processus de mentalisation sont aussi activés (augmentation de la connectivité corticale), de telle manière qu'ils peuvent ressentir les émotions et les réguler. C'est l'opposé chez les sujets avec un AD : le processus de mentalisation ne va pas s'activer (pas d'augmentation de la connectivité corticale) et la déconnexion est le seul moyen de gérer les affects perturbants qui émergent. En effet, les souvenirs relationnels sont souvent traumatiques chez les personnes avec un AD et un TSPT-C ou un trouble dissociatif comme dans ce groupe de patients. La vignette clinique qui suit illustre l'utilité de cette étude pour les thérapeutes EMDR.

Vignette clinique

Madame A. est une femme de 40 ans avec diverses comorbidités qui peuvent être considérées comme les conséquences d'une traumatisation complexe (négligence pendant l'enfance, dysfonctionnement familial, décès précoce de la mère et violences sexuelles) : trouble sévère du comportement alimentaire avec obésité, dépression, difficultés d'estime de soi et difficultés professionnelles. Elle a été en traitement avec son thérapeute depuis trois ans, traitement axé sur l'EMDR qui fonctionne bien avec elle. Un jour son

mari laisse un message au cabinet du thérapeute, disant qu'elle a été hospitalisée et ne pourra venir à ses séances pendant deux semaines. Inquiet et se demandant ce qui a bien pu se passer, le thérapeute appelle le mari pour en savoir davantage : la patiente a dû subir une intervention chirurgicale d'urgence suite à une infection du pancréas. Lorsque la patiente revient en thérapie, sa santé est bonne et le travail psychothérapeutique peut reprendre. Ils sont d'accord de reprendre le travail sur la situation de rejet sur laquelle ils travaillaient avant l'hospitalisation. Le thérapeute demande à la patiente de porter son attention sur la situation cible et elle se surprend à déclarer que rien ne vient et que le SUD est à 0. « Il devrait y avoir quelque chose qui vient, je sais que nous n'avons pas retraité toute la situation », ajoute-t-elle. Malgré des efforts importants, elle est incapable de voir ou sentir quoi que ce soit de perturbant lorsqu'elle se concentre sur la même situation qui lui amenait des pensées, images et émotions intenses et douloureuses lors de la séance précédant son opération. Le thérapeute lui demande alors si elle peut expliquer cela ou si quelque chose s'est passé depuis la dernière séance ou pendant l'hospitalisation. « La seule chose qui s'est passée, c'est que vous m'avez téléphoné pour prendre des nouvelles de moi et de ma santé. Vous avez montré de l'intérêt pour moi et personne ne m'en montrait quand j'étais enfant », dit la patiente en larmes. La suite de la séance permet de continuer à élaborer sur l'effet de l'appel téléphonique du thérapeute. Dans la séance suivante, lorsque le thérapeute lui demande de porter à nouveau son attention sur la situation cible, elle peut alors remarquer des pensées et émotions perturbantes et un SUD adapté ; le processus est ainsi de nouveau activé.

Lorsqu'il a appelé le mari de la patiente pour s'informer de sa santé, le thérapeute a activé des souvenirs de traumatismes relationnels de négligence. Bien que le style d'attachement de cette patiente n'ait pas été évalué, ni dans l'enfance ni à l'âge adulte, à partir des informations récoltées, il est plus que probable que la patiente avait un AD dans la prime enfance et quelques années plus tard une stratégie contrôlante-punitrice avec sa mère, puis plus tard encore une stratégie contrôlante-soignante avec son mari et son thérapeute. Alors qu'elle pouvait toujours se connecter avec les émotions perturbantes de plusieurs souvenirs traumatiques ou fortement douloureux selon le protocole EMDR ou d'autres moyens, cette fois-ci elle était en quelque sorte déconnectée du souvenir d'un traumatisme relationnel. Liotti (2013) nomme ce phénomène un processus dissociatif, avec

détachement et compartimentalisation. Je comprends que la connectivité corticale de cette patiente n'a pas augmenté lorsque le souvenir du traumatisme relationnel de négligence a été activé à nouveau au moyen du protocole EMDR. C'est la raison pour laquelle le SUD était évalué à un *pseudo* 0. Dans toutes les séances précédentes et ultérieures avec cette patiente, le thérapeute avait une attitude plus neutre, activant le sous-système d'action coopération, permettant ainsi un bon retraitement des traumatismes (et une probable augmentation de la connectivité corticale). Néanmoins, il est possible que la durée de sa thérapie soit expliquée par un certain manque de capacités de mentalisation qui pré-existaient mais n'étaient pas manifestes jusqu'à cet incident.

