

Introduction

Ce numéro du DMM News est centré sur la psychosomatique. Ce que nous apportons va d'une brève révision de la recherche, reliant le stress toxique dans les soins précoces aux qualités de la relation parent-enfant qui prédisent les aboutissements ultérieurs de santé mentale et physique, à trois études de cas examinant les patients chez qui apparaissent des réponses corporelles à leurs stress relationnels. Nicola Sahhar écrit au sujet d'un patient avec alexithymie, l'incapacité d'accéder aux états émotionnels et de les verbaliser, conjointement avec des symptômes physiques tels que soupirer ou se tordre les mains. Franco Baldoni décrit un patient qui a présenté des affections somatiques dangereuses pour la vie qui semblent se résoudre après un traitement ciblant les perturbations précoces et courantes des relations d'attachement. Sally Bryne pousse la question au traitement familial d'une incapacité de marcher à début soudain pour une enfant. Alan Abbass écrit sur une approche pour comprendre ces conditions comme étant des défenses inconscientes qui peuvent permettre aux cliniciens de diagnostiquer directement la participation émotionnelle aux affections somatiques. Patricia Crittenden conclut en nous entretenant sur le corps et l'esprit. Ces articles démontrent le potentiel de la conceptualisation DMM des expériences d'attachement précoce pour nous aider à comprendre les difficultés complexes, posent de nouvelles questions exigeant plus d'études et conduisant à des approches thérapeutiques plus efficaces.

Notre liste de membres s'élargit! Voyez sur notre site au www.iasa-dmm.org.

Nicole Letourneau *Éditrice* nicole@unb.ca

Table des matières

Page

- 1 Stress toxique dans les soins précoces et santé infantile
- 2 Attachement en Action: Pourquoi Nell ne peut-elle marcher?!!
- 3 Alexithymie – manquer de mots pour les émotions ou cacher de l'information?
- 4 La valeur adaptative du désespoir dans un cas d'effondrement somatique suivant un abus sexuel infantile
- 5 Détecter la somatisation en utilisant la psychothérapie intensive à court terme
- 6 Corps ou Cerveau? OUI!

Stress Toxique dans les Soins Précoces et Santé Infantile



Nicole Letourneau & Gerry Giesbrecht

Le stress fait partie de toute vie, même au quotidien, et les êtres humains sont bien préparés à faire face au stress. Toutefois, lorsque le stress est trop élevé ou dure trop longtemps, des changements peuvent prendre place dans le corps et le cerveau qui affectent le développement ultérieur. Par exemple, lorsque des nourrissons et des jeunes enfants vivent dans des foyers où ceux qui en prennent soin souffrent de maladie mentale, de dépendances ou de violence domestique, ils sont à risque d'un parentage imprévisible, négligeant ou abusif. Dans ces situations, le système de stress de l'enfant est constamment réglé à la hausse et une telle hyperactivation peut conduire à (a) des troubles psychosomatiques, de l'asthme et des affections respiratoires (Costa-Pinto & Palermo-Neto, 2010; Kozyrskyj et al., 2008) et (b) des changements à la structure et la fonction de certaines régions cérébrales (Gunnar, Herrera, & Hostinar, 2009).

Stress et changements dans le corps

Les glucocorticoïdes, tels que le cortisol, sont sécrétés dans la circulation par l'axe Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien (HHS) dans le courant de la journée et, chez la plupart des gens, les sécrétions augmentent en réponse à des stressseurs. L'activation de l'axe HHS permet la mobilisation des réserves d'énergie: augmente le rythme cardiaque, la pression sanguine, l'attention et la conscience de l'environnement. Lorsque le stress est contrôlable, bref et prévisible, l'axe HHS favorise l'adaptation et la résilience. Mais quand les défis sont incontrôlables, imprévisibles, et envahissants, le stress peut devenir "toxique" et altérer le fonctionnement de l'axe HHS.

