



Article original

Intérêt et limites de l'Intégration du Cycle de la Vie (*Lifespan Integration*) auprès d'adultes victimes du Syndrome de Munchausen Par Procuration pendant leur enfance[☆]

*Benefits and Limitations of Lifespan Integration for Adult survivors
of childhood Munchausen Syndrome by Proxy*

Eric Binet (Psychologue clinicien, chargé de cours Paris V)^{a,*},
Cyril Tarquinio (Professeur de psychologie)^b

^a 138, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris, France

^b Unité de recherche APEMAC EA 4360, université de Lorraine, 57000 Metz, France

Reçu le 13 novembre 2014

Résumé

Objectif. – Si la littérature scientifique s'est jusqu'à présent intéressée à toutes les variantes cliniques du Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP), aux critères diagnostiques, aux hypothèses théoriques pour en expliquer la survenue, peu nombreuses sont les études sur la prise en charge psychologique des enfants, et particulièrement des adultes ayant vécu un SMPP enfant. Au-delà de notre revue de la littérature du SMPP, cet article a pour objet de présenter le suivi psychothérapeutique de patients adultes victimes pendant leur enfance de cette maltraitance dans le cadre d'une thérapie Intégration du Cycle de la Vie (*Lifespan Integration*).

Méthode. – Une description phénoménologique précise du déroulé des séances d'ICV sera l'occasion d'en connaître les différentes modalités. Les répétitions du récit de la vie des patients au travers d'une ligne du temps, sous une forme visuelle et sensorielle, peuvent être effectivement utilisées de différentes manières sur des traumas précoces.

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Binet E, Tarquinio C. Intérêt et limites de l'Intégration du Cycle de la Vie (*Lifespan Integration*) auprès d'adultes victimes du Syndrome de Munchausen Par Procuration pendant leur enfance. *Evol Psychiatr* XXXX;vol (n°):pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ebinet@wanadoo.fr (E. Binet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.09.003>

0014-3855/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résultats. – De façon détaillée et commentée, cette description permettra d'identifier les processus dissociatifs en tant que séquelles des soins invasifs et des carences affectives, en particulier ceux vécus pendant la petite enfance.

Discussion. – Dans ce processus de co-construction du récit autobiographique des patients, il sera ainsi question de l'importance de la stabilisation émotionnelle avant la nécessité d'aborder les traumatismes. Cette phase d'accordage contenante et apaisante est une particularité essentielle de la thérapie ICV en ceci qu'elle permet d'intégrer une souffrance psychique jusque-là insurmontable et la levée du paradoxe quand, enfant, être soigné était dangereux.

Conclusion. – Il devient alors possible pour ces adultes de ne plus être assignés à la conviction inaltérable qu'ils sont malades, de façon incurable, et d'infléchir le processus de répétition initialement organisé par leurs parents.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dissociation ; Intégration du Cycle de la vie ; Neuroplasticité ; Psychothérapie ; Résilience ; Syndrome de Munchausen Par Procuration ; Traumatisme

Abstract

Aims. – While the scientific literature has so far shown interest in all clinical variants of Munchausen Syndrome By Proxy (MSBP), in diagnostic criteria and in theoretical hypotheses to explain its onset, there are few studies on the psychological care of children, or especially adults who experienced MSBP as children. In addition to our literature review of MSBP, this article seeks to present the psychotherapeutic treatment of adult patients who, during their childhood, were victims of this abuse, using Lifespan Integration therapy.

Method. – A precise phenomenological description of the conduct of Lifespan Integration sessions will provide an opportunity to understand its different forms. Reiterations of patient life stories, using a timeline, in visual and sensory form, can be effectively used in different ways for early traumas.

Results. – This detailed and commented description enables identification of dissociative processes as sequelae of invasive care and emotional deprivation, especially when this was experienced during childhood.