Les implications pour la thérapie EMDR

Pendant le retraitement du traumatisme (Phase 4) le TAI peut être bloqué quand il manque au patient des capacités suffisantes de régulation émotionnelle pour intégrer un souvenir stocké de manière dysfonctionnelle, c'est-à-dire lorsque les processus dissociatifs sont trop puissants. Mais le retraitement peut aussi être bloqué par l'attitude du thérapeute. Si par son attitude le ou la thérapeute active des souvenirs de traumatismes relationnels chez un patient ayant des troubles liés à des traumatismes complexes, le processus d'intégration nécessaire à une thérapie EMDR réussie peut être bloqué, indépendamment du contenu du souvenir ciblé. Les praticiens EMDR ne devraient être ni trop proches ni trop distants lorsqu'ils travaillent avec des patients susceptibles d'avoir un AD (masqué ou manifeste). En droite ligne avec Liotti (2011), il est important de garder une attitude coopérative lorsqu'on travaille avec des patients ayant un TSPT-C ou un trouble dissociatif ou tout trouble impliquant un possible AD. Dans la vignette ci-dessus, la patiente était bien consciente de ses difficultés, la rupture de l'alliance thérapeutique a donc pu être rapidement réparée. Il se peut que cela ne soit pas toujours le cas. Lorsque des thérapeutes EMDR sont trop proches (sous-système d'action soin) ou trop distants (sous-système d'action rang social / domination ou défense), leurs attitudes peuvent activer des souvenirs de traumatismes relationnels. Les processus intégratifs cognitifs et affectifs nécessaires pour neutraliser le souvenir traumatique du patient par le traitement adaptatif de l'information (TAI) ne seront pas activés (comme une mesure de la connectivité corticale pourrait probablement le démontrer, selon l'étude de Farina et coll., 2013). On peut alors avoir

un *pseudo* SUD de 0 et certains thérapeutes pourraient faussement croire que le souvenir est résolu et n'est plus perturbant.

Transfert et Contre-transfert dans les Différentes Phases du Protocole EMDR

La thérapie EMDR est basée sur un protocole en 8 phases. La phase 1 (anamnèse du patient et élaboration d'un plan de traitement) et la phase 2 (préparation) ne sont pas spécifiques à la thérapie EMDR, à l'exception des informations concernant l'EMDR qui sont données au patient dans la phase 2, juste avant la phase 3. En fait d'autres thérapies des traumatismes conseillent de procéder à l'anamnèse du patient, à l'élaboration d'un plan de traitement, puis à de la stabilisation, avant la confrontation aux traumatismes, conformément aux lignes directrices de la Société internationale pour l'étude du trauma et de la dissociation (ISSTD, 2011) et de la Société internationale pour les études du stress traumatique (ISTSS, Cloitre & al, 2012). Les phases 3 à 6 sont spécifiques à l'EMDR et suivent un protocole structuré. Les phases 7 et 8 abordent respectivement la clôture d'une séance et la ré-évaluation de la séance précédente ; elles sont d'un intérêt mineur par rapport à l'objectif de cet article. Nous allons présenter les spécificités du transfert et du contre-transfert, tout d'abord dans les phases 1 et 2, puis dans les phases 3 à 6.

Le Transfert et le Contre-transfert dans les Phases 1 et 2

Lors de la phase 1, le thérapeute accueille le patient et commence par une anamnèse, puis fait une évaluation des facteurs de sécurité afin de déterminer si l'EMDR est indiquée pour le patient, avant de décider d'un plan de traitement. Lors de la phase 2, le thérapeute établit l'alliance thérapeutique, donne des informations sur le traitement des traumatismes avec l'EMDR et met en place des procédures de sécurité et des exercices de relaxation. Pendant ces deux phases, les thérapeutes EMDR ont la tâche difficile de décider si le traitement des traumatismes est indiqué à ce moment-là ou si plus de temps est nécessaire pour établir une alliance thérapeutique adéquate et/ou des procédures de régulation des affects. Une autre tâche est de mettre en place le plan de traitement. Lors de ces phases, les décisions du thérapeute ne sont pas seulement dépendantes d'observations et de faits objectifs mais aussi de plusieurs facteurs subjectifs qui sont listés ci-dessous dans la droite ligne des propositions de Pearlman et Saakvitne (1995) décrites plus haut.

1. La réponse du thérapeute à la réalité des traumatismes du patient. Quel degré de sévérité le thérapeute EMDR donne-t-il à ces traumatismes-là ? Le thérapeute EMDR considère-t-il, par exemple, la négligence comme un point central dans le développement de la pathologie ?
2. Les réponses du thérapeute au transfert du patient : p.ex. le thérapeute peut-il résister à la pression que mettent certains patients pour commencer le retraitement des traumatismes très rapidement dans la thérapie sans prendre en considération ni évaluer de possibles problèmes de sécurité ? Comment le thérapeute EMDR répond-il à un patient qui le met sur un piédestal parce qu'il utilise l'EMDR ?
3. L'histoire du thérapeute, sa personnalité, son style de coping et son transfert à l'égard du patient. Le thérapeute a-t-il vécu une expérience traumatique similaire à celle du patient ? Comment cela affecte-t-il l'évaluation du patient et l'élaboration du plan de traitement ?
4. La réponse du thérapeute à l'activation de ses propres traumatismes par le patient ou l'histoire du patient : le thérapeute EMDR va-t-il éviter l'activation de ses propres traumatismes ? Par exemple en rallongeant les phases 1 et 2 plus que nécessaire, ou en réduisant le temps imparti à ces deux phases ?
5. La réponse du thérapeute à sa propre traumatisation vicariante qui peut apparaître immédiatement lors de l'anamnèse. Ici aussi l'évitement peut être une réaction possible chez le thérapeute.
6. Les perspectives théoriques du thérapeute sur le trauma et sa relation à ses formateurs EMDR ou à ses superviseurs EMDR. La position du mentor du thérapeute à propos de la controverse sur la stabilisation peut avoir un impact sur ses décisions, selon la relation qu'il a engagé avec ce mentor.

