

Sandra Pavio, PhD & Elisabeth Kundle, BSc
Université de Windsor

La Thérapie Centrée sur les Emotions pour les traumatismes interpersonnels

Article traduit par Denise Schiffmann, psychologue clinicienne, psychothérapeute EFT

RESUME

La Thérapie Centrée sur les Emotions pour les Traumatismes (Emotion-Focused Therapy for Trauma - EFTT) est un modèle, qui élargit et affine la théorie générale de la Thérapie Centrée sur les Emotions à la mesure du traumatisme interpersonnel. Le modèle de traitement s'applique amplement aux traumatismes interpersonnels, comprenant depuis peu le traitement des immigrants et des réfugiés, victimes de torture. Toutefois, le travail de recherche clinique le plus conséquent s'est porté sur des hommes et des femmes, souffrant de traumatismes liés à divers abus subis au cours de l'enfance (émotionnel, physique, sexuel). L'EFTT (la Thérapie Centrée sur les Emotions pour les Traumatismes) se fonde sur la théorie et les études thérapeutiques expérientielles actuelles (par ex, Greenberg & Pavio, 1997 ; Greenberg, Rice & Elliott, 1993 ; Pavio & Greenberg, 1995) qui, à leur tour, sont fondées sur la théorie des émotions et les études et développements les plus récents en neurosciences affectives (par ex. Damasio, 1999 ; Fridia, 1986 ; LeDoux, 1996). Il est important de noter que l'EFTT intègre également les connaissances actuelles dans les domaines de l'attachement et du traumatisme (Briere & Scott, 2006 ; Herman, 1992 ; Solomon & Siegel, 2002, Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996).

Hypothèses essentielles

La thérapie expérientielle. Selon l'hypothèse essentielle, qui sous-tend toute thérapie expérientielle, dont l'EFTT, l'attention portée à l'exploration et à la symbolisation d'une expérience subjective en cours (ressentis et significations) constitue une source primordiale d'informations nouvelles, permettant de construire du sens (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Cette hypothèse se distingue des traditionnelles approches cognitivo-comportementales et psychodynamiques, basées sur l'apprentissage de compétences, sur l'information et les interprétations fournies par le thérapeute comme sources fondamentales d'informations nouvelles. On considère l'idée de se fier à une expérience intérieure, source de sagesse sur ses propres valeurs, priorités, besoins, préoccupations, évaluations et réactions aux autres, comme particulièrement importante dans le développement propre de la personne et son fonctionnement interpersonnel.

Savoir être attentif et explorer l'expérience intérieure (les pensées, les ressentis, les souvenirs) joue également un rôle central pour se reconstruire suite à un traumatisme et résoudre des difficultés, liées à des abus subis au cours de l'enfance (Briere & Scott, 2006 ; Herman, 1992 ; Van Der Kok et Coll, 1996). Voilà en quoi consiste le creuset du travail sur les souvenirs et des procédures liées à l'exposition, qui sont communes à la plupart des thérapies traitant des traumatismes. Toutefois, les approches expérientielles, dont l'EFTT, mettent en exergue, de façon unique, le processus d'exploration et de symbolisation de l'expérience intérieure (le processus expérientiel) ainsi que la qualité du processus d'exploration plutôt que son contenu. On met davantage l'accent sur le processus narratif que sur la narration elle-même (Pavio & Pascual-Leone, 2007).

Théorie des émotions. Il existe d'autres hypothèses, provenant de la théorie et des études récentes sur les émotions (par ex : Damasio, 1999 ; Frida, 1986, Izard, 2002 ; LeDoux, 1996). Notamment, les émotions sont liées à un réseau d'informations ou un système de significations multi-modal (par ex : des pensées, des images, des ressentis, des désirs, une expérience physique et des tendances à l'action). Quand l'émotion apparaît, l'information reliée, influence les perceptions, la motivation et le comportement en cours. C'est uniquement à condition que l'émotion apparaisse que le système de significations associé devient accessible pour être exploré et élaboré émotionnellement, c'est-à-dire pour envisager un changement, du fait de l'intégration d'une information nouvelle (Foa & Kozak, 1986, Greenberg & Safran, 1987). Par ailleurs, des émotions spécifiques sont associées à des zones cérébrales d'activation et à une information spécifiques. L'information liée aux émotions de base permet de s'orienter et d'adapter son fonctionnement. Par exemple, une colère peut aider à se défendre et une tristesse d'accepter une perte. L'EFTT met particulièrement en exergue l'expérience et l'expression d'une colère et une tristesse adaptées, qui étaient à l'origine inhibées. Ainsi, on pourra utiliser l'information liée à ces émotions pour élaborer émotionnellement un matériau traumatique et construire un sens nouveau.

Sources de trouble liées au traumatisme du fait d'abus subis au cours de l'enfance

On compte trois principales sources interdépendantes de troubles, liées à des abus subis au cours de l'enfance, dont l'exposition au traumatisme, des expériences négatives avec des figures d'attachement et l'évitement comme stratégie d'adaptation face à un affect débordant.

L'exposition au traumatisme. Les événements traumatiques sont encodés dans la mémoire expérientielle du cerveau droit, notamment en tant que ressentis, images, sensations physiques et autre expérience sensorielle (Van Der kolk et Coll, 1996). En réponse aux stimuli actuels, qui entrent en résonance avec le traumatisme, des ressentis et souvenirs traumatiques émergent. Avec les années, ces réponses se généralisent à de nombreux stimuli. Pour guérir, il est nécessaire d'activer le système mémoriel expérientiel pour que l'information soit accessible à l'exploration et au changement (Foa & Kozak, 1986, Greenberg & Safran 1987). De plus, pour élaborer des souvenirs traumatiques, il est essentiel de faire appel à des concepts linguistiques ajustés au matériel traumatique, encodé dans le

système expérientiel. Ainsi, pour se rétablir d'un traumatisme, il s'agira pour la personne traumatisée de construire un sens nouveau sur elle-même, sur les autres et sur les événements traumatiques.

Il est important de distinguer l'impact d'événements traumatiques isolés, tels que des accidents de véhicules motorisés ou des catastrophes naturelles (traumatisme simple ou de Type 1) de l'impact d'une exposition, s'étalant sur la durée et répétée, à une violence présente ou menaçante (traumatisme complexe ou Type II), vécues par exemple par des victimes de violence politique, de torture, de violence domestique et de traumatisme liés à des abus vécus au cours de l'enfance. Les traumatismes de Type I sont associés aux symptômes du trouble d'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT ; DSM-IV ; Association Psychiatrique Américaine, 1994). A l'inverse, les traumatismes de Type II sont associés à une palette plus complexe d'effets à long terme, parfois dénommés ESPT complexe ou Troubles de Stress Extrême Non Spécifié autrement (TSENS ; Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane, & Herman, 1996). Ces expériences traumatiques s'avèrent particulièrement dévastatrices quand elles sont perpétrées des mains d'êtres aimés, dont on est dépendant et à des moments critiques du développement. La littérature fait état d'une kyrielle d'impact sur le long-terme suite aux abus subis au cours de l'enfance (Scoboria et Coll, 2006). En particulier, on compte les symptômes d'ESPT et autres troubles de l'anxiété (Rodriguez, Ryan, Vande Kemp, & Foy, 1997) ainsi que la dépression (Beitchman, Zucker, Hood, & DaCosta, 1992) et les difficultés de régulation thymique, dont un déficit ou un excès de contrôle (Van Der Kolk et Coll, 1996). Parmi les perturbations cognitives, on compte une persistante perception d'être vulnérable et imparfait, d'autres perceptions comme celles de trouver les autres dangereux ou peu fiables et une perception du monde principalement hostile et peu sécurisant (Janoff-Bulman, 1989). A leur tour, ces perceptions s'associent à des difficultés interpersonnelles et d'estime de soi (Cloitre, Scarvalone, & Difede, 1997), à des sentiments chroniques de colère, de culpabilité, d'impuissance et de honte (Herman, 1992).