Discussion. – In this process of co-construction of patient biographies, we consider it important to achieve emotional stabilization before addressing the trauma. This phase of tuning that is both containing and soothing is a key component of Lifespan Integration therapy, as it enables integration of previously insurmountable mental suffering and the lifting of the paradox whereby, as a child, being cared for was dangerous.

Conclusion. – It then becomes possible for these adults to be freed from the unchanging conviction that they are sick, incurably so, and to reorient the repetitive process initially organized by their parents.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Dissociation; Lifespan integration; Neuroplasticity; Psychotherapy; Resilience; Munchausen Syndrome by Proxy; Trauma

L'importante littérature médicale sur le Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP), depuis l'article princeps de R. Meadow en 1977 [1], a déjà longuement défini cette forme de maltraitance intrafamiliale, principalement maternelle, où le corps médical se trouve en première ligne impliqué. Le tiers médecin, pris par le parent inducteur du SMPP, devient à son insu l'auteur des sévices, sans que lui ou l'enfant perçoivent la manipulation. Les allégations, simulations ou dissimulations, passages à l'acte finiront parfois par alerter les soignants, avec des expertises à la clef [2] souvent contradictoires [3] et aboutiront, rarement, à une judiciarisation [4,5].

Malheureusement, dans leur grande majorité, ces mères resteront pour leur entourage et leur enfant des icônes irréfutables de dévouement, d'amour maternel, héroïques.

De ce point de vue, nous connaissons toutes les difficultés à diagnostiquer les différentes facettes du SMPP tant les pathologies impliquées peuvent être variées, depuis la conception [6] jusqu'à l'adolescence [7] ce, quelles que soient les sphères physiologiques pédiatriques (gastroentérologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, etc.), même à expression psychiatrique [8,9] (idées délirantes et psychose exogène induites par prise de benzodiazépine [10,11]) y compris en matière d'abus sexuels [12]. Toutefois, dans ce cas, il convient de le différencier du Syndrome d'Aliénation Parentale [13]. Car à la différence du SMPP, il ne se traduira pas par un nomadisme médical mais par un nomadisme judiciaire. Ceci dit, le sujet des adultes ayant vécu un SMPP reste très peu abordé (comme pour ceux ayant vécu un SAP), sauf dans les cas de la transmission transgénérationnelle sous la forme d'un syndrome de Munchausen ou bien sûr d'un nouveau SMPP. Cet enfermement morbide, dans un processus de répétition sans fin, s'engage généralement pendant l'adolescence. De même, si toutes les situations où l'intégrité physique de l'enfant est mise à mal, parfois jusqu'à l'infanticide, la dimension psychologique du SMPP, son impact traumatique sont souvent quant à eux ignorés comme si, à nouveau, le corps faisait écran et que seul l'aspect médical dominait.

Si ces adultes sont largement discrets auprès des soignants c'est soit parce qu'ils ont, sans le comprendre, développé une phobie du corps médical qui rend toute approche, psychologique y compris, impossible. Soit, au contraire, ils s'appliquent à eux-mêmes ce que leur mère leur a appris et, fidèlement, continuent à aller voir des médecins dans une récurrence perpétuelle. Au travers de deux vignettes cliniques, nous allons retracer ici l'histoire de patientes adultes victimes d'un SMPP (étant enfants) au travers de leur thérapie en Intégration du Cycle de la Vie. Une nouvelle thérapie que nous allons préalablement présenter, après une rapide revue de la littérature du SMPP, du devenir des enfants victimes et de la question de leur traitement en psychothérapie une fois devenus adultes. En effet, il nous est apparu possible d'amorcer un processus de réversibilité du lien pathologique soignant-soigné datant de l'enfance, pour autant que soit prise en compte à sa juste valeur la mesure de la dimension dissociative au cœur du SMPP. Sortir un adulte prisonnier du lien soignant pervers et de l'alliance captatrice maternelle, revient ainsi à sortir l'enfant en lui de cette double étreinte mortifère.