Pendant les phases 1 et 2, les traumatismes et les problématiques d'attachement des thérapeutes EMDR peuvent avoir un impact sur la manière qu'il comprennent et conceptualisent les cas des patients et comment ils mettent en place le plan de traitement. Certains thérapeutes peuvent ne pas se rendre compte d'une telle influence sur les jugements et choix cliniques. Quand des thérapeutes sont en thérapie pour solliciter un traitement pour leurs propres symptômes post-traumatiques ou leurs problématiques d'attachement, cela peut interférer avec leurs choix cliniques. La thérapie EMDR peut s'avérer difficile ou se bloquer si le thérapeute travaille dans sa propre thérapie sur des problématiques similaires ou

des événements traumatisants similaires à ceux de son patient. Dans de tels cas, patient et thérapeute sont tous deux activés et cela demande au thérapeute une énergie phénoménale pour qu'il puisse maintenir ses capacités professionnelles, une distance adéquate et l'empathie nécessaire envers son patient. Le patient peut sentir qu'il se passe quelque chose et il peut se sentir responsable. Voici une vignette clinique qui illustre cela.

Vignette clinique : lorsque le thérapeute est aussi en thérapie

Monsieur C., un assistant social de 30 ans, vient en thérapie pour des difficultés sexuelles dues à des agressions sexuelles qu'il a vécues lorsqu'il avait 3 ans. Ses parents l'amènèrent consulter le médecin de famille pour obtenir des conseils et du soutien, mais cela ne fut aucunement aidant puisque le médecin banalisa de tels événements. Après 9 séances pour les phases 1 et 2, avec une anamnèse approfondie et un apprentissage de procédures de sécurité, le thérapeute considéra qu'il s'agissait d'une traumatisation non-complexe et procéda au travail sur le traumatisme avec les phases 3 et 4 du protocole EMDR. Après 8 séances et une baisse significative du SUD, le patient appela le thérapeute pour lui faire part de l'émergence d'idées pédophiles suite à la séance précédente. Des mesures de sécurité furent mises en place dans la vie réelle puisque le patient travaillaient parfois avec des enfants et des adolescents. Des exercices de stabilisation furent utilisés pour baisser ces nouveaux symptômes et la forte perturbation qu'ils entraînaient chez le patient. Le thérapeute était étonné de se sentir manquer d'assurance dans ses capacités à pratiquer des exercices de stabilisation auxquels il était pourtant bien formé et pour lesquels il était expérimenté. Il sentait que ses capacités professionnelles étaient diminuées « sans raison. » Une supervision révéla qu'il n'avait pas correctement évalué la négligence émotionnelle que le patient avait vécue dans la relation avec ses parents et son effet négatif sur les facteurs de résilience. Ainsi il négligeait lui-même le patient de la même manière que les parents du patient l'avaient négligé, en ne prenant pas en compte la sévérité des agressions sexuelles. Lors de cette supervision il devint clair au thérapeute qu'il avait de l'aversion pour certains comportements contrôlants du patient, comportements qui lui rappelaient sa propre mère contrôlante. Cela l'amenait à être distant envers le patient, un autre type de négligence. En outre, il se rendit compte qu'il travaillait lui-même sur une forme de violence sexuelle dans sa propre thérapie.

En fait il avait sa propre séance de thérapie hebdomadaire le même jour que la séance de ce patient. Cela lui demandait une énergie extraordinaire pour séparer ses propres problématiques de celles de son patient et pour combattre ses propres réactivations lorsqu'il travaillait avec son patient. Cette situation avait bloqué la thérapie. La supervision permit de clarifier le diagnostic et d'ajuster le plan de traitement. Le thérapeute admit sa propre responsabilité dans les difficultés qui étaient apparues dans la thérapie, il aborda avec empathie les tendances contrôlantes du patient, et expliqua les ajustements nécessaires au traitement, ce que le patient comprit et accepta.

Lorsque des patients veulent traiter le traumatisme immédiatement

Parmi les patients qui souhaitent faire une thérapie EMDR, certains s'attendent à un effet magique. Je suis toujours étonné par les patients qui présument que la thérapie EMDR va durer un maximum de 4 séances (phases 1 et 2 incluses), alors que la recherche a démontré l'efficacité de l'EMDR en utilisant un format de 9 séances pour le traitement de TSPT « simple ». Je suis encore plus étonné qu'en supervision des collègues – mêmes expérimentés – suivent les attentes de tels patients et commencent les phases 3 et 4 lors de la seconde séance avec des patients qui ont vécu des traumatisations complexes. Ce n'est pas le but de cet article de discuter de la controverse sur la question de savoir si le traitement du traumatisme devrait commencer rapidement en début de thérapie pour les patients avec des PTSD-C ou des troubles dissociatifs. Néanmoins, s'intéresser aux facteurs subjectifs et intersubjectifs impliqués dans l'élaboration du plan de traitement d'une thérapie EMDR peut aider à articuler certains aspects de la controverse.