La distinction faite entre un ESPT simple et un ESPT complexe se traduit par des répercussions dans le processus thérapeutique. Les thérapies individuelles, traitant des traumatismes de Type I, scientifiquement validées (par exemple Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993 ; Shapiro, 1999), vont typiquement cibler la mémoire épisodique de l'unique événement traumatique récent. Dans l'EFTT et dans d'autres thérapies, traitant des traumatismes liés aux abus subis au cours de l'enfance, on cible des souvenirs flous d'événements distaux, s'étalant sur de longues périodes et parfois impliquant plusieurs criminels. L'EFTT a pour principal objectif de résoudre des problématiques en lien avec les figures d'attachement. De telles relations impliquent des sentiments complexes et ambivalents et dans de nombreux cas, une interaction continue avec les personnes incriminées ou les membres de la famille. Un processus thérapeutique plus souple s'impose alors.

Les blessures issues de l'attachement. Le sens profond, que l'on a de soi, et les attentes, que l'on porte à l'endroit d'autrui, se développent avec les expériences, que l'on vit avec les figures d'attachement, lesquelles expériences sont affectivement chargées. Des relations d'attachement sécurisantes entre des enfants et leurs parents sont essentielles pour se construire un sentiment de

soi, une confiance en soi et interpersonnelle et des capacités de régulation émotionnelle cohérente (Sroufe, 1995). Les enfants, dont les parents répondent à leurs besoins physiques et émotionnels avec consistance, arrivent à identifier et satisfaire leur propres besoins. Avoir des parents, qui, de façon empathique, reflètent les émotions des enfants permet à ces derniers d'apprendre à reconnaître, nommer et décrire leur propre expérience émotionnelle. Fort de cette compétence, ils peuvent être en contact avec autrui, réguler leur propre expérience émotionnelle et accueillir tout réconfort venant d'autrui.

A l'inverse, des expériences négatives et invalidantes, dans le contexte de relations d'attachement précoces, influencent négativement et en profondeur le sentiment, que l'on développe sur soi et les perceptions, que l'on a des relations interpersonnelles. Dans des environnements abusifs et négligents, les ressentis et les besoins de l'enfant en termes de sécurité, d'autonomie et d'amour sont souvent ignorés, invalidés voire violés. Ces expériences précoces avec les figures d'attachement sont engrammées dans la mémoire, agissent comme des prototypes persistants et forment le creuset du sentiment, que la personne a d'elle-même et de ses attentes à l'endroit d'autrui (Bowlby, 1988). L'enfant abusé développe à son endroit un sentiment d'impuissance, de n'avoir aucune valeur ou un sentiment négatif et perçoit les autres comme peu fiables, non soutenant ou dangereux, ce qui conduit à des carences ultérieures d'estime de soi, dans sa construction identitaire, dans son intimité et dans sa confiance. (Herman, 1992, Liem et Coll, 1996).

Compter sur l'évitement. Enfin, en l'absence de soutien et de coaching émotionnel parental approprié (Gottman, 1997), les enfants apprennent à compter sur l'évitement pour faire face aux forts ressentis, qu'entraînent l'abus et la négligence. D'un évitement expérientiel chronique découle des difficultés pour identifier et exprimer les ressentis (l'alexithymie) qui, à leur tour, peuvent entraîner une dépression, une anxiété sociale et un pauvre soutien social (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Éprouver des difficultés à identifier ses ressentis et à faire confiance à ses propres perceptions et à sa propre expérience (résultat de l'évitement chronique et de l'invalidation parentale) peut entraîner de la vulnérabilité et ainsi conduire la personne à prendre, de façon récurrente, une position de victime. Selon certains chercheurs, l'inhibition chronique des pensées et des ressentis, liés à des événements traumatiques, peut, également, être source de symptômes traumatiques, entraver le mieux-être et contribuer à affaiblir le système immunitaire (Foa, Riggs, & Gershunay, 1995 ; Pennebaker & Campbell, 2000). Les expériences traumatiques, les blessures liées à l'attachement et le sens, qu'on leur confère, se cristallisent dans la mémoire et continuent d'influencer, négativement, ce que la personne perçoit d'elle-même, des autres et de la réalité. Toute annihilation durable d'une colère ressentie suite à une violation ou d'une tristesse, suite à une perte, peut avoir un effet dévastateur sur le développement de l'individu et des relations interpersonnelles et entraîner des troubles comme l'anxiété, la dépression, un sens envahissant d'impuissance, de victimisation et une souffrance pathologique.

En résumé, des traumatismes, liés à des abus subis pendant l'enfance, entraînent une cohorte de troubles, au sein desquelles se nichent des perturbations affectives. L'EFTT s'avère être une approche thérapeutique, particulièrement adaptée, pour traiter ces difficultés.

Principe des mécanismes de changement

Dans l'EFTT, la relation thérapeutique et le processus émotionnel lié aux souvenirs traumatiques sont institués comme principes liminaires des mécanismes de changement.

Une relation empathique et collaborative fournit un contexte de sécurité, permettant l'exploration du matériel traumatique. En cela réside un des éléments clés de toutes les thérapies, traitant les traumatismes (Briere & Scott, 2006). Par ailleurs, ce type de relation thérapeutique procure une expérience nouvelle d'apprentissage aux personnes, dont les difficultés sont le résultat d'un manque profond d'empathie et de contrôle interpersonnel (Herman, 1992).

Répondre, avec empathie, aux ressentis et aux besoins d'un patient favorise la confiance interpersonnelle, diminue la détresse, accroît la prise de conscience et l'acceptation de ces ressentis et besoins ; toutes ces expériences, à leur tour, renforcent les relations interpersonnelles et l'estime de soi (Bolwby, 1988) et ainsi vécues avec le thérapeute peuvent se généraliser aux autres relations.

Le processus émotionnel, deuxième mécanisme de changement de l'EFTT, implique, comme déjà souligné précédemment, l'accès aux sentiments et aux souvenirs traumatiques, les rendant ainsi disponibles pour l'exploration et propices au changement (FOA, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991). Grâce aux processus de désensibilisation, les patients apprennent à tolérer une expérience initiale, qui les a submergés. Plus important encore, grâce à l'exploration et à la symbolisation verbale des expériences perturbantes, accompagnées d'un thérapeute, à qui les patients vouent une grande confiance, ces derniers parviennent à élaborer un sens nouveau, induisant une perception d'eux-mêmes, des autres et des événements traumatiques plus adaptée. L'EFTT peut recouvrir des similitudes avec les TCC traitant les traumatismes, liés à des abus subis au cours de l'enfance, en ce qui concerne l'accès aux expériences émotionnelles inadaptées, telles que la peur et la honte, pour pouvoir ainsi les transformer (par ex, Cloitre, Stowall-McClough, Miranda, & Chemtob, 2004). Toutefois, l'EFTT se distingue particulièrement en ce sens que cette approche renforce l'accès des émotions adaptées, qui ont été initialement inhibées, émotions clés pour favoriser un bon fonctionnement psychique (Damasio, 1999, LeDoux, 1996). Par exemple, exprimer, de façon appropriée, une colère, du fait d'une violation, favorise l'affirmation de soi, le sentiment de puissance et la définition de limites interpersonnelles. Exprimer sa tristesse suite à une perte, c'est octroyer une place à la peine, à l'acceptation de la perte et ouvrir la voie à des ressources d'auto-apaisement. C'est ainsi qu'une colère et une tristesse adaptée permettent de modifier une peur et une honte inadaptées.