1. Le Syndrome de Munchausen Par Procuration en 2015

La multiplication des études, présentations de cas cliniques depuis la première du néphrologue pédiatrique R. Meadow en 1977 confirme la gravité de cette forme de mauvais traitement où le vagabondage médical se conjugue à l'énergie maternelle mise à explorer toutes les facettes pathologiques fantasmées, aggravées ou réelles de son enfant. Ces publications [14-16] illustrent surtout, par le peu de judiciarisation affiliées, le niveau de déni que le SMPP suscite tant les relations destructrices mères-enfants-médecins s'opposent en tout point au mythe de l'amour maternel ou du dévouement du personnel médical. De fait, depuis sa découverte, le SMPP n'a jamais cessé de provoquer des polémiques tant les enjeux narcissiques soulevés attaquent nos représentations. Ainsi, un mouvement « anti-SMPP » a vu récemment le jour aux États-Unis, appelé « *Mothers Against Allegations* », renforcé, d'une part, en raison du nombre d'accusations injustifiées de SMPP par des médecins cherchant à éviter des poursuites judiciaires pour des fautes médicales et, d'autre part, appuyé par un livre de E.G. Mart en 2002 [17] qui vient critiquer l'absence de rigueur de certaines recherches ou la faiblesse de certaines expertises. Un point de vue que nous partageons en partie sans pour autant arriver à la conclusion qu'il faille, comme

Roesler et Jenny l'ont proposé en 2009 [18], changer l'appellation de SMPP, trop polémique, pour parler de « *Medical Child abuse* » ou d'« abus médical de l'enfant ».

Ainsi, le SMPP n'est toujours pas classifié officiellement, que ce soit par l'American Psychiatric Association (DSM-5) ou dans la CIM-10 où il n'apparaît qu'à la sous-catégorie « abus à enfant (T74.8) ». Reste la définition initiale de Meadow (1977) qui ne fait pas consensus.

« Troubles créés chez un enfant par un de ses propres parents (le plus souvent la mère) qui manipule l'histoire clinique et produit des symptômes physiques et/ou des résultats complémentaires anormaux, dans le but d'obtenir une attention médicale conséquente et de déclencher de multiples démarches diagnostiques et thérapeutiques, au détriment de l'enfant. Il s'agit d'une forme extrême de maltraitance à enfant, au pronostic grave (10 % de décès) et aux conséquences médicolégales lourdes ».

Cette définition est trop restrictive et incomplète car, par exemple, l'âge d'apparition du SMPP n'est pas précisé alors que cette maltraitance peut débuter dès la naissance, voire même avant *in utero*, tandis que son diagnostic intervient en moyenne 14 mois après les premiers signes [19], rarement avant, voire jamais. Et comme l'ont complété ensuite Schreier et Libow [20], les fausses allégations sont aussi à prendre en compte. Celles en amont, par exemple, des mères affirmant avoir une formation (para)médicale. En effet, ce critère est très souvent repris dans les profils maternels dans différentes publications, mais très peu nombreuses sont les études où cette affirmation a été vérifiée. Or, il nous est arrivé très régulièrement de rencontrer des mères avoir ce type d'affirmation alors que leur dossier administratif où leur enfant était inscrit en crèche ne le mentionnait pas. . . C'est dire que de nombreux obstacles justifient ces confusions, comme la dimension mythomaniaque de ces mères mais surtout le déni évoqué plus haut, sans compter les progrès constants en médecine. En effet, le morcellement du corps qui s'accroît en même temps que la technicisation à outrance ne poussent-ils pas les médecins à des investigations toujours plus instrumentales ? À l'inverse, anesthésiées affectivement, ces mères sont par excellence des consommatrices d'examen invasifs, douloureux, comme si la souffrance endurée par leur enfant ne les touchait pas. On peut ainsi interroger ce rapport maternel magique au corps de l'enfant qui n'est pas sans évoquer une position incestueuse [21]. Dans une indifférenciation, une absence d'individuation, l'attachement mère-enfant s'engage ostensiblement dans une référence constante à la maladie de l'hôpital à la morgue. Rappelons effectivement que, selon les études, la mortalité infantile dans les cas de SMPP varie de 7 à 10 % [22], en particulier avant trois ans, confirmant en cela que les enfants de moins de 3 ans sont trois fois plus nombreux à décéder de mauvais traitements qu'à tous les autres âges (avant 18 ans) [23].