Il y a des personnes qui ont fait l'expérience de traumatisation complexe dans l'enfance et/ou l'adolescence et qui viennent en thérapie EMDR avec l'attente de résultats rapides. C'est tout à fait compréhensible puisqu'ils ont une longue histoire de souffrances et de thérapies inefficaces ou partiellement efficaces. Chacun a droit au bonheur ou au moins à une paix intérieure. Ce tels patients ont souvent vécu des traumatismes spécifiques (violence physique ou sexuelle, ou même un accident de voiture) ainsi que de la négligence. Par exemple leurs parents ou personnes de soin ont pu de pas les reconforter après une blessure ou ont pu, après un accident, leur reprocher en criant de ne pas avoir été assez attentifs. Certains parents peuvent être des parents techniquement bons : par

exemple, ils emmènent l'enfant chez un psychothérapeute après qu'il ait été agressé sexuellement, mais ils peuvent ne pas être capables de réconforter l'enfant. Il s'agit de parents techniquement bons mais émotionnellement négligents. Un traumatisme relationnel (manque de réconfort ou culpabilisation) est rajouté au traumatisme primaire (p.ex. la violence sexuelle). Les thérapeutes EMDR devraient être prudents lorsqu'ils explorent les attentes de certains patients ayant un TSPT-C qui considèrent l'EMDR comme une thérapie technique et rapide. Certains d'entre eux transfèrent leur propres traumatismes relationnels sur la méthode et sur le thérapeute. Les praticiens EMDR devraient être conscients que derrière un besoin bien compréhensible d'une thérapie rapide (« j'ai assez souffert, je veux une thérapie rapide et technique qui est démontrée efficace »), puisse se cacher une croyance du type « mes parents n'ont jamais pris le temps de m'écouter, je n'attends donc pas à ce que vous ou qui que ce soit d'autre prenne le temps de m'écouter avec attention, alors commençons avec la technique. » Si le thérapeute décide de suivre les attentes du patient et commence rapidement avec le traitement du traumatisme (phases 3-6), il va réactiver les traumatismes relationnels du patient : ne pas être entendu, ne pas recevoir des soins suffisamment bons. Le thérapeute va alors répéter le comportement des parents du patient : être techniquement bon mais émotionnellement négligent. Cela peut renforcer une cognition négative du type « je ne mérite pas qu'on m'écoute » ou « je n'ai pas de valeur. »

Depuis Ferenczi (1949) nous avons compris que certaines personnes avec une histoire de violences précoces remettent en acte leurs traumatismes précoces dans la thérapie. Les thérapeutes EMDR devraient être attentifs à ne pas participer à de telles remises en acte, mais à explorer les attentes de leurs patients à l'égard du retraitement des traumatismes par l'EMDR. Les thérapeutes devraient aussi analyser leurs propres motivations qui les amènent à accepter ou à refuser la demande de ces patients pour une thérapie rapide ou pour un retraitement précoce des traumatismes.

Lorsque les thérapeutes EMDR passent trop vite au traitement du traumatisme

Nous observons plusieurs pièges lorsque la patiente ou sa vie et ses problématiques activent des traumatismes passés ou des conflits intérieurs chez la thérapeute. Certaines thérapeutes EMDR voudront passer rapidement au traitement du traumatisme, sans avoir conscience de leur motivation profonde d'en finir

aussi vite que possible. D'autres thérapeutes peuvent ne pas évaluer complètement tous les aspects de la traumatisation de leur patiente, dans certains cas parce que, inconsciemment, elles évitent une problématique similaire chez elles. D'autres encore peuvent avoir peur de commencer le retraitement du traumatisme et elles rallongent alors la phase de stabilisation par des procédures supplémentaires de sécurité. C'est le sous-système d'action évitement/fuite qui est activé chez le thérapeute dans tous ces cas de figure. L'idée même de travailler sur certains types d'événement traumatique (par exemple, la violence sexuelle ou certains types d'accident) peut provoquer chez un certain nombre de thérapeutes des sentiments de tristesse, peur, colère, désespoir ou dégoût. Le retraitement du traumatisme peut être perturbé si le thérapeute n'est pas (encore) capable d'accompagner la patiente dans un parcours si difficile. Le patient peut se sentir en insécurité s'il sent ou se rend compte que son thérapeute est préoccupé par ses propres craintes et ne peut pas le soutenir suffisamment. Cela peut activer des souvenirs d'insécurité et perturber le retraitement du traumatisme qui est en train d'être réalisé. Ainsi il est sans doute mieux pour le patient qu'on ne procède pas au retraitement du traumatisme si le thérapeute EMDR ne se sent pas (encore) prêt de le faire. De tels problèmes ne sont pas dus à une mauvaise évaluation de la situation de la patiente mais au sentiment d'insécurité du thérapeute à l'égard du retraitement du traumatisme en général ou dans des cas circonscrits. Les vignettes suivantes portent sur les implications de commencer trop tôt le traitement du traumatisme. Nous verrons comment les traumatismes du thérapeute peuvent s'inviter dans la décision de commencer le traitement du traumatisme trop tôt.

Vignette clinique : précocité du traitement du traumatisme comme moyen pour le thérapeute d'éviter ses propres traumatismes

Madame B. est une psychothérapeute et praticienne EMDR expérimentée. Elle vient en supervision avec la question suivante concernant un nouveau patient : « il dissocie pendant le retraitement, que dois-je faire ? » Je ne répondis pas tout de suite à cette question et demandai davantage d'informations sur le patient. Il s'agit d'un homme né dans un pays de l'ancien bloc soviétique jusqu'à ce que sa famille quitte ce pays au début des années 1980 pour la Suisse où ses parents et lui vécurent des expériences régulières d'humiliation à cause de leur statut de migrant. Son père était physiquement violent avec lui et lui mettait une pression