Caractéristiques spécifiques de l'EFTT

Preuves empiriques. Les publications abondent de littérature, concernant la thérapie traitant les traumatismes liés à des abus subis au cours de l'enfance et de nombreux travaux isolés, étudiant les différentes approches. Cependant, l'EFTT, à notre connaissance, demeure l'unique thérapie, concernant cette population, ayant bénéficié de travaux de recherche systématiques. Le modèle de traitement s'est développé à partir d'années de recherches, au sein de programmes, sur le processus et l'issue thérapeutique, visant à résoudre les difficultés interpersonnelles du passé (Greenberg & Foerster, 1996, Pavio & Greenberg, 1995) ainsi qu'à observer les caractéristiques spécifiques de la thérapie, traitant les traumatismes liés aux abus subis au cours de l'enfance. (ce qui suit, présente un modèle de résolution validé scientifiquement, sur lequel se base la thérapie).

Les résultats scientifiques font la preuve de l'efficacité de l'EFTT, fondé sur ce modèle. Par exemple, selon les résultats d'une étude, évaluant l'EFTT (Pavio & Nieuwenhuis, 2001), la thérapie (N=33) montre des bénéfices statistiquement significatifs et d'une portée clinique de grande valeur dans de multiples domaines ainsi qu'un maintien des effets thérapeutiques sur 6 mois à l'issue du traitement. Un essai clinique randomisé récent (Pavio, Chagigiorgis, Hall, Jarry & Ralston, 2007) a évalué deux versions de l'EFTT, chacune d'elles utilisant un processus de ré-expérimentation différent (celles-ci seront décrites dans un prochain paragraphe abordant les phases et les tâches de la thérapie). Une fois encore, les patients dans les deux versions (N=45) ont reporté des bénéfices importants dans différents domaines, qui se sont maintenus un an après la thérapie. L'effet de taille moyenne pre-post d'un écart type de 1.32 est largement supérieur aux moyennes des traitements reconnus pour leur efficacité (.8 d'écart type), recommandées par le groupe de travail de l'APA pour la promotion et la dissémination des procédures psychologiques (1995).

Les résultats provenant d'études sur l'issue thérapeutique et le processus sont en faveur des principes de mécanismes de changement de l'EFTT. Par exemple, la qualité de l'alliance thérapeutique s'améliore au fur et à mesure de la thérapie et les difficultés de l'alliance au début, associées aux abus sévères, ont disparu à la fin de la thérapie, de telle sorte qu'elles n'ont pas interféré avec l'issue thérapeutique (Pavio & Patterson, 1999). On peut en déduire que les thérapeutes ont abordé les difficultés relationnelles du patient avec succès. Parallèlement, tout au long de la première instance de ré-expérimentation (confrontation avec ceux, qui ont abusé/ont été négligents), la qualité de l'alliance thérapeutique contribue aux diverses dimensions du changement et de l'engagement émotionnel, qui s'exprime avec les souvenirs traumatiques et de surcroît à l'issue thérapeutique (Pavio & Patterson, 1999 ; Pavio, Hall, Holowaty, Jellis & Tran, 2001). Avec tout matériau traumatique, l'engagement représente un des éléments clés, qui contribue particulièrement à résoudre les questions liées aux abuseurs et aux personnes négligentes, au cœur de la thérapie. Les résultats des dernières analyses sur le processus et l'issue thérapeutique, qui comparent les deux versions d'EFTT (Chagigiorgis & Pavio, 2007), attestent, également, que tout au long de la première instance de ré-expérimentation,

l'alliance thérapeutique et l'engagement émotionnel, exprimé avec tout matériau traumatique représentent ensemble des mécanismes de changement.

Modalité et application. La plupart des traitements publiés, concernant les traumatismes liés aux abus subis pendant l'enfance, concernent des approches avec des groupes de femmes, dont l'anamnèse fait état d'un abus sexuel (par ex. Morgan & Cummings, 1999 ; Saxe & Johnson, 1999 ; Zlotnick, Shea, Rosen, Simpson, Mulrenin, Begin & Perlstein, 1997). Toutefois, les modalités de groupe ne peuvent être considérées comme le traitement de choix pour tous les patients. Les survivants traversent des phases de mieux-être et nécessitent différents outils et options, fonction de chaque personne et de la phase traversée (Briere, 1992 ; Herman, 1992 ; Saxe & Johnson, 1999). Des modalités individuelles fournissent des opportunités pour révéler (peut-être pour la première fois) et pour travailler, ce qui est douloureux au sein d'une relation personnelle en face à face avec un thérapeute, à qui l'on voue une entière confiance. De plus, les effets négatifs, décrits ci-dessus, ne peuvent être attribués de façon exclusive, aux femmes, abusées sexuellement, qui sont sorties d'affaires. En effet, on a pu identifier plusieurs effets distincts issus des différents types d'abus (Scoboria et Col., 2006), vraisemblablement pouvant être attribués aux types d'abus multiples, qui se produisent au sein de la même famille. Ainsi, une recherche et un traitement écologiquement efficace se doivent de prendre en considération les différents types d'abus (Bernstein & Fink, 1998).

L'EFTT compte parmi les rares thérapies individuelles scientifiquement prouvées s'adressant à la fois aux hommes et aux femmes dans les différents types d'abus subis au cours de l'enfance (émotionnel, physique, sexuel). A ce jour, on a pu identifier une seule autre recherche sur une thérapie, s'intéressant aux effets à la fois d'abus physiques et sexuels (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda & Chemtob, 2004). L'EFTT cible les perturbations affectives clés, communes aux différents types d'abus subis au cours de l'enfance. En début de thérapie, les patients identifient les expériences d'abus et les relations avec les personnes, qui ont été spécifiquement abusives/négligentes, sur lesquelles ils souhaitent centrer la thérapie. Le protocole est suffisamment flexible pour adresser les processus individuels du patient et les besoins thérapeutiques.

Les études sont en faveur d'une application de l'EFTT volontairement élargie. Selon de récents essais cliniques (Pavio et Col., 2007), il n'existe, en termes d'issue thérapeutique, aucune différence entre les hommes et les femmes ou entre les différents types d'abus. De plus, aucun effet de sévérité des expériences d'abus vécues au cours de l'enfance ni de sévérité des symptômes actuels, liés au trauma, n'a pu être identifié.

Modèle de résolution. La plupart des approches thérapeutiques, traitant les traumatismes liés aux abus subis au cours de l'enfance, soulignent les symptômes actuels, les problématiques, liées à la conception que la personne a d'elle-même et les problématiques, liées aux relations (par ex. Cloitre et Col., 2004 ; Herman, 1992). Pour l'EFTT, et c'est ce qui distingue l'approche, les troubles de l'adulte du fait d'une maltraitance subie au cours de l'enfance, implique, en grande partie, des conflits non résolus avec les responsables de l'abus et des négligences. Les auteurs sont, la plupart du temps, des figures d'attachement. Non seulement les patients sont bouleversés par des difficultés actuelles mais continuent de l'être du fait d'intenses ressentis inexprimés, de besoins non satisfaits et de souvenirs perturbants, liés à ces auteurs. Si l'on se réfère à la perspective de la théorie de l'attachement, tant que les ressentis ne sont pas exprimés et élaborés et que les expériences passées ne sont pas résolues, de façon satisfaisante, la séparation, le lâcher prise et la possibilité d'avancer sont impossibles (Greenberg & Pavio, 1997). Cela consiste en la principale tâche de la thérapie. Il est important de noter que l'EFTT est l'unique thérapie pour les traumatismes, fondée sur un modèle de processus, validé empiriquement, (Greenberg & Foerster, 1996 ; Greenberg & Malcom, 2002), qui soulagent ces conflits intérieurs par le truchement d'interventions spécifiques provenant de la Gestalt. Au cours de cette procédure, les patients imaginent confronter (CI) ces autres abuseurs/négligents dans une chaise vide et, au préalable, leur exprimer directement leurs pensées, ressentis et besoins réprimés. Il est possible, dans ce processus, de discriminer les patients, ayant résolu leur problématique, de ceux, n'y étant pas parvenu, ce qui comprend l'expression d'une émotion adaptée (colère et tristesse), la reconnaissance de besoins non satisfaits et un changement de perceptions sur soi et les autres (Greenberg & Foerster, 1996 ; Greenberg & Malcom, 2002). Notamment, des patients ont pu modifier leur perception, en se sentant plus forts, grâce à une meilleure estime d'eux-mêmes et une meilleure compréhension et/ou une plus grande capacité pour tenir l'auteur responsable du mal causé.