À ce titre, on peut considérer que le SMPP sert de déni aux mères dans un mouvement anti-dépressif à des souffrances traumatiques, le plus souvent transgénérationnelles [24]. Ainsi il n'est pas rare de retrouver des antécédents de syndrome de Munchausen pour certaines mères, jouant ainsi un SMPP précédent à la génération grand-parentale. D'autres antécédents biographiques ou médicaux mettent en exergue des traumatismes infantiles de tout type, le plus souvent violents (accidents, suicides). L'accession à la maternité sert alors de déclencheur, d'activateur, à toutes les situations où l'impuissance est en jeu. Et nul doute que la présence d'un bébé est évocatrice de cette impuissance, simplement par ses pleurs et par l'incapacité psychique d'y faire face autrement que par le prisme de la maladie.

Mais ces aménagements défensifs nous apparaissent aujourd'hui d'une nature plus structurelle. En effet, le profil psychopathologique des mères n'a jamais été clair, les hypothèses [25] allant de la psychopathie, la psychose, à l'hystérie grave. Pour ne citer qu'un exemple, suivant les études, un diagnostic psychiatrique est retrouvé antérieurement au diagnostic de SMPP dans une fourchette

de 23 % à . . . 80 % des cas [26]. Autant de dimensions nosographiques aléatoires qui s'associent selon nous à une comorbidité bien connue, celle finalement associée aux troubles dissociatifs. Cela pour une raison essentielle, la plupart des mères expliquent bien ne pas être conscientes de leurs agissements, certaines se suicident même en découvrant l'ampleur de leurs mauvais traitements ; 60 % d'entre elles ayant déjà fait une tentative de suicide. Sans vouloir rentrer dans un débat sur les recoupements entre « état-limite », « troubles *borderline* » s'appuyant davantage sur une perspective métapsychologique basée sur le clivage, nous préférons retenir la découverte première de Janet en 1887 [27] qui revient actuellement au cœur des débats sur les psychotraumatismes. Car même si les études de Janet datent d'un siècle, elles sont aujourd'hui confirmées par différentes recherches neurophysiologiques [28]. En neuro-imagerie, différentes techniques de recherche par tomodynamométrie (scanner) ou imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et plus récemment, tomographie d'émission monophotonique (SPECT), ont permis d'identifier des différences notables d'activation cérébrale entre des groupes victimes d'État de Stress Post-Traumatique avec (30 %) ou sans trouble dissociatif majeur (70 %) et des groupes témoins. Ceux au « profil dissocié » n'ont pas d'augmentation de leur rythme cardiaque à l'évocation des récits d'agressions. De façon plus précise, les patients ESPT dissociés présentent surtout des formes d'hyperactivité localisée dans des zones différentes expliquant les mécanismes de « fuite » par une inhibition cortico- limbique. L'exemple le plus courant étant l'amnésie dissociative que l'on sait maintenant favorisée par une désactivation bilatérale du cortex orbito-frontal, de l'hippocampe gauche, du gyrus cingulaire inférieur et de l'insula gauche. De là cette apparente insensibilité ou neutralité émotionnelle à l'évocation de certains rappels d'hospitalisation, retrouvés par exemple dans le carnet de santé. Mais il serait réducteur de ne voir ces processus que chez les enfants victimes, car ne pourrait-on pas interpréter le SMPP, par les « fragments de corps » explorés médicalement, comme une métaphore en miroir des parties psychiques maternelles dissociées ici désignées par la mère comme « malades » ?