Le cortisol est généralement sécrété selon un rythme diurne - un bas niveau à l'éveil, suivi d'un pic au milieu de l'avant-midi et ensuite un déclin constant jusqu'à la nuit. Chez les mères qui souffrent de dépression postpartum, le déclin est souvent moindre pour les nourrissons au cours de la journée. Autrement dit, ils ont un patron différent, caractérisé par un cortisol élevé persistant au cours de l'après-midi. En les observant de plus près, les nourrissons des mères qui ont un toucher délicat, un contact visuel, un sourire, et des vocalisations contingents réduisent leurs niveaux de cortisol l'après-midi (Letourneau, Watson, Duffett-Leger & Hegadoren, en révision). Ceci confirme pour les êtres humains un processus qui est connu de longue date chez les bébés rats.

D'un autre côté, les expériences perturbatrices, abusives, de

négligence ou imprévisibles inondent le cerveau de cortisol. L'activation chronique de l'axe HHS a des conséquences néfastes pour le développement de l'enfant. Des doses élevées persistantes de cortisol affectent la croissance neuronale et les connexions dendritiques. De cette façon, le stress toxique laisse une empreinte biologique durable de dommage sur la structure et la fonction cérébrales (Shonkoff, 2004).

Stress et changements dans le cerveau

L'hippocampe et le cortex préfrontal sont deux régions cérébrales majeures affectées par le stress toxique. Ces régions cérébrales sont reliées à la mémoire et l'auto-régulation et sont le fondement du développement cognitif et socio-émotionnel. Avec le temps, les effets du stress toxique sur la structure et la fonction du cerveau peut conduire à des changements dans les patrons de comportement, d'une organisation qui répond au contexte à des patrons plus habituels, rigides et stéréotypés. De tels enfants sont moins capables de résoudre les problèmes de manière indépendante. La relation entre l'exposition à la dépression maternelle durant les premières années de vie et l'hyperactivité entre deux et huit ans indique potentiellement une conséquence de l'exposition chronique au stress toxique (Letourneau et al., 2006). De plus, les données s'accumulent par rapport au fait que le stress toxique peut influencer la réponse inflammatoire du corps (Gunnar, et al., 2009).

Conclusions pour les cliniciens

Les effets du stress toxique sont particulièrement inquiétants chez le jeune enfant parce que le cerveau est extrêmement sensible à l'expérience vécue durant cette phase de développement cérébral rapide. De même, le développement cérébral éventuel des enfants se construit à partir du développement cérébral courant et passé. Les changements dans la structure et la fonction du cerveau dus à un stress toxique produisent donc des changements cumulatifs—affectant non seulement les aspects courants du développement pour un stade donné, mais aussi le stade suivant qui se construit à partir de la croissance précédente. Le cerveau s'adapte donc aux circonstances passées et courantes et ceci peut astreindre les individus à ces circonstances.

Références

- Costa-Pinto, F., & Palermo-Neto, J. (2010). Neuroimmune interactions in stress. *Neuroimmunomodulation*, 17, 196-199.
- Gunnar, M., Herrera, A., & Hostinar, C. (2009). Stress and early brain development. Montreal, QC.
- Kozyrskyj, A., Mai, X., McGrath, P., HayGlass, K., Becker, A., & MacNeil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, 142-147.
- Letourneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., & Hegadoren, K. (in review). Maternal-infant interactions are related to cortisol levels in mothers and infants affected by postpartum depression.
- Letourneau, N. L., Fedick, C. B., Willms, J. D., Dennis, C. L., Hegadoren, K., & Stewart, M. J. (2006). Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age. In D. Devore (Ed.), *Parent-child relations: New research* (pp. 45-63). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Shonkoff, J. (2004). Science, policy, and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do (pp. 1-12): Ounce of Prevention Fund.

Nicole Letourneau, Ph.D., infirmière diplômée, Université du Nouveau-Brunswick & Gerry Giesbrecht, Ph.D., Université de Calgary

Attachement en Action: Pourquoi Nell ne Peut-Elle Marcher?!!

À onze ans, Nell est venue à l'hôpital pour des douleurs abdominales sévères. Elle a été traitée avec des liquides intra-veineux et des analgésiques forts, mais aucune cause médicale ne fut trouvée pour ses symptômes. Elle disait avoir quand même tellement de douleurs qu'elle arrivait à peine à marcher. Quand elle marchait, sa démarche était un spectacle de lents mouvements saccadés accompagnés de grognements, de grimaces et de clignements d'yeux. Les infirmières remarquaient une augmentation de ses symptômes quand des membres de la famille étaient présents.