Les étapes, spécifiées dans ce modèle, fonctionnent comme des objectifs, qui, de séance en séance, guident le processus thérapeutique. Au début et en fin de chaque séance, le thérapeute évalue à quel stade du processus de résolution se situe le patient et en fonction de cette évaluation établit des objectifs à chaque séance. L'évaluation du degré de résolution inclut celle des processus associés, que sont le niveau d'émergence émotionnel, la profondeur de l'expérience, les perceptions, que la personne a d'elle-même et des figures d'attachement (le degré de différenciation) et la qualité narrative (la cohérence). Les actions du thérapeute, au cours de la CI (Confrontation en Imagination) sont délimitées comme suit (Greenberg et Col, 1993 ; Pavio et Col, 1997) : favoriser un contact psychologique avec le tiers imaginé, évoquer les souvenirs de la mémoire épisodique, liés à l'abus, favoriser l'expression des ressentis, explorer et aider les patients à surmonter les interruptions au cours de l'expérimentation, différencier les ressentis (par ex. colère, tristesse) et les significations associées, encourager la revendication des besoins non satisfaits (par ex. de protection, d'amour, de justice), explorer les changements de perceptions, que le patient a de lui-même et des tiers imaginés. Par ailleurs, le thérapeute se doit de maintenir un subtil équilibre entre le suivi du patient dans son expérience minute après minute et la direction du processus.

Etapes et tâches propres à la thérapie

L'EFTT est un traitement semi-structuré et manualisé (Pavio, 2002 ; Pavio & Pascual-Leone, 2007). Généralement, la thérapie consiste en 16 à 20 séances hebdomadaires, d'une heure, même si la durée exacte de la thérapie se détermine conjointement avec le patient et à partir des processus et des besoins en termes de traitement propres à chaque patient. Les patients sont, généralement, vus en entretien préalable pour évaluer la pertinence d'une thérapie brève centrée sur le trauma.

Les patients, pouvant bénéficier de cette thérapie, souffrent, généralement, de troubles modérés, montrant des empêchements modérés dans leur fonctionnement général et font, au moins, preuve de capacités minimum de régulation affective. Pour les patients, souffrant de troubles de la régulation affective et de la personnalité sévères, la thérapie s'avèrera, de toute évidence, plus complexe et s'entendra sur un plus long-terme. Notamment, un temps plus long sera nécessaire pour établir un sentiment de sécurité et de confiance, pour développer d'efficaces aptitudes pour réguler les émotions, et/ou pour atténuer un évitement inadapté, tel que la dissociation et les comportements auto-destructeurs.

Par exemple, la réduction des comportements inadaptés, tels que les auto-mutilations ou les consommations excessives d'alcool, nécessite une plus grande prise de conscience des déclencheurs, un contrat avec les patients pour cesser un tel comportement et l'identification, si possible, d'autres ressources en soutien conjointement avec l'EFTT (par ex. les Alcooliques Anonymes). Il peut être très précieux de puiser des stratégies de régulation émotionnelle et de changement comportemental des autres approches (par ex. Linehan, 1993 ; Najavits, 2002). Toutefois, l'EFTT repose essentiellement sur les réponses d'apaisement du thérapeute, qui contribuent à diminuer la souffrance du patient. Parallèlement, nombreux sont les professionnels, qui soutiennent l'idée, selon laquelle des déficiences, empêchant toute conscientisation et toute expression des émotions (l'alexitymie), génèrent des comportements inadaptés, tels que l'abus d'alcool et des auto-mutilations (Pavio & McCulloch, 2004 ; Van Der Kolk et Col, 1996). Ainsi, en s'attachant à accroître toute aptitude pour conscientiser et exprimer les émotions, l'EFTT permet de diminuer de tels comportements.

Pour les patients, résistants ou réfractaires à engager un dialogue imaginaire, il est possible de conduire toutes les interventions décrites ci-dessous, en étant uniquement en interaction avec le thérapeute. Ce qui importe, ce sont les principes d'intervention, non les techniques spécifiques. On peut conceptualiser une séquence type de séance thérapeutique avec quatre phases.

Phase Un : Cultiver l'alliance

Les trois premières séances de la thérapie sont consacrées à cultiver un lien d'attachement sécurisant, à développer une compréhension des processus, qui sont à l'origine du trouble, et à collaborer pour déterminer les objectifs, à poursuivre au cours de la thérapie et les manières de les atteindre. Les thérapeutes encouragent le patient à se livrer et à décrire ces expériences traumatiques sans les explorer pour autant en profondeur et en évitant d'intensifier toute émotion. Les réponses empathiques constituent l'intervention essentielle de la première phase thérapeutique. L'ajustement empathique aux

ressentis et besoins du patient représente un guide, pour intervenir efficacement dans toutes les thérapies, toutefois, les approches expérientielles s'appuient, particulièrement, sur les réponses empathiques. Pavia & Laurent (2001) ont souligné comment fonctionnent les réponses empathiques pour accroître la conscientisation de toute expérience émotionnelle, comment elles aident à en moduler l'intensité et la fréquence et comment elles participent à améliorer une capacité à s'exprimer de façon plus appropriée. Grâce aux réponses empathiques, miroir des processus et ressentis vécus par les patients, ces derniers sont amenés à porter leur attention sur leur expérience intérieure. De nombreuses personnes, avec une anamnèse, relatant d'abus vécus au cours de l'enfance, ont un déficit de telles aptitudes (l'alexithymie). Développer sa capacité à identifier ses émotions permet au patient de continuer à explorer et à symboliser le sens de l'expérience émotionnelle, contribuant ainsi à mieux se comprendre et à s'auto-contrôler.

Les réponses empathiques, véhiculant acceptation et compréhension, favorisent, également la diminution de toute émergence émotionnelle et de détresse. Ainsi, le patient peut s'autoriser de vivre une expérience douloureuse et menaçante, le disposant ainsi à l'exploration et au changement. En parallèle, des réponses empathiques évocatrices peuvent activer une expérience émotionnelle et des souvenirs inhibés ou annihilés, les rendant, ainsi, disponibles pour poursuivre l'exploration. Les réponses empathiques évocatrices sont personnelles, spécifiques et connotatives (Rice, 1974).