extrême pour qu'il réussisse sa scolarité. Le patient, qui a un bon revenu, demande un traitement EMDR bref de 4 à 5 séances. La thérapeute le met en garde de la difficulté d'atteindre cet objectif mais réalisa tout de même les phases 3 et 4 lors dès la seconde séance après un bref exercice de lieu sûr partiellement satisfaisant. Alors qu'elle relatait certains détails de la vie du patient, la collègue réalisa qu'elle était émotionnellement activée. Après réflexion elle réalisa que sa propre mère était originaire de la même région que son patient, et qu'elle aussi avait été une immigrée. Immédiatement après, lui revinrent en mémoire des situations d'humiliation et de menace que sa mère avait vécues pendant son périple de migration pendant la seconde guerre mondiale. Les larmes aux yeux, la collègue exprime sa surprise que son patient soit revenu après la première séance et à nouveau après la seconde séance. Nous voyons ainsi que le problème n'est pas que le patient dissocie pendant la phase 4. Le problème est que patient et thérapeute sont activés et que tous deux veulent se débarrasser du fardeau le plus rapidement possible. Tous deux avaient tendance à éviter leurs propres souvenirs traumatiques. Dans son désir d'une thérapie brève et technique, le patient était probablement en train de remettre en acte la négligence et la pression à la réussite que son père lui imposait (introjection). Dans son souhait de suivre le patient en faisant une thérapie très brève, la thérapeute répondait en fait à ses propres besoins d'éviter des traumatismes anciens, activés par les origines du patient, sa vie d'immigré et les expériences d'humiliation. Ce n'est pas le patient qui était émotionnellement déconnecté pendant la phase 4, mais patient et thérapeute. Après cette supervision la thérapeute prit le temps de renégocier le cadre de la thérapie et d'investiguer correctement l'histoire du patient, prenant en considération l'activation possible de ses propres traumatismes familiaux. Bien qu'elle fut consciente de ces événements traumatiques dans son histoire familiale, événements qui avaient d'ailleurs fait l'objet d'un travail thérapeutique dans le passé, la thérapeute n'avait pas compris – jusqu'à cette supervision – leur signification dans le travail avec ce patient-là.

Selon mes observations, des situations traumatiques peuvent s'activer chez le thérapeute quand bien même elles ont été retraitées avec succès dans le passé. La profondeur du retraitement du traumatisme pourrait aussi être remise en cause. Il est possible qu'une trace restante du souvenir précédemment stocké de manière dysfonctionnelle puisse soudainement être activée et exacerbée avec une augmentation correspondante de la perturbation.

Ces vignettes cliniques mettent en évidence que l'évaluation des difficultés et ressources du patient ainsi que l'élaboration du plan de traitement (phases 1 et 2) ne dépendent pas de données objectives (si cela existe), mais aussi d'éléments subjectifs et intersubjectifs parfois complexes de la rencontre entre une patiente et une thérapeute. Il peut être utile d'être conscient des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels qui sont à l'œuvre depuis la toute première séance. Cela peut augmenter l'efficacité du traitement et rendre la thérapie plus sûre, à la fois pour les patientes et les thérapeutes.

Transfert et Contre-transfert Pendant les Phases 3 à 6

Dworkin (2005) ainsi que Dworkin and Errebo (2010) décrivent en détail l'effet du transfert et du contre-transfert dans toutes les phases du protocole EMDR. Leurs contributions sont très aidantes pour réaliser un travail précis lors de cette partie centrale de la psychothérapie EMDR, utilisant au mieux le transfert et le contre-transfert pour accroître l'efficacité de l'EMDR. Cet article soutient les travaux de Dworkin, et nous allons ajouter certaines interventions particulières qui peuvent avoir tout leur intérêt.

Le tissage cognitif basé sur le contre-transfert

Dworkin (2005) décrit le tissage cognitif relationnel comme une intervention spécifique lorsque le processus est bloqué à cause d'une problématique contre-transférentielle. Il déclare (p. 170) qu'« un tissage cognitif est nécessaire lorsqu'un souvenir lié à un état a été activé chez le clinicien, est remarqué à un niveau ou un autre par le client, et semble avoir temporairement bloqué le travail. » Je propose un autre type de tissage cognitif également basé sur le contre-transfert que j'appelle *tissage cognitif basé sur le contre-transfert*. Dans certaines situations cliniques, principalement dans la phase 4, lorsqu'il y a un blocage, le thérapeute peut avoir un sous-système d'action donné qui est activé, et cela peut aider à comprendre le blocage qui a lieu dans le processus du patient. L'analyse du sous-système d'action activé chez le thérapeute permet une intervention adaptée sous la forme d'un tissage cognitif. La vignette clinique qui suit illustre ce type de tissage.

Vignette clinique

Monsieur D. vient en thérapie pour traiter une phobie sociale d'intensité légère. Il apparaît qu'elle est