De ce point de vue, Toth et Baggaliev ont été les premiers en 1991 à émettre l'hypothèse d'un lien entre SMPP et trouble multiple de la personnalité [29]. Et c'est cette fragmentation de la personnalité, plus ou moins sévère, reflet d'un matériel mnésique non intégré qui peut ressurgir sans prévenir dès lors qu'un déclencheur dans l'environnement vient le réactiver [30]. Un autre signe de dissociation chronique très présent aussi bien chez les mères que chez les adultes victimes de SMPP enfant sera une apparente insensibilité à l'évocation des violences médicales subies, d'autant plus importante que le SMPP aura été précoce. À l'inverse, la simple évocation de la nécessité d'un avis médical pourra être ressentie par un adulte anciennement victime de SMPP comme une menace d'anéantissement, avec son corollaire la panique.

Enfin, le devenir à l'âge adulte des enfants victime de SMPP est très largement méconnu [31] comme si l'indifférenciation mère-enfant contaminait jusqu'aux cliniciens et chercheurs. En dehors de l'étude de Mc Guire et Feldman [32] et celle de Awadallah et al. [33], les mères semblent avoir gardé le pouvoir de tenir leur enfant à leur merci sans que les thérapeutes puissent y avoir accès une fois l'enfant devenu adulte. Au point, comme l'a décrit Meadow dès 1977 dans son article princeps, de voir les enfants développer une forme de syndrome d'adaptation avancé pendant l'adolescence en adhérant activement au scénario maternel. Et rappelons que pour Raymond [34] (1987) sur 186 personnes victimes de SMPP enfant 41 % d'entre elles ont développé un syndrome de Munchausen après 18 ans. . . Pour le reste, quelques rares études dans la littérature [35] existent sur le devenir adulte de ces enfants empoisonnés psychiquement, ou plus exactement sur leur suivi psychologique en dehors de quelques écrits autobiographiques aux titres évocateurs comme « Ma mère mon bourreau » de J. Gregory [36]. Peu d'explorations en ce sens aussi pour une grande partie des adultes passés pendant leur enfance ou leur adolescence par la Maison Départementale des

Personnes Handicapées (MDPH) ou pour des adultes grands consommateurs de consultations et d'explorations comme, par exemple, pour les patients des centres de la douleur qui mériteraient, pour certains, que l'on se penche plus en détail sur leur anamnèse... Enfin, contrairement à d'autres problématiques (inceste), aucun cas d'adulte auteur de fausses allégations sur un passé de SMPP pendant son enfance n'est référencé à notre connaissance dans la littérature.

2. L'intégration du Cycle de la Vie (*Lifespan Integration*)

Ces vingt dernières années ont été cruciales dans le développement des psychothérapies. Ainsi, l'EMDR (acronyme de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), en français Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires, a obtenu une véritable reconnaissance internationale par le biais de nombreuses études dont des méta-analyses [37,38] et des études randomisées [39,40], en particulier dans les cas de syndromes post-traumatiques [41]. Quant aux thérapies de 3^e génération, dont le *Mindfulness* (en français méditation de pleine conscience) est la figure de proue, les études les plus intéressantes permettent de vérifier que les changements obtenus interviennent directement sur le fonctionnement cérébral, leur influence sur les cas de syndromes post-traumatiques commençant aussi à être étudiée [42-44].