Les réponses empathiques permettent, également, d'apprendre à s'exprimer de façon ajustée. Les réponses, fournies par le thérapeute, représentent un modèle d'expression émotionnelle appropriée, d'authenticité émotionnelle, d'ouverture à l'expérience et de compassion. En répondant de façon empathique, les thérapeutes s'autorisent à être eux-mêmes touchés par la douleur des patients sans en être pour autant bouleversés, démontrant ainsi en quoi consiste une efficace régulation émotionnelle. Le patient internalise, petit à petit, la compréhension exprimée par le thérapeute et ses réactions, ce qui le renforce dans sa capacité à s'auto-apaiser, à se soutenir et à s'accepter. Ainsi, il accroît également sa capacité à gérer une émotion intense.

Etablir un lien d'attachement sécurisant est l'un des fondements du développement de l'alliance. Au cours des premières séances, on questionne les patients sur leur problématique, les symptômes et fonctionnement actuels ainsi que sur leur état psychique, leurs difficultés interpersonnelles et leur histoire traumatique. Au départ, nombreux sont les patients, craignant de dévoiler des détails concernant les abus. En validant leur méfiance et leur peur de dévoiler, on favorise un sentiment de sécurité et de confiance. (« bien sûr, vous ne me connaissez ni d'Adam ni d'Eve, il faut du temps pour que la confiance s'instaure ». « Ce que vous avez vécu est pour la plupart des personnes complètement en dehors de leur champ de conscience »). Fournir des informations sur le processus thérapeutique et sur les rôles contribue également à réduire l'anxiété (« Nous n'allons pas nous acharner sur vos expériences traumatiques séance après séance. Ce qui m'intéresse, c'est votre personne dans sa complétude.

C'est vous, qui êtes au volant de votre thérapie ; nous allons explorer à la fois les problématiques, que vous avez pu rencontrer dans le passé et celles, que vous rencontrez aujourd'hui, et toujours ce qui est le plus important pour vous. Je suis chargée de vous procurer un environnement, où vous pouvez vous sentir en sécurité, et de à la fois soutenir et encourager votre développement. Cela signifiera naturellement de vous aider à être en contact avec ce qui est douloureux pour vous permettre de l'élaborer, ici, en sécurité et au rythme, qui vous convient »). On encourage un sentiment de sécurité et de confiance en communiquant avec une véritable compassion vis à vis des souffrances passées et présentes et vis à vis de la lutte, dans laquelle se trouve le patient pour y faire face (« C'est terrible pour un enfant d'avoir à affronter de telles horreurs. Cela me fait mal de voir ce que vous avez dû endurer et seul en plus. J'ai à cœur de ne plus vous laisser seul face à tout ça ») et grâce aux réponses empathiques vis à vis des ressentis actuels (de peur, d'impuissance, d'isolement, de confusion, de colère, de trahison) et des besoins (de sécurité, de réconfort, de contrôle, de justice). Ainsi, on encourage de plus en plus de récit et on commence à rompre le sentiment d'isolement. Avec les premières questions, il est important pour les thérapeutes d'être ajustés et de répondre aux stratégies d'adaptation passées et actuelles, que le patient a mises en place. Les réponses empathiques, qui soulignent les ressources internes, les forces, la résilience et les réussites (l'indépendance, la patience, l'intelligence, l'éducation et l'emploi), renforcent la confiance en soi et construisent l'estime de soi.

Au fur et à mesure que l'on explore les problématiques du patient, se développe une compréhension collaborative de ce qui sous-tend le trouble et une entente mutuelle sur les objectifs. Ces derniers font l'objet d'un échange et de modification continus tout au long de la thérapie. Les thèmes explorés au cours des premières séances incluent les espoirs des patients et leurs craintes vis à vis de la thérapie, ce qu'ils comprennent de l'impact à court et long terme du trauma, vécu au cours de l'enfance, les raisons expliquant l'émergence actuelle des symptômes ainsi que les déclencheurs et les fonctions des ressentis et comportements inadaptés. Une peur, un évitement et une honte inadaptés (un sentiment d'être vulnérable face à l'abandon, de ne pas avoir de valeur voire d'être sale ; manque de confiance, difficultés interpersonnelles, colère chronique, difficultés de faire face aux ressentis et aux souvenirs) sont validés en tant que réponses au traumatisme et à l'abus, qui ont été apprises. On valide les comportements inadaptés, tels que les auto-mutilations ou la boisson, comme des efforts pour faire face, pour atténuer, pour fuir les ressentis et souvenirs douloureux. En même temps, les réponses du thérapeute soulignent et renforcent les souhaits des patients à acquérir des stratégies adaptées et à améliorer leur vie. Répondre aux inquiétudes du patient sur les ressentis et comportement inadaptés et leur aspiration à la justice, à se sentir mieux avec eux-mêmes ou à être de meilleurs parents par exemple, établit de larges objectifs pour la thérapie et aident à motiver le changement.

Phase Deux : Réduire les blocages en vue d'une résolution

Au cours des premières séances, on identifie les expériences, ayant fait l'objet d'abus et de traitement abusif/négligent de la part de tiers, sur lesquels les patients souhaitent centrer la thérapie.

Dans la version standard de l'EFTT, la deuxième phase de la thérapie commence généralement à introduire la procédure de confrontation en imagination (CI). On engage les patients à imaginer dans une chaise vide les auteurs de l'abus et de la négligence, pour, en imaginant ce tiers, travailler et lui exprimer directement les pensées, ressentis et besoins initialement réprimés (« Que se passe t-il pour vous dans votre for intérieur en l'imaginant ici ?...Dites lui »). Très rapidement cela évoque des processus émotionnels clés, dont la peur, l'évitement et la honte, ce qui permet de les explorer et les modifier. Faire face aux auteurs en les imaginant plutôt que de raconter au thérapeute se révèle particulièrement puissant mais nécessite une considérable force intérieure et la possibilité de vivre une expérience émotionnelle saine et de l'exprimer. Dans l'EFTT on considère la peur, l'évitement et l'auto-flagellation comme des processus inadaptés, interférant avec l'expérience et l'expression d'une émotion adaptée (colère et tristesse) puis interférant avec la possibilité de résoudre les problématiques liées aux auteurs d'abus et aux figures d'attachement. Ainsi, la phase intermédiaire de la thérapie se concentre davantage sur le renforcement de la force intérieure et en tâche secondaire sur la diminution de ces blocages.

Lorsque l'on introduit la procédure CI, il est essentiel d'évaluer la capacité des patients à réguler leurs émotions et à gérer en même temps tout matériel traumatique et la procédure. Il appartient au thérapeute d'apporter du soutien, en expliquant brièvement et rationnellement, en guidant, en réassurant tout au long du processus. Il lui appartient également de savoir passer à l'exploration des problématiques au fur et à mesure de l'interaction si besoin, par exemple, aux vues de signes de contritions, de panique ou de dissociation excessives. Le jugement clinique permettra de déterminer le moment où il sera possible d'intensifier la confrontation ou à l'inverse de moins menacer les tiers. Souvent les patients sont moins effrayés face à une mère négligente mais s'effondrent dans la peur et l'impuissance, en imaginant l'auteur d'un abus. Un des principes directeur, c'est naturellement d'éviter de générer un nouveau traumatisme. Les interventions focalisent leur attention sur les réponses et les difficultés des patients alors qu'ils sont en train d'imaginer ce tiers (« D'une certaine façon, vous vous effondrez, cela semble dur de vous dresser face à lui même en l'imaginant ».), et sur la perception implicite, qu'a la personne d'elle-même, en tant que victime impuissante face à ce tiers démesuré et dangereux (« il a toujours le pouvoir de vous clouer le bec, même ici »). Lorsque surgissent des blocages au cours de la procédure de CI, le thérapeute et le patient collaborent pour diminuer la peur et exprimer clairement de légitimes ressentis et donner du sens à l'abus (Ce que nous souhaitons c'est que vous puissiez dire ce que vous avez à dire, que vous puissiez exprimer votre vérité, sans censure, sans non plus que ce soit une répétition d'actions à entreprendre dans votre vie, juste pour vous-même, et vous permettre d'y voir clair et de vous sentir plus fort et décider quelles actions prendre dans votre vie).