due – parmi d’autres facteurs - à des épisodes de violence physique dans son enfance infligée par les domestiques de ses parents. Les parents n’étaient pas au courant de ces faits. Alors que nous travaillons sur une de ces scènes de violence, pendant la phase 4, le patient est au bord d’une abréaction, comme s’il avait besoin de pleurer fortement. L’abréaction ne se produit néanmoins pas malgré les procédures habituelles (allongement des séries de SBA, changement de direction des mouvements oculaires, changement de type de SBA et plusieurs tissages cognitifs classiques), le tout sur 4 séances. Lors de cette quatrième séance le thérapeute ressent avec surprise un besoin de prendre le patient dans ses bras. Il fit l’hypothèse que la relation thérapeutique est impliquée dans le blocage et, après avoir interrompu la phase 4, aborde cela en utilisant des outils cognitifs pour analyser ce problème. Cela n’apporta néanmoins rien à la thérapie. Il analysa ensuite la situation en prenant la perspective des sous-systèmes d’action. Le besoin irrésistible de prendre le patient dans ses bras correspond au sous-système soin. Le thérapeute en conclut que c’était peut-être le signe du besoin du patient. Lors de la séance suivante, alors que le patient est à nouveau au bord d’une abréaction dans la phase 4 du protocole EMDR, le thérapeute proposa le tissage cognitif suivant : « Se pourrait-il que le petit garçon avait besoin qu’on le prenne dans les bras et qu’on le reconforte ? » Le patient répondit par un sonore « oui ! » et fondit en larmes. Le TAI était libéré et la thérapie EMDR pouvait continuer avec succès. Ce tissage cognitif était basé sur les sensations et réactions sensorimotrices du thérapeute pendant le traitement du traumatisme. C’est la prise de conscience du contre-transfert, analysé grâce au concept des sous-systèmes d’action, qui a rendu possible ce tissage. C’est la raison pour laquelle je le nomme tissage cognitif basé sur le contre-transfert.

Considérations sur le tissage cognitif basé sur le contre-transfert

Dans d’autres situations, il arrive que certains thérapeutes observent dans leurs propre monde intérieur des images, des pensées, des émotions ou des sensations, qui sont en lien avec leur patient ou avec l’événement traumatique qui est activé à l’aide du protocole EMDR. Dans la droite ligne de Pearlman et Saakvitne (1995) je propose que ces informations peuvent être des éléments dont le patient est dissocié. Les neurones miroirs expliqueraient pourquoi certains thérapeutes « reçoivent » de tels éléments en lien avec leurs patients et/ou avec l’événement traumatique ciblé.

Dans de nombreux cas, de tels phénomènes contre-transférentiels apparaissent conjointement avec un blocage du TAI. En effet si le patient n’a pas un accès conscient à des éléments importants du traumatisme, le processus ne pourra pas être achevé, en tout cas pas pleinement. Ici aussi le thérapeute a le choix de procéder à un tissage cognitif basé sur le contre-transfert. Par exemple si, en travaillant avec un patient sur une situation d’agression sexuelle, le thérapeute a la sensation que quelque chose est sur sa jambe, un tissage cognitif pourrait être : « Comment est votre jambe ? » ou plus précisément, si la première proposition n’a pas activé le TAI : « Se pourrait-il que vous aillez une sensation sur la jambe ? » Si à nouveau un tel tissage cognitif n’active pas le TAI, alors une intervention plus directe pourrait être tentée : « je ressens quelque chose sur ma jambe. » Roques (2004) propose l’intervention suivante : « vous m’avez transmis quelque chose » puis le thérapeute décrit l’élément au patient, dans cet exemple : « vous m’avez transmis la sensation de quelque chose est sur la jambe. » Je considère ce type de tissage trop directif et même abusif d’une certaine manière. En tant que thérapeute nous ne savons pas avec certitude pourquoi ni comment nous « recevons » des images, pensées, émotions ou sensations, que nous *croions* venir de notre patient. Il est donc impératif que le tissage cognitif basé sur le contre-transfert soit fait sous la forme d’une question, une proposition, ou qu’il décrive strictement notre propre expérience subjective.

Avant de faire un tissage cognitif basé sur le contre-transfert, le thérapeute devrait analyser si les éléments activés sont (1) du matériel propre au thérapeute, ou (2) uniquement du matériel dissocié du patient. Dans le premier cas de figure, nous recommandons le tissage relationnel de Dworkin (2005). Dans le deuxième cas de figure, le tissage cognitif décrit ci-dessus donne une bonne chance d’activer le TAI. Certains thérapeutes peuvent être perturbés lorsqu’ils reçoivent de tels éléments. Certains éléments *sont* en effet perturbants. Néanmoins il faut y voir le signe d’une relation thérapeutique solide et collaborative avec le patient. Des procédures de sécurité peuvent aider les thérapeutes dans de telles situations. Ils peuvent s’imaginer dans leur lieu sûr pendant qu’ils travaillent (Dworkin, 2005), ou ils peuvent pratiquer la méditation et prendre une position plus à distance pendant qu’ils travaillent avec leurs patients ou au moins avec certains d’entre eux. Il peut être aidant pour les thérapeutes de prendre la position de l’observateur (Reddemann, 2011; Piedfort-Marin & Reddemann, 2016) pour être proche du matériel qui émerge et en

même temps suffisamment distant émotionnellement pour un travail plus confortable.