Sally Byrne

Nell fut référée en Médecine Psychologique. On nota qu'elle était perfectionniste, travaillante et très performante, mais qu'elle avait l'air très jeune avec ses 2 nattes et une voix douce. Mais elle était également contrôlante. Sa famille était très attentive à ses besoins et paraissait harmonieuse, socialement respectable et sans stresseurs. Un diagnostic de Trouble de Douleur Somatoforme et de Trouble de Conversion fut posé.

On conduisit un SAA pour identifier la stratégie d'autoprotection de Nell, les stresseurs qui la troublaient et les possibles traumatismes et pertes. Il en ressortit que Nell semblait utiliser une stratégie de conformisme compulsif (A4) ainsi que de coercition punitive et séductive (C5-6). Des indices que quelque chose "n'allait pas" à la maison étaient aussi présents de même que des suggestions répétées que sa mère était tendue.

Notre hypothèse de travail fut que Nell utilisait une stratégie d'inhibition et de performance qui ne fonctionnait plus parce que le fait d'être bonne et obéissante n'attirait plus suffisamment d'attention. En conséquence, elle essayait une stratégie C somatisée plutôt désespérée. Le SAA n'apporta toutefois pas d'information sur la raison pour laquelle elle avait besoin de changer de stratégie.

À Noël, Nell alla à la maison en fauteuil roulant pendant le congé de 6 jours. Sa douleur abdominale s'était résolue mais elle était encore incapable de marcher et nécessitait une attention constante.

Après le congé, un programme de réadaptation très structuré inclut la fréquentation scolaire à l'hôpital, la physiothérapie quotidienne, le travail psychothérapeutique individuel, et des sessions familiales hebdomadaires.

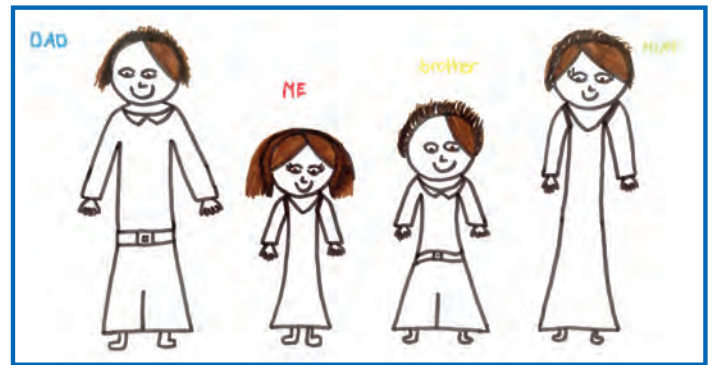
Dans ces sessions, la mère de Nell parla de tensions maritales passées qui avaient presque conduit à la séparation et se plaignit fortement du fardeau des travaux domestiques et des enfants. Le père de Nell percevait peu de problèmes et niait la présence de conflit conjugal. Nell parlait



très volontiers pour ses parents et était tatillonne dans son attention aux détails.

Nell s'impliqua avec diligence dans le programme de réadaptation et en deux semaines elle se déplaçait en saccades, mais de manière indépendante. Elle retourna à l'école régulière tout en fréquentant quotidiennement la psychothérapie et la physiothérapie et des sessions familiales mensuelles. La thérapie individuelle fit ressortir graduellement sa conscience aiguë des tensions maritales et sa peur du divorce.

La mère de Nell mentionna que lorsque son mari devenait frustré, il explosait verbalement envers elle et les enfants. Durant sa propre enfance il avait fait l'expérience de conflits fréquents et intenses entre ses parents et se souvenait avoir souhaité que ses parents se séparent. Il croyait que les conflits avaient tendance à exploser puis à se résoudre et préférait cela au style "réprimé" de la famille de sa femme. Pour éviter les conflits, la mère de Nell essayait de gérer par elle-même les difficultés. Ceci, à son tour, faisait qu'elle se sentait affreuse. Le couple avait essayé de cacher leur conflit en le limitant à des pièces vides à la maison. Lorsqu'ils furent invités à discuter de ces problèmes dans des sessions familiales, Nell devint physiquement agitée, puis essaya ensuite de désamorcer la tension par l'humour.