Dans l'EFTT, on qualifie la peur, l'évitement et la honte d'émotions primaires ou secondaires inadaptées. Une peur ou honte primaire inadaptée active le sentiment profond, que l'on ne vaut rien ou d'insécurité. Les patients se sentent vulnérables au rejet ou à l'abandon et se perçoivent comme des victimes impuissantes.

Greenberg & Paivio (1997) font référence à cet état, en le qualifiant de « pauvre/mauvais » sentiment sur soi. Une peur et une honte secondaire prennent leur source dans des pensées ou des croyances inadaptées ou dans une séquence de ressentis et de croyances. Faire la distinction entre une émotion primaire et une émotion secondaire nous indique l'intervention appropriée. Sur la base de marqueurs, informant de toute activation émotionnelle au cours de la thérapie, on peut utiliser une panoplie de techniques conjointement à la CI pour explorer et réduire ces blocages. Parmi ces techniques, on compte le focusing expérientiel, un travail sur les souvenirs et les dialogues avec les deux chaises issus de la Gestalt. Des principes et directives d'intervention clairement énoncées pour mener à bien ces techniques sont présentés dans les ouvrages d'origine sur la Thérapie Centrée sur les Emotions (Emotion-Focused Therapy-EFT) (par ex. Greenberg et Col, 1993) et des thérapies connexes (par ex. Gendlin, 1997).

Promouvoir l'expérimentation. Ce qui est fondamental pour obtenir une participation productive dans tous les aspects de la thérapie, c'est de pouvoir être attentif et explorer l'expérience subjective présente, de telle sorte à traiter tous déficits observés au cours de l'expérience du patient. Nous utilisons rarement le focusing expérientiel en tant que procédure structurée mais nous utilisons plutôt les principes du focusing, qui favorisent l'expérience, tel que l'a souligné Gendlin (1997). Cela inclut le ralentissement du processus, en utilisant la relaxation et le silence, en dirigeant l'attention du patient à son expérience physique et en autorisant toute parole suscitée par l'expérience plutôt qu'une description du point de vue d'un observateur. De même, bon nombre de réponses du thérapeute servent à approfondir l'expérience (par ex. « Pouvez-vous m'en dire davantage, aidez moi à comprendre ce que vous ressentez ». « Qu'est ce qui est le plus douloureux pour vous ? ») (Klein, Matthieu-Coughlan, & Kiesler, 1986).

La mise en acte avec le travail des deux chaises. On peut utiliser les dialogues avec les deux chaises pour diminuer des processus auto-critique et auto-interruptif et une peur issue d'attentes catastrophiques. Par exemple, un patient, qui n'a de cesse de se dévaluer pour n'avoir su parler de la molestation à l'époque des faits, on peut entendre son processus comme un conflit entre la partie de lui-même, qui le critique (« C'est de ta propre faute, tu aurais dû en parler à maman ») et la partie, qui reçoit cette critique, qui correspond à la partie du patient, qui expérimente le sentiment de culpabilité et de honte pour n'avoir pas su révéler. Notre objectif est d'accroître la prise de conscience du patient des critiques spécifiques et également de la manière avec laquelle ce dernier s'est organisé, en produisant de la culpabilité et de la honte, pour lui permettre d'accéder à des ressources alternatives saines, permettant de contrecarrer les croyances inadaptées (par ex. « J'étais tellement jeune et si seule et terrifiée à l'idée d'être accusée et rejetée »). Ainsi, le patient peut développer de la compréhension et de la compassion à son endroit et contrecarrer l'auto-critique.

Des principes similaires s'appliquent au travail avec la chaise pour les attentes catastrophiques (par ex. « Je sais que c'est insensé mais parfois je crains qu'ils ne me retrouvent, je les imagine sous ma fenêtre, m'observant ou m'attendant derrière ma porte »). Là encore, les interventions ont pour objectif d'accroître la prise de conscience des patients des processus et de l'organisation inadaptes, qui sont à l'oeuvre dans leur peur (« Venez là, que vous dites vous pour vous effrayez ? ») et d'avoir accès à tout une posture de défi et à des ressources alternatives d'apaisement pour contrecarrer la peur (« Il est vieux et malade et ne peut plus vous faire aucun mal, ne peut plus vous forcer à faire quelque chose contre votre gré, vous n'êtes plus cet enfant sans défense... »).

Pour continuer à résoudre les rancunes interpersonnelles, il est nécessaire d'alterner un dialogue entre les deux parties du soi avec les deux chaises et un travail, où l'on confronte en imagination ces tiers, sources d'inquiétudes. Les marqueurs, signalant l'activation de ressources saines, indiquent une telle alternance dans le travail (par ex. « Ce qu'il a dit n'est pas vrai, je n'étais pas un mauvais enfant, j'ai fait de mon mieux pour plaire ») et peuvent simplement se manifester sous la forme de quelques affirmations à l'endroit du tiers imaginé. Il apparaît comme essentiel d'invoquer chez le patient l'expérience de confrontation à cette tierce personne, comme étant un baromètre du changement, d'y répondre de façon empathique et si possible de susciter l'exploration de cette expérience (« Encore un peu nerveux, d'une certaine façon pas encore tout à fait à l'aise de parler en ces termes. De quoi s'agit-il, que se passe-t-il pour vous à l'intérieur ? »).

Le travail sur les souvenirs. Le travail sur les souvenirs s'avère souvent plus efficace que le travail avec les deux chaises dans les cas d'ESPT complexes, où les personnes souffrent d'un sentiment primaire inadapte d'être nul ou en insécurité. Pour renforcer leur mauvais/faible sentiment de soi, on peut évoquer et explorer les souvenirs de la mémoire épisodique, moments, où s'est ancré ce sentiment de soi. Par exemple, s'agissant du patient cité dans le paragraphe précédent, on peut l'encourager à se remémorer les moments précis, où il a été abusé et à quel point il s'est senti vulnérable, effrayé et prisonnier. L'intervention a pour principe d'équilibrer l'attention portée aux détails externes à la situation (par ex. un ton de voix fort ou critique, quand l'auteur s'exprime) de sorte à évoquer une réponse émotionnelle tout en portant attention à la réponse intérieure (des ressentis de peur ou de honte). Une fois de plus, le processus de changement, impliqué dans la transformation de la peur et de la honte inadaptes, requiert l'accès aux croyances inadaptes, qui sont liées à ces émotions (« Je suis un tel nul », « Qui pourrait m'aimer ») et besoins (de se sentir bien avec soi-même, de recevoir du réconfort et du soutien), puis l'accès à une réponse alternative saine pour contredire ces croyances et mauvais sentiments envers soi-même. Par exemple, pour une patiente, se remémorer son abus sexuel et « se sentir sale » s'est transformé en une colère vis à vis de l'agresseur pour lui avoir volé son innocence, qui, à son tour, s'est transformé en une figure, apaisant sa petite fille innocente, dont elle se souvient. Successivement, le thérapeute suscite l'accès à toutes ressources saines (« De quoi a-t-elle besoin, la petite Tanya, si vous étiez là, vous en tant qu'adulte, comment pourriez-vous l'aider, que pourriez-vous lui faire ou lui dire ? »).

Dans tous les cas, dès qu'émerge une affirmation saine, il est important de passer à un processus de résolution interpersonnelle en confrontant les agresseurs imaginés.