L'Intégration du Cycle de la Vie (ICV ou LI *Lifespan Integration*) est une méthode psychothérapique de 3^e génération que l'on pourrait considérer comme une descendante directe de l'EMDR. Découverte par Peggy Pace en 2002 alors thérapeute EMDR, sa première publication en France date de 2011 [45]. À l'époque où P. Pace a mis au point l'ICV, l'EMDR ne disposait pas d'autant de protocoles qu'actuellement et certains traitements de traumatismes complexes étaient difficiles, potentiellement éprouvants pour les patients. L'ICV est alors apparue comme une thérapie plus douce avec moins de risque de « retraumatisations ». Une autre différence d'avec l'EMDR est de ne pas se focaliser sur un événement du passé mais de revenir, autant que nécessaire, du passé au présent. Sa spécificité est d'apporter d'intéressantes perspectives thérapeutiques dans le traitement des traumatismes précoces et des troubles dissociatifs. Cela peut être en particulier le cas pour certains patients gravement dissociés (avec Trouble Dissociatif de l'Identité), avec des traumatismes complexes comme les regroupés sous l'appellation DESNOS, *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* [46]. Dans une autre mesure, ce traitement des mémoires traumatiques peut aussi aider des personnes souffrant de troubles de l'attachement, avec des attitudes existentielles dépressives résistantes aux traitements médicamenteux ou aux thérapies classiques.

Différentes publications récentes [47,48], dont celle de C. Thorpe [49] et J. Smith [50,51] en 2014 permettent d'illustrer finement le fonctionnement de l'ICV en particulier face à des problématiques de traumatismes complexes. Une fois le temps d'anamnèse réalisé, l'un des axes de travail au cours des premières séances en ICV consiste à explorer les expériences mnésiques de la personne en établissant avec elle une « Ligne du Temps » (LT) écrite où apparaîtront, chaque année de sa vie, un ou plusieurs de ses souvenirs en quelques mots jusqu'au présent. L'idée sous-jacente étant de considérer que chaque souvenir (relié soit à une scène, une sensation) correspondra à une strate neurophysiologique reliant l'ensemble des informations accumulées au niveau du système nerveux et du corps. Cette simple lecture de ce récit autobiographique, en amenant une personne à se reconnecter chronologiquement avec ses souvenirs et les sensations corporelles reliées, va générer une connexion des différents réseaux neuronaux jusque-là non reliés entre eux. Les répétitions de ces LT favorisent alors un processus d'intégration d'événements jusque-là isolés, sources de désorganisations, même dans des états d'activation émotionnelle élevés. Ce faisant, la charge émotionnelle diminue rapidement au rythme des répétitions des LT puisque le

souvenir initial est de plus en plus relié au présent. Un premier intérêt de cette méthode est donc de développer et de renforcer des capacités d'auto-régulation émotionnelle.

Dans le cas spécifique des syndromes post-traumatiques et des états dissociatifs, associant des pensées intrusives, des flash-backs, cette perspective temporelle est d'autant plus importante que les patients vivent une compulsion de répétition. Ce phénomène est maintenant mieux compris en neuro-imagerie [52] en considérant qu'il s'agit également d'un mécanisme d'activation neurobiologique de dissociation pour maintenir le processus dissociatif initialement instauré, même des années auparavant, même si la personne ne se souvient pas de l'événement source. Ces personnes sont pour ainsi dire piégées dans des habitudes pathologiques d'auto-régulation, le plus souvent d'autodestruction, devenant l'objet de « rapt émotionnels » de parties traumatiques ou négligées de leur passé. De nombreux spécialistes des états dissociatifs ont ainsi parlé de « parties émotionnelles » pour définir ces fameuses « parties » de nous-mêmes figées dans un espace-temps du passé. De là l'intérêt de leur montrer, ou plus exactement de montrer à l'enfant qui est en eux, que ce passé de souffrance est terminé, qu'ils sont à l'abri des négligences ou des violences dont ils ont été victimes. Dans ce cas, comme nous allons brièvement l'illustrer à partir des deux vignettes cliniques à suivre, le thérapeute en ICV va partir d'un moment précis où le patient va se retrouver avec cette « partie émotionnelle » en détresse. Cette nouvelle application permettra alors de sortir cette partie dissociée de son isolement, du danger qu'il ressent pour l'emmener dans un lieu tranquille où le Moi-adulte et le thérapeute pourront lui montrer tous les événements qui sont intervenus depuis. De la même manière, cette partie traumatisée va sortir de cet enfermement temporel qui était le sien initialement. Au fur et à mesure des répétitions de la LT, autant de fois que nécessaire, le patient comme sa représentation de son Moi-Enfant vont se tranquilliser en étant en capacité de faire face au passé dans le présent. Cette intégration neuronale aboutit ainsi au renforcement d'un Soi unifié.