Graduellement, les peurs de Nell furent ciblées avec ses parents. Malgré le fait qu'ils continuaient de minimiser leurs désaccords, ils furent entraînés à fournir des informations plus explicites à Nell. Néanmoins, quand Nell reprit un bon fonctionnement avec une stratégie de performance compulsive pure, ses parents mirent fin au traitement, qu'ils ne croyaient plus nécessaire. Le SAA de Nell aida à nous orienter vers les problèmes conjugaux comme étant une vraie source de sa détresse, mais nous rappelle que le SAA n'est pas une évaluation qui fonctionne isolément; de l'information additionnelle est généralement nécessaire.

Sally Byrne – Pédopsychiatre,
Children's Hospital at Westmead, Sydney, Australie

Alexithymie: Manquer de Mots pour les Émotions ou Cacher de l'Information Dangereuse?



Nicola Sahhar

L'alexithymie est caractérisée par une incapacité à accéder aux états émotionnels et à les verbaliser, conjointement avec une capacité restreinte d'imagination et une propension à aller vers les détails externes (Sifneos, 1973). Quoique l'alexithymie ne soit pas mentionnée dans le DSM-IV ou l'ICD-10, elle est étudiée par plusieurs chercheurs. Une question centrale vise à savoir s'il s'agit d'un problème linguistique

ou d'un problème familial, interpersonnel.

Une étude empirique

Pour aborder cette question, des Entrevues d'Attachement Adulte (AAI) faites avec des patients avec et sans le diagnostic furent classifiées en utilisant la méthode de classification du Modèle Maturational Dynamique de Crittenden (DMM).

Les AAI de patients avec alexithymie étaient marqués par

- Une stratégie auto-protectrice compulsive de Type A3-6 (A+)
- Quelques-uns avaient aussi une stratégie auto-protectrice coercitive (i.e., A+/C+)
- De la triangulation
- Des traumatismes et/ou des pertes non-résolus
- De la dépression (seulement avec A+)
- Des symptômes somatiques exprimés ([ees] seulement avec A+/C+)

Les stratégies compulsives sont caractérisées par l'inhibition ou falsification de l'affect négatif véritable jusqu'au point extrême de non-perception de tout affect négatif vrai, telles la tristesse, la colère et la peur. La dépression indique un échec des stratégies auto-protectrices dans la situation de vie courante de l'individu; elle fonctionne pour diminuer l'état d'éveil (arousal) et réduire l'expression affective. Ces classifications sont en accord avec le fait de ne pas être capable de verbaliser les émotions.

Les AAI avec des symptômes somatiques exprimés sont envahis de symptômes corporels intrusifs, telle une respiration intense et bruyante, qui produisent de courtes interruptions dans l'entrevue et perturbent la communication. Quoique les expressions somatiques détournent l'attention des questions psychologiques et interpersonnelles, les personnes interviewées ne semblent pas être conscientes que le symptôme physique soit quelque chose de significatif. De cette façon, les symptômes somatiques exprimés indiquent un conflit entre savoir et exprimer: ils contiennent une information implicite interdite qui trouve une manière d'être exprimée somatiquement hors du champ de conscience.

En tant qu'enfants, les patients ayant des AAI classifiés Utr UI A+C+ [ess] semblent avoir été tirés dans le conflit familial autour de secrets familiaux.

Étude de cas

Willi, un homme de 50 ans, qui était malheureux dans son mariage, développa des symptômes somatiques incluant des spasmes coronariens, une perte auditive, une dermatite de contact et une inflammation testiculaire. Durant son AAI, il marquait l'information importante par des inhalations et exhalations profondes, parfois combinées à des pleurs intenses et inattendus où cela ne semblait pas approprié.

En d'autres endroits, il minimisait l'expression affective tout en décrivant des expériences négatives.