Phase Trois : Résolution des problématiques causées par ces tiers

L'expérience et l'expression inhibées d'émotions adaptées et des significations associées constituent le catalyseur pour étancher les blessures traumatiques, liées à l'attachement. Dans la dernière phase thérapeutique, on constate une diminution graduelle de l'évitement et de l'auto-condamnation et les patients se montrent de plus en plus à même d'exprimer clairement leurs ressentis (une colère et une tristesse adaptées) à ces tiers, imaginés dans la chaise vide, ainsi que leurs besoins pour se rapprocher d'une résolution. Bien que particulièrement investis d'un sentiment de puissance, en faisant face aux abuseurs, les patients peuvent, pour diverses raisons, ressentir du stress, en imaginant ce type de confrontation (par ex. une anxiété de performance, une dérégulation émotionnelle, un besoin de maintenir un contact avec le thérapeute). Selon les résultats d'une étude, 35% des patients ne souhaitent pas ou ne peuvent pas s'engager dans une CI, après leur en avoir présenté les contours à la quatrième séance (Paivio et Col, 2001). Il est ainsi important d'utiliser cette intervention de CI, de façon judicieuse, au cours de la thérapie, en fonction des processus individuels et des besoins en termes de traitement du patient. Il appartient aux patients de décider de la manière et de la fréquence, qui leur conviennent, pour explorer tout matériel traumatique. Selon les résultats d'une étude récente (Paivio et Col, 2010), cinq séances en moyenne (allant de 2 à 15), sur une thérapie s'étalant sur 20 séances, ont fait l'objet d'un travail important de CI. Toutefois, selon les résultats, la qualité de l'engagement ainsi que la fréquence de participation du patient dans la CI contribuent ensemble à une issue positive (Paivio et Col, 2001). Il revient ainsi aux thérapeutes d'être actifs et d'encourager les patients à s'engager dans la procédure. L'EFTT spécifie les principes sous-jacents d'intervention et fournit une hiérarchie de stratégies alternatives pour promouvoir l'engagement émotionnel des personnes, pour lesquelles la CI apparaît particulièrement difficile. Par exemple, commencer à se confronter à un tiers moins menaçant, se confronter à un tiers uniquement par petites touches en évitant d'utiliser la chaise, réaliser une telle exploration en étant exclusivement en interaction avec le thérapeute.

La procédure alternative appelée Exploration Empathique (EE) a été développée pour les patients, réfractaires à s'engager dans la CI. Le protocole EE est identique à celui de la CI décrit ci-dessus, en termes de modèle de résolution et de principes d'intervention. En revanche, on encourage les patients à imaginer comment, profondément dans leur esprit, ils voient ces tiers abuseurs/négligeant et ces situations traumatisantes et à exprimer leurs pensées et ressentis au thérapeute plutôt que de s'engager dans un dialogue avec ces tiers imaginés. L'EE s'est révélée d'une efficacité comparable à celle de la CI (Paivio et Col, 2007) mais est perçue par les patients comme moins stressante et comme une intervention évocatrice alternative.

Des analyses récentes de séances thérapeutiques indiquent une émergence émotionnelle dans l'EE de moindre envergure et un taux de décrochage plus faible (7%) en comparaison avec la CI (20%) en est une bonne illustration.

Indépendamment de la technique, le modèle conduit vers une résolution (Greenberg & Foerster, 1996), qui se caractérise par une diminution des ressentis négatifs, le lâcher prise des besoins non résolus et une modification de sa propre perception et de celle que l'on a des tiers abuseurs et négligeant. Ces interventions semblent aider les patients à changer leur posture pour se sentir plus forts et investis d'une meilleure estime d'eux-mêmes. Ainsi ils peuvent exprimer, de façon plus affirmée, une colère (et une tristesse) vis à vis des expériences vécues au cours de l'enfance et vis à vis des effets subis (« Comment oses-tu me manipuler et corrompre un enfant innocent avec tes propres besoins de malade et le faire au nom de Dieu ! J'étais un petit enfant innocent et tu as détruit cette innocence »), de se sentir en droit d'avoir des besoins non satisfaits (« Je mérite d'être aimé et de me sentir en sécurité, je refuse que, dorénavant, ces sentiments dominant ma vie») et de tenir, à juste titre, ces tiers abuseurs et négligeant pour responsables du mal causé (« Je sais qu'elle avait ses propres limites mais ce n'était pas juste de fermer les yeux sur ce qui se passait » ou « ce qu'il a fait était criminel, il mérite d'être puni »).

Tout au long de cette procédure, l'émergence émotionnelle d'origine a un niveau élevé, puis l'intensité émotionnelle retombe avec l'accès et l'exploration du sens. Les interventions encouragent le patient à énoncer intégralement l'impact, qu'a eu sur lui l'abus et du point de vue de la victime, en faire état et tenir l'auteur responsable pour le mal causé. Il est également essentiel de susciter le patient à imaginer quelle est la réponse de l'auteur à la confrontation. Ainsi, on peut appréhender comment le patient perçoit la capacité du tiers à comprendre, à être en empathie et à éprouver des remords. Nous cherchons à ce que les patients développent un point de vue plus différencié entre les figures d'attachement et les auteurs des abus, pour qu'ils les perçoivent avec davantage de réalité, moins puissants, soit malades et pathétiques, incapables de comprendre, soit se repentant potentiellement. On peut combiner la procédure de CI à l'EE (« Comment imaginez-vous que votre père réagirait (dans son cœur) s'il savait comment vous vous sentiez alors - serait-il sur la défensive, éprouverait-il pleins de remords, s'accuserait-il et serait-il en colère? ou s'il avait conscience de l'impact que cela a eu sur vous? ») Mettre en acte ou imaginer le tiers peut également entraîner des ressources d'empathie. Cela revêt, dans les relations d'attachement, une importance particulière, source de guérison, notamment, en comprenant que l'un ou les deux parents étaient eux-mêmes victimes ou limités dans leurs ressources.

Nombre de patients peuvent exprimer de la tristesse et faire le deuil, sur ce qu'ils ont perdu, après avoir exprimé leur colère et avoir été validés dans leur peine. En encourageant l'expression de la colère, les réponses des thérapeutes permettent au patient de passer d'une colère, qui rejette, telle que « Tu me dégoûtes espèce de pervers ! » (Pascual-Leone, 2006) à une posture plus affirmée.

Voici quelques exemples de ce qui caractérise l'expression d'une colère adaptée liée à une résolution : la colère est extériorisée et s'adresse à celui, qui a offensé, en étant précis sur les fautes commises, plutôt que d'être retournée contre soi ; il y a une différence entre la colère et d'autres émotions, telles que la tristesse ou la peur, la colère s'exprime, de façon affirmée, en utilisant la première personne plutôt que par un jet d'insultes, ce qui émerge émotionnellement est à un niveau approprié à la situation et on commence à envisager à explorer le sens (Pavio & Carriere, 2006).