Discussion

Cet article propose que la psychothérapie EMDR, comme toute autre psychothérapie, devrait porter une attention particulière aux possibles problématiques transférentielles et contre-transférentielles pour accroître son efficacité, en particulier dans le traitement des cas complexes. Travailler avec le contre-transfert en thérapie EMDR est possible aussi pour les thérapeutes qui n'ont pas été formés à la thérapie psychodynamique ou la psychanalyse et qui souhaitent développer des outils d'observation et d'analyse. Pour prendre conscience du contre-transfert, le meilleur outil est de développer les capacités d'auto-observation et d'attention, et la pleine conscience. Développer une attention ciblée de ce qui se passe dans la relation avec les patients, et en soi à propos des patients, cela nécessite de l'entraînement. Certains thérapeutes sont plus capables que d'autres d'être en pleine conscience mais c'est une qualité qui peut être développée de différentes manières. Certains peuvent bénéficier d'un stage de pleine conscience, d'autres de méditation, d'autres encore auront leurs propres manières de devenir plus attentifs en conscience. Développer un « observateur intérieur » peut également être un outil intéressant. Cela peut être utile pour certains thérapeutes de se concentrer sur différents niveaux d'information : ce que le patient dit et montre, mais aussi ce que le thérapeute sent, pense, fait et « voit » à propos du patient, de lui-même et à propos de leur relation. La thérapeute devrait aussi être attentive à ce qu'elle ne sent pas, ne pense pas et ne fait pas. Tout changement dans les habitudes de travail pourrait être le signe d'une possible problématique contre-transférentielle. La réalisation d'une problématique contre-transférentielle peut émerger à tout moment : à la maison, au sport, dans un rêve, lorsqu'on est avec un autre patient, etc. La supervision est un espace prédestiné pour permettre l'émergence de possibles problématiques contre-transférentielles avec l'aide empathique du superviseur. Il arrive souvent qu'une thérapeute ressente « qu'il y a quelque chose qui se passe » mais c'est seulement en supervision qu'elle pourra se rendre compte de la nature du problème. Les superviseurs peuvent aider les thérapeutes à développer leurs capacités d'observation en lien avec le contre-transfert. La compréhension des problématiques contre-transférentielles peut bénéficier d'une analyse structurée. Un outil de base – surtout dans les

thérapies des traumatismes – est le triangle dramatique de Karpman (1968) : les thérapeutes devraient observer s'ils se situent dans le rôle de la victime, du sauveur ou du persécuteur, et devraient faire un effort conscient pour rester en-dehors de ces positions. Un autre triangle représente l'enfant blessé, l'agresseur et la personne de soin non-protectrice. Cette dernière position est parfois remplacée par la personne de soin techniquement bonne mais émotionnellement négligente, une position qui peut apparaître plus souvent dans des thérapies « techniques » comme l'EMDR. C'est pourquoi les thérapeutes EMDR devraient être attentifs à ce possible piège. Selon Watkins et Watkins (1997, p. 99), « un principe général, peut-être dans toute thérapie, est le dicton suivant : *Ne faites pas ce que les parents, ou qui que ce soit qui a éduqué le patient dans son enfance, ont fait de mal aux yeux du patient, que ce soit ignorer ou abuser.* » Enfin le concept de systèmes et sous-systèmes d'action (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006; Nijenhuis, 2017) est un outil intéressant qui permet une analyse structurée des pensées, émotions, images, action et réactions sensorimotrices du thérapeute. Cet outil est peut-être mieux intégré par les thérapeutes avec une formation de base en thérapie cognitivo-comportementale.

Il peut être également important d'analyser les motivations conscientes et inconscientes qui ont amené les thérapeutes à se former à une thérapie donnée. Ainsi les thérapeutes EMDR devraient se poser la question de base suivante : Pourquoi ai-je choisi de me former à l'EMDR ? La réponse peut révéler les besoins spécifiques des thérapeutes, comme le besoin de succès, le besoin de contrôle, le besoin d'être actif dans le travail avec les patients, le besoin de suivre les dernières tendances, le besoin de mieux aider les patients, le besoin d'avoir des résultats plus rapides, le besoin de travailler dans un cadre contrôlé, le besoin de plaire aux supérieurs hiérarchiques, etc. Aucune des réponses n'est bonne ou une mauvaise. Elles sont influencées par notre expérience de vie et elles influencent notre travail, nos choix de concepts et de théories.

Un défi majeur pour les psychothérapies dans les prochaines décennies serait d'intégrer des facteurs intersubjectifs dans les études d'efficacité comme les études RCT. Cela peut être difficile et aussi coûteux, et dans ce cas, nous devons accepter que les études RCT présentent une image globale qui restera incomplète. Davantage de recherches sont nécessaires pour comprendre comment personnaliser les traitements pour obtenir un meilleur résultat, en particulier dans les cas complexes. Si nous considérons que l'EMDR