Quand il était enfant, la relation conjugale de ses parents était tendue en raison de l'absence fréquente du père. De plus, son père était violent envers lui, et sa mère ne le protégeait pas du père. Sa façon de parler de sa famille comportait des interruptions et des intervalles qui suggéraient qu'il expérimentait quelque chose qu'il était défendu de savoir car sa divulgation mettrait la cellule familiale en danger.

Le codage des AAI suggéra une hypothèse: l'adultère probable de chacun des parents qui, si révélé, pourrait détruire la famille. La perception de l'enfant devait donc être niée et pourrait avoir conduit à une information représentée somatiquement. Dans ce cas, la respiration de Willi pendant l'AAI correspondait à des patrons respiratoires survenant au cours de relations sexuelles.

L'adultère pourrait donc avoir été représenté somatiquement de sorte à être inaccessible à la symbolisation et l'expression sémantique (cf., Kraemer, & Loader, 1995; Sifneos, 1973; Sonnby-Borgström, 2009). Ceci réduisait le conflit interfamilial, mais était associé à une détresse somatique.

Quoiqu'il ne soit pas possible de soutenir ou réfuter cette hypothèse par une évidence



historique, on peut entretenir l'idée de la possibilité qu'un enfant soit témoin involontaire d'une intimité adultère, entendant les respirations et soupirs profonds d'adultes, sans être capable d'intégrer l'information ou pouvoir comprendre ce qui arrive. Dans de tels cas, l'alexithymie va dans le sens d'informations défendues mais exprimées involontairement, et qui ne sont pas autorisées à être mises en mots. Les spasmes coronariens de cet homme peuvent donc être liés à son anxiété, sa perte auditive au fait d'avoir été témoin des aventures de sa mère avec d'autres hommes, sa dermatite de contact et son inflammation testiculaire à ses conflits généraux entourant l'intimité et la sexualité.

Si ceci s'avère suffisamment exact, le défi pour le thérapeute est alors de permettre le développement d'une attention partagée pour les représentations du self en relation aux autres, qui soient vraies mais déguisées, et exprimées à travers des symptômes somatiques.

Nicola Sahhar, psychanalyste, Cologne, Allemagne

Écrits publiés

Kraemer, S. & Loader, P. (1995). Passing through life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-263.

Sonnby-Bergström, M. (2009). Alexithymia as related to facial imitation, mentalization, empathy, and internal working models-of-self and -others. *Neuropsychoanalysis*, 11, 111-128.

La valeur adaptative du désespoir dans un cas d'effondrement psychosomatique suivant un abus sexuel infantile

Le désespoir est un état mental d'impuissance qui conduit les gens à abandonner leur comportement habituel et à chercher de l'aide auprès d'autres. (Crittenden 1997). Il représente une dernière tentative de se protéger en communiquant son état à quelqu'un d'autre. Il reflète donc une dernière lueur d'espoir et a une valeur adaptative. Une étude de cas éclaire ce concept.

L'histoire de Cabò

Cabò est une femme mariée de 37 ans. Durant son adolescence, ses parents se sont séparés suite à des années de querelles et Cabò se trouva à vivre seule avec son père. Plus tard elle se maria, devint mère, et commença à souffrir d'anxiété, d'irritabilité, et d'accès de colères explosives envers son mari et sa fille. Elle se présenta chez son médecin avec de l'hyperthyroïdie et de l'exophtalmie (complètement niée) qui furent résolues par un traitement médical. Après une année de psychothérapie d'orientation DMM, sa condition émotionnelle s'améliora et Cabò mit fin abruptement au traitement. Ses symptômes physiques étaient enrayés et sa stratégie auto-protectrice était réparée et fonctionnait de nouveau.

Trois ans plus tard, sa grand-mère bien-aimée mourut, Cabò fut hospitalisée peu après pour des troubles gastro-intestinaux et urinaires sévères, une fièvre élevée, une inflammation optique,

et un état mental confus; il n'y avait pas d'évidence médicale expliquant ses symptômes. Désespérée et craignant mourir, elle demanda, en pleurant, à parler à son mari et à moi et, pour la première fois, révéla qu'elle avait été abusée sexuellement par son père. Elle confessa aussi avoir eu plusieurs aventures extra-maritales.