Se sentant alors plus fort, une expression de colère pleine et entière peut laisser la place à la reconnaissance d'une douleur et au deuil à faire, quant à ce qui a été perdu. Les patients se sentent suffisamment forts pour éprouver leur douleur du fait du rejet et accepter avoir été l'objet de négligence ou de n'avoir pas été aimés et pour abandonner tout effort de voir ces besoins un jour satisfaits par les figures d'attachement. Puisqu'il n'est pas approprié pour les patients de se sentir vulnérables face à des tiers menaçant, c'est au sein de l'interaction avec le thérapeute, un tiers éprouvant de la compassion (peut-être une figure d'attachement éprouvant des remords) ou en s'imaginant en tant qu'enfant, que l'on permet au patient de ressentir la douleur et de faire le deuil, quant à ce qu'il a perdu. On utilise des réponses empathiques évocatrices pour encourager toute expérience et expression de tristesse dès que l'on identifie des marqueurs appropriés, tels que des yeux, se remplissant de larmes (« Oui, c'est juste ce qui vous terrasse, tant de choses que vous avez laissé passer, laisser venir votre ressenti, faites parler ces larmes. »). Ce qui peut être particulièrement fort pour les patients c'est de s'imaginer enfant. Cela peut éveiller de la compassion à leur endroit et des réponses d'auto-apaisement (le thérapeute Imaginez la petite Tanya ici - rapprocher la chaise vide - une petite fille confuse et effrayée. Qu'est ce que vous aimeriez lui dire, qu'est ce que vous aimeriez qu'elle sache. Le patient Tu étais innocente, tu méritais d'être aimée et protégée, je vais prendre soin de toi désormais.).

Phase Quatre : Consolidation et Clôture

La phase finale de l'EFTT implique d'intégrer les expériences thérapeutiques avec la fin de la thérapie. On engage les patients dans un échange final avec les tiers imaginés pour consolider les perspectives actuelles et les changements. On leur demande de façon explicite d'être attentifs à ce qu'ils vivent intérieurement, pendant qu'ils confrontent ce tiers, et de comparer leur vécu en cours avec le souvenir de ce qu'il ressentait au démarrage de la thérapie. Les thérapeutes soutiennent toutes ressources adaptées, qui apparaissent et favorisent une réorganisation, une posture de validation, qui génèrent un sens nouveau. La clôture comprend également l'élaboration du patient sur son expérience thérapeutique (difficultés, réussites et autres aspects utiles). Les thérapeutes partagent en retour les observations, qu'ils ont pu faire sur le processus (« j'ai bien eu conscience de la difficulté, que cela représentait pour vous de vous livrer au début et pour autant vous avez persévéré »). On peut centrer les échanges sur les projets et objectifs futurs du patient et exprimer un soutien. Il est utile de mettre un terme, progressivement, aux séances thérapeutiques et il est essentiel de s'assurer que les patients possèdent des soutiens adéquats, en dehors du soutien thérapeutique, avant de mettre un terme de façon définitive aux séances.

Résumé

Cet article a mis en lumière les hypothèses fondamentales, qui sous-tendent l'EFT appliqué au traumatisme lié à des abus vécus pendant l'enfance, les mécanismes, institués en principe de changement et les caractéristiques, qui distinguent ce modèle d'autres approches. Ces éléments ont été validés empiriquement à la fois par rapport à leur efficacité et aux mécanismes de changement, posés en principe. La modalité individuelle et une large application de traitement aux hommes et aux femmes, aux différents types d'abus ont mis en exergue comment accéder à une émotion saine adaptée et ont également validé empiriquement un modèle, spécifiant un processus de résolution. Ce modèle constitue une base et un guide pour le processus thérapeutique. Puis cet article fournit une description des phases thérapeutiques et des exemples cliniques, illustrant les principes et techniques d'intervention fondamentales. Les phases impliquent d'établir un environnement de sécurité et une alliance thérapeutique collaborative, de dépasser les blocages, empêchant l'expérience et l'expression émotionnelle, de résoudre les problématiques, liées aux auteurs des abus et une clôture. Les principes et techniques d'intervention comprennent des réponses empathiques aux ressentis et besoins du patient, la diminution de l'évitement et de l'auto-accusation, grâce au focusing expérimentiel, les mises en acte avec les deux chaises et le travail sur les souvenirs, la résolution des souffrances interpersonnelles, grâce à la confrontation en imagination des auteurs d'abus ou à l'exploration empathique des problématiques traumatiques en interaction avec le thérapeute.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C: Author.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., et al. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Bernstein, D. & Fink, L (1998). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Paivio, S. & E. Kunzle: Emotion-Focused Therapy for Interpersonal Trauma (page 75-93) *European Psychotherapy/Vol. 7 No. 1*. 2007
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Briere, J. & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Chagigiorgis, H. & Paivio, S. C. (2007). Process-outcome findings for EFTT. Paper presented at the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (June). Lisbon, Portugal.
- Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self-, and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 437-452.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 411-416.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Fort Worth, TX, US : Harcourt College Publishers.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *PSYCHOLOGICAL BULLETIN*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-120.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Fridja, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gendlin, E. (1997). The use of focusing in therapy. In Zeig, J. K. (Ed), *The evolution of psychotherapy: The third conference*, pp. 197-210. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Gottman, J. M. (1997). *The heart of parenting, Raising an emotionally intelligent child*. New York: Simon & Schuster.
- Greenberg, L. S. & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439-446.
- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406-416.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford

Press.

- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press. 90 European Psychotherapy/Vol. 7 No. 1. 2007 S. Paivio & E. Kunzle: Emotion-Focused Therapy for Interpersonal Trauma (page 75-93)
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Izard, C. E. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128(5), 796-824.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition. Special Issue: Stress, coping, and social cognition*, 7(2), 113-136.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. J. (1986). The experiencing scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). New York, NY: Guilford Press.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Liem, J. H., O'Toole, J. G., James, J. B. (1996). Themes of power and betrayal in sexual abuse survivors' characterizations of interpersonal relationships. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 745-761.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Morgan, T. & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 28-36.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Paivio, S.C. (2002). *Guidelines for implementing emotion focused therapy for child abuse trauma*. Unpublished manuscript. University of Windsor, Windsor, ON.
- Paivio, S. C., & Carriere, M. (2006). Contributions of emotion-focused therapy to the understanding and treatment of anger and aggression. In T.A. Cavell & K. T. Malcolm (Eds.), *Anger, Aggression, and Interventions for Interpersonal Violence* (pp. 143-164). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Paivio, S. C., Chagigiorgis, H., Hall, I., Jarry, J., & Ralston M. (2007). Comparative efficacy of two versions of emotion focused therapy for child abuse trauma: A dismantling study. Manuscript submitted for publication.
- Paivio, S. C. & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business:" Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- Paivio, S. C., Hall, I., Holowaty, K., Jellis, J., & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research*, 11, 433-453.
- Paivio, S. C., & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation : Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 213-226.
- Paivio, S. C. & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and selfinjurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 339-354.
- Paivio, S. C. & Nieuwenhuis, J. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-134. 91 European psychotherapy S. Paivio & E. Kunzle: Emotion-Focused Therapy for Interpersonal Trauma (page 75-93) European Psychotherapy/Vol. 7 No. 1. 2007

- Paivio, S.C. & Pascual-Leone, A.J. (2007). *Emotion focused therapy for trauma: A treatment manual*. Washington, DC: American Psychological Association Press. In preparation.
- Paivio, S. C. & Patterson, L. A. (1999). Alliance development in therapy for resolving child abuse issues. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 343-354.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (in press). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Pennebaker, J.W. & Campbell, R.S. (2000). The effects of writing about traumatic experience. *NC-PTSD Clinical Quarterly*, 9, 18-21
- Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In L. N. Rice & D. A. Wexler (Eds.), *Innovations in client-centred therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Vande Kemp, H., & Foy, D. W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 53-59.
- Saxe, B. J. & Johnson, S. M. (1999). An empirical investigation of group treatment for a clinical population of adult female incest survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(1), 67-88.
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H., & Frisman, L. (2006). Factor analyse of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. Paper presented at the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (May). Los Angeles, CA.
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- Solomon, M. & Siegel, D. (Eds.). (2002). *Healing trauma*. New York: Norton
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York, NY: Cambridge University Press.
- van der Kolk, B. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A. C., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Zlotnick, C. Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Perlstein, T. (1997). An affectmanagement group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 425-436.