est aussi un processus relationnel entre deux êtres humains uniques, chacun ayant une histoire, des forces et des faiblesses qui lui sont propres et uniques, alors intégrer le transfert et le contre-transfert dans la thérapie EMDR est impératif.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition DSM-5*. Washington D.C./London: American Psychiatric Publishing.
- Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (2009) The first 10,000 adult attachment interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment Human Development, 11*, 223–263
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bernstein, E.M., & Putman, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 174*, 727-735.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Outremont, Québec: Les Editions Quebecor.
- Carlson, E.A., Egeland, B., & Sroufe, L.A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Developmental Psychopathology, 21*, 1311–1334.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York, NY: Wiley & Sons.
- Cloitre, M., Courtois C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Van der Hart, O. (2012). *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=5185
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed., pp. 718–744). New York, NY: Guilford.
- Dutra, L., Bureau, J., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 383–390.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York: Routledge.
- Dworkin, M., & Errebo, N. (2010). Rupture and repair in the EMDR client/clinician relationship: now moments and moments of meeting. *Journal of EMDR Practice and Research, 4*(3), 113-123.
- Elkaïm, M. (2008). The use of resonance in supervision and training. *Human Systems, 19*, 16–25.
- Ferenczi, S. (1916). Introjection and transference. In his *Contributions to psychoanalysis* (pp. 30-80.). Boston: Richard G. Badger. (Original work published 1909).
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the children. *International Journal of Psycho-Analysis, 30*, 225-230.
- Ferenczi, S. (1988). *Clinical Diary*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Farina, B., Speranza, A. M., Dittoni, S., Gnoni, V., Trentini, C., Vergano, C. M., Liotti, G., Brunetti, R., Testani, E., & Della Marca, G. (2014) Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *European Archives of Psychiatric & Clinical Neurosciences, 12*(5), 526.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy. *Collected Papers, 2*:289. London: Hogarth Press, 1946.
- Gallese, V. (2005). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytical Association, 55*(1), 131-176.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis for social identification. *Psychoanalytic Dialogues, 19*, 519–536.
- Gazzola, V., Aziz-Zadeh, L., & Keysers, Ch. (2006). Empathy and the somatotopic auditory mirror system in human. *Current Biology, 16* (18), 1824-1829.
- Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship*. New York: Wiley.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996) *Adult attachment interview protocol, 3rd edition*. Berkeley : University of California.
- Hayes, J. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research, 14*(1), 21-36.
- Heiman, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 31*, 81-84.
- Hickok, G. (2009). Eight Problems for the Mirror Neuron Theory of Action Understanding in Monkeys and Humans. *Journal of cognitive neurosciences, 21* (7), 1229-1243.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD). (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma and Dissociation, 12*, 115-187.
- Karpman, S. (1968). "Fairy tales and script drama analysis". *Transactional Analysis Bulletin, 26*(7), 39–43.
- Kohler E., Keysers C., Umiltà A., Fogassi L., Gallese V. & Rizzolatti G. (2002): Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons. *Science* 297: 846 – 848.

- Levy, K. N. (2005). The implication of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 55-74.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: an illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21-3, 232-252.
- Liotti, G. (2013). Phobias of attachment-related inner states in the psychotherapy of adult survivors of childhood complex trauma. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 69 (11), 1136-1147.
- Liotti, G. (2014). L'attachement desorganisé et ses séquelles développementales dans la genèse et le traitement de l'ESPT complexe. (Disorganized attachment and its developmental sequelae in the genesis and the treatment of complex PTSD). Handout of the workshop given in Lausanne, Switzerland.
- Liotti, G., & Gumley, A. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: the role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. J. Dorahy (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation* (pp. 117-133). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., & Bianchi, I. (2006) From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-86, viii
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed., pp. 667-697). New York, NY: Guilford.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago, IL : Chicago University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017). *The trinity of trauma : ignorance, fragility, and control. The evolving concept of trauma / the concept and facts of dissociation in trauma*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York, NY : Oxford University Press.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Co.
- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2016). *Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du Moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles: Satas.
- Piedfort-Marin, O., Wisler, D., Spagnoli, D., & Piot, M.-E. (2017). An adapted version of Kluft's Dimensions of therapeutic movement instrument (DTMI). *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 263-268.
- Pizzamiglio, L., Aprile, T., Spitoni, G., Pitzalis, S., Bates, E., D'Amico, S., & Di Russo, F. (2004). Separate neural systems for pre-processing action- or non-action-related sounds. *NeuroImage*, 24 (3), 852-861.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. London : The Hogarth Press.
- Racker, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanalytical Quarterly*, 26, 303-357.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie - PITT, das Manual*. Stuttgart: Klett-cota, 11th edition.
- Riggs SA, Paulson A, Tunnell E, Sahl G, Atkison H, Ross CA (2007) Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: self-reported romantic attachment style versus adult attachment interview states of mind. *Developmental Psychopathology*, 19, 263-291
- Rizzolatti G., Fadiga L., Fogassi L. & Gallese V. (1996): Pre-motor cortex and the Recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3: 131-141.
- Roques, J. (2004). *EMDR. Une révolution thérapeutique*. Paris : La Méridienne, Desclée de Brouwer.
- Schmahl, C., Lanius, R.A., Pain, C., & Vermetten, E. (2010). Biological framework for traumatic dissociation related to early life trauma. In: R.A. Lanius, E. Vermetten, C. Pain (Eds) *The impact of early relational trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 178-188
- 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: DSM-V and beyond* (pp. 107-141). New York, NY: Routledge.
- Schubbe, O. (2011). *Self-care during the EMDR session: The application of the standard protocol for working with counter-transference*. Presentation presented at the 12th EMDR Europe Association Conference, Vienna, Austria.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Second edition*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Third edition*. New York: Guilford.
- Stovall-McClough KC, Cloitre M (2006) Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood

- abuse histories. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74, 219–228.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: Norton.
- van Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2008). The distribution of adult attachment representations in clinical groups: a meta-analytic search for patterns of attachment in 105 AAI studies. In: H. Steele & M. Steele (Eds) *Clinical applications of the adult attachment interview*. Guilford Press, New York, pp 69–96
- Watkins, J.G., & Watkins, H.H. (1997). *Ego States Theory and Therapy*. New York : Norton.
- Wilson, N., & Knoblich, G. (2005). The case for motor involvement in perceiving conspecifics. *Psychological Bulletin*, 131 (3), 460-473.
- Young, J.E., Koslo, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

Reconnaissance: L'auteur souhaite remercier les nombreux collègues qui ont soutenu ce travail et l'ont motivé à écrire cet article.

Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Olivier Piedfort-Marin, Av. de Montchoisi 21, 1006 Lausanne, Suisse. Courriel: olivier.piedfort@gmail.com