Avant la seconde période de psychothérapie, j'administrai un AAI à Cabò et l'utilisai pour formuler ses problèmes et structurer le traitement.

Formulation DMM

Le problème à long-terme. Le AAI de Cabò révéla une stratégie compulsive de Type A caractérisée par une dépression partielle et un traumatisme non résolu d'abus sexuel: (Dp) Utr(p) abus sexuel A4-5 (7). Le conformisme compulsif (A4), les attitudes de promiscuité (A5), et le rejet de l'affect négatif (A) étaient cruciaux dans son fonctionnement. Son père a peut-être méinterprété son comportement et cédé à des signaux sexuels non régulés (voir Ferenczi 1933). Cabò a rejeté l'abus pendant plusieurs années, ce qui fit pour elle obstacle à apprendre comment développer des relations sexuelles sûres. Son appa-



Franco Baldoni

rance attrayante lui assura l'attention et la protection de la part des autres, mais cela a empiré ses tendances promiscuitives. Alors, elle séduisit et fut séduite par des hommes sans reconnaître sa propre contribution. Son incapacité à reconnaître et à réguler ses émotions amena des intrusions d'affects négatifs et des réactions somatiques sévères. Le fait d'ignorer sa peur et sa vulnérabilité l'avait empêchée de chercher de l'aide (Baldoni 2010).

La crise précipitante

Les symptômes psychologiques et somatiques qui suivirent la mort de sa grand-mère (une figure d'attachement idéalisée) étaient une menace sérieuse pour la vie de Cabò. Craignant la mort, elle abandonna sa stratégie auto-protectrice habituelle et devint activement et visiblement désespérée. Ceci lui permit de chercher de l'aide auprès de ses figures d'attachement: son mari et son ancien psychothérapeute.

Le traitement

Même avant de quitter l'hôpital, elle (1) révéla les aventures et l'abus, (2) exprima la souffrance auparavant inhibée, et (3) montra les signaux d'un traumatisme préoccupé (qui n'était plus bloqué). Ceci élimina les symptômes physiques et réduisit les crises de colère de façon dramatique (intrusions d'affect négatif). Avec l'élaboration du traumatisme, elle améliora ses relations avec son mari et sa fille en seulement quelques mois.

L'histoire de Cabò révèle comment une crise d'attachement pour une stratégie compulsive de Type A avec un traumatisme bloqué conduisit à un échec de la stratégie et à un effondrement somatique. La peur de la mort a favorisé une expression de désespoir qui a permis à Cabò de chercher de l'aide et aussi de divulguer un abus passé. En utilisant une crise pour changer sa stratégie, elle devint physiquement mieux et améliora ses relations et sa sécurité.

Franco Baldoni, MD, PhD, Professeur Associé en Psychologie Clinique, Université de Bologne (Italie)

Références

Baldoni F. (2010): La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica (The psychosomatic perspective. From theory to clinical practice). Bologna: Il Mulino.

Baldoni F. (2011): "La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa" (The adaptive function of desperation in the failure of attachment strategies: a Dynamic-Maturative perspective). In V. Caretti, Craparo G., Schimmenti A. (Eds.) Trauma. Teoria, clinica, ricerca. Roma: Astrolabio (in press).

Crittenden P. M. (1997): "Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturation Approach". In D. Cicchetti, S. Toth (Eds.), The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes. Rochester: University of Rochester Press, pp. 34-84.

Ferenczi S. (1933): "Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and the language of passion". International Journal of Psycho-Analysis, 30, pp. 225-230, 1949.

Détecter la Somatisation en Utilisant la Psychothérapie Dynamique Intensive à Court Terme



Allan Abbass

L'interruption dans les attachements et l'interruption des efforts d'attachement, comme dans le cas de mort ou maladie d'un parent, produisent une cascade d'émotions complexes. Ces émotions incluent la douleur, la rage et la culpabilité par rapport à la rage dans plusieurs cas. Davanloo (1990) de l'Université McGill a observé systématiquement ces interactions et les a utilisées

comme base pour développer son modèle de Psychothérapie Dynamique Intensive à Court Terme (ISTDP). Davanloo a découvert que les émotions inconscientes telles que le deuil, la rage et la culpabilité par rapport à la rage génèrent une anxiété inconsciente. Il a observé quatre patrons majeurs de réponse que nous décrirons plus bas. Les défenses inconscientes telles que l'isolation de l'affect, la répression de l'affect et la projection font surface pour faire taire ces émotions inconscientes. Le travail de Davanloo nous permet de diagnostiquer directement de telles contributions émotionnelles aux affections somatiques.

La première voie est appelée le patron de décharge du muscle strié. Ce patron est rencontré en clinique dans le serrement de poing et les respirations soupirantes qui progressent du haut du corps et descendent. Lorsqu'il y a une tension corporelle complète, il peut y avoir des tics, des spasmes ainsi qu'une douleur subséquente. L'hyperventilation peut en être un résultat en raison de soupirs inconscients excessifs.

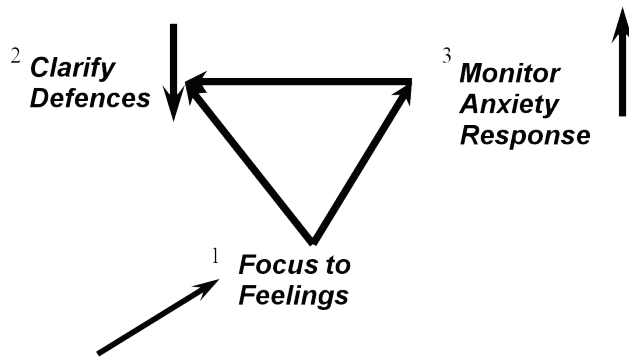
La deuxième voie implique le muscle lisse. Le muscle lisse est présent dans l'intestin, les voies respiratoires, les vaisseaux sanguins et la vessie. L'apprentissage préconscient selon les principes d'apprentissage comportementaux dispose ces muscles à des spasmes aigus ou chroniques associés à une variété de syndromes médicaux fréquents tels que les migraines, l'hypertension, le syndrome du colon irritable et les troubles respiratoires réactifs.

La troisième voie de décharge de l'anxiété inconsciente est sous forme de perturbation cognitive et perceptuelle. La personne peut avoir une vision brouillée ou une cécité complète, une interruption de l'audition et des autres sens. La personne peut s'évanouir et halluciner. Cette forme d'anxiété peut être associée à des moments psychotiques.

Le quatrième patron est celui d'une conversion motrice. Avec ce patron les muscles sont faibles et il n'y a pas d'évidence d'autres signes d'anxiété inconsciente. Donc, par exemple, la personne peut être relaxe mais paralysée de l'un de ses membres.

La mobilisation active des émotions reliées à l'attachement et des émotions reliées au traumatisme peut aider le thérapeute à détecter la présence ou l'absence de ces voies somatiques chez une personne donnée. Quand ces émotions sont mobilisées, les défenses sont également mobilisées. Confronté à l'anxiété inconsciente du patient, le thérapeute peut déterminer directement les contributeurs inconscients aux affections somatiques.





Les données qui supportent le modèle de traitement de Davanloo sont passablement nombreuses maintenant avec dix-neuf études publiées de résultats cliniques (Abbass et al., 2008, 2009). Des études d'efficacité des coûts montrent que le traitement réduit l'utilisation des services de santé, l'invalidité et l'utilisation de médication.

Nous avons montré que l'ISTDP réduisait les visites répétées

aux départements d'urgences pour les patients ayant des symptômes médicaux inexplicables. Sur la base de ce travail nous avons reçu des fonds pour engager un psychologue à temps plein afin de faire ces évaluations dans les urgences de nos hôpitaux locaux.

Pour plus d'information au sujet de ce modèle d'évaluation et de traitement, ou pour accéder à n'importe laquelle de ces publications, allez au www.istdp.ca

Allan Abbass MD FRCPC, Directeur, Centre for Emotions and Health Université Dalhousie, Canada

Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms; preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM*. 2009 Nov, 11(6), 529-34.

Abbass A. Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J Fam Pract* 2005, 54(3), 231-239.

Abbass A, Lovas D, Purdy A. Direct Diagnosis and Management of Emotional Factors in Chronic Headache Patients. *Cephalalgia*. 2008 Dec;28(12):1305-14.

Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Chichester: John Wiley and Sons; 1990.



Patricia Crittenden

Corps ou Cerveau? OUI!

Le corps et le cerveau sont des aspects d'une entité unique – une personne! – et chacun affecte l'autre. Dans ce numéro du DMM News, nous discutons de **'troubles psychosomatiques', c'est-à-dire de problèmes dans lesquels le corps semble savoir ce que le cerveau ne peut pas dire.**

Vous êtes probablement familiers avec l'information et les représentations 'cognitives' et 'affectives'. **Mais aviez-vous remarqué que nous avons ajouté l'information et les représentations 'somatiques' au modèle?** Il est à peu près temps! Après tout, la première information que nous recevons dans la vie est somatique et l'information la plus cruciale pour rester en vie est somatique. En fait, il y a tant d'information représentée somatiquement qu'un psychothérapeute ne peut se permettre de passer par-dessus cette source d'information cruciale, mais implicite, par rapport au bien-être personnel.



Allan Abbass fournit une courte liste de marqueurs à repérer et des citations d'articles complets pour développer à partir de ses idées. Nicole Letourneau, l'éditrice de ce numéro spécial du DMM News, décrit sa recherche faite avec les bébés de mères avec dépression post-partum. Son travail sur le développement du cerveau des bébés est-il important? En fait, il l'est pour les 15% de bébés nés de mères déprimées: le développement de leur cerveau est à risque et leur développement global est donc à risque.

Sally Byrne montre comment l'attachement peut changer notre pratique quotidienne. Le ventre de Nell lui fait si mal qu'elle n'arrive pas à marcher, mais les docteurs disent que

ça va. Lisez ce qui est écrit de son traitement et posez-vous la question: **Quelle est la différence entre un traitement qui répare une stratégie non-B 'brisée' (dans le cas de Nell, une performance compulsive) et un traitement qui réorganise' la stratégie ainsi que le fonctionnement familial vers un meilleur équilibre?** Si vous décidez que Nell et sa famille n'ont fait que retourner à leur état antérieur – celui qui a créé les symptômes de Nell, comment le thérapeute pourrait-il avoir convaincu les parents de Nell de rester en traitement plus longtemps de façon à amener des changements durables?

Dans le cas de Cabò présenté par Franco Baldoni, nous voyons une stratégie réparée après sa première crise et ensuite une seconde crise qui résulte en une évaluation, une formulation, et un traitement plus rigoureux. Le résultat en est une réorganisation en une stratégie d'attachement auto-protectrice plus adaptative.

Nicola Sahhar offre une hypothèse qui nous met au défi: **Est-ce que les grognements de Willi représentent l'information 'interdite-à-connaître' concernant l'infidélité conjugale de ses parents? Comment une telle hypothèse peut-elle être vérifiée pour un patient sans lui fournir l'hypothèse possiblement erronée du thérapeute?**

La diversité des sujets dans ce numéro est très grande – ce qui devrait en aucun cas nous surprendre. Rien ne survient dans le comportement ou psychologiquement sans la participation du corps. En fait, quand nous souffrons, que ce soit d'une blessure physique ou psychologique, le cerveau enregistre la même représentation dans le cortex cingulé antérieur (Botvinik, et al., 2005; Eisenberger, et al. 2003)! Afin de procurer des traitements psychologiques qui guérissent, nous devons porter attention autant au corps qu'au cerveau. C'est-à-dire que tout comportement est 'psycho-somatique.'

Avez-vous un cas déconcertant à partager avec nous? Un triomphe excitant d'ingénuité thérapeutique? Si vous êtes membre d'IASA, visitez notre forum au www.iasa-dmm.com et parlez-nous de votre expérience. (Si vous n'êtes pas membre, pourquoi ne pas le devenir maintenant!) Ayons une conversation!

Patricia M. Crittenden, Ph.D.. Family Relations Institute, EU

References

Botvinick, M., Jha, A. P., Bylsma, L. M., Fabian, S., Solomon, P., & Prkachin, K. (2005). Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimaging*, 25, 312-319.

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290-292.