Dans le cas de patients adultes victimes de SMPP enfant, donc d'une traumatisation chronique comme nous allons le détailler ensuite, l'ICV offre ainsi au thérapeute un appui technique et au patient une structuration réparatrice qui lui a fait défaut. Car au-delà des tendances dissociatives qui les caractérisent, leurs récits autobiographiques confirment par leur incohérence et leur détachement affectif l'attachement désorganisé/désorienté qu'ils se sont construit précocement. Ainsi, au-delà de donner un sens autobiographique aux événements vécus, l'ICV permet de travailler à partir de la naissance en multipliant les représentations sécurisantes qui leur ont manqué. En faisant imaginer à un patient que nous pouvons retourner dans le passé et prendre soin, par exemple, de son Moi Nouveau-Né (MNN) ou de son Moi-Bébé à 2, (4 ou 6 mois...), nous ouvrons des opportunités d'accordage dont il n'a jamais pu bénéficier ; le thérapeute venant participer aux soins à prodiguer au MNN du patient. Cette figure d'attachement de secours, qu'est le Moi-adulte du patient (à quoi peut se rajouter le thérapeute) œuvre alors à une recombinaison de l'attachement insécurisé-désorganisé de l'adulte en (ré)instaurant une situation d'attention affective apaisante toujours attendue, mais jusque-là jamais intégrée. Ce faisant, elle sort le patient de cet enfermement paradoxal dans ce que M. Main appelait le « cercle fermé » entre la terreur du contact et la terreur du rejet [53]. Il se rend compte qu'il n'est plus dépendant de son parent, que contenance et prévisibilité peuvent exister. Leur MNN n'est plus seul, le danger n'est plus là. Cette découverte est souvent associée à un étonnement ambivalent, des réticences à en prendre soin ; le patient adulte peut en effet spontanément avoir envie d'agresser ce MNN ou de ne pas s'en occuper. C'est souvent comme si cette rencontre du Moi-adulte avec le MNN faisait passer à la lumière du jour et de la conscience la nature du lien premier avec la figure d'attachement initiale. On comprend alors l'importance de l'intervention du thérapeute attentif à préserver le MNN de ces attaques en réajustant la dynamique des interactions. Il s'agit alors d'aider le patient

à comprendre pourquoi cette dynamique relationnelle est ainsi, afin de lui permettre de dépasser cette difficulté.

3. Étude de cas : Adultes présentant un SMPP enfant, un défi thérapeutique

3.1. Evelyne ou l'addiction aux médecins

Adressée par un médecin généraliste qui la suit depuis cinq ans, Evelyne, 39 ans, n'en peut plus de ses crises d'angoisse (peur de devenir paralysée, de développer un cancer) et de ses plaintes somatiques (vertiges, nausées, douleurs au cœur et au dos, frissons, fourmillements dans les pieds...), de son besoin d'aller régulièrement aux urgences. Ces dernières années, elle a réalisé plusieurs IRM lombaires, cérébrales, toutes normales. Si l'on peut résumer la situation ainsi, Evelyne n'arrive pas à tenir debout. Elle est suivie par au moins trois médecins, dont l'un depuis plus de trente ans dans sa ville d'origine. Sans compter une amie interne qu'elle a régulièrement au téléphone. Elle se décrit volontiers comme « hypocondriaque ». Effectivement, professionnellement, elle ne peut pas envisager un voyage sans anticiper une reconnaissance des services médicaux sur place. Six mois auparavant elle a été opérée d'une appendicite et plus rien ne va depuis, elle parle de « cataclysme » : « 20 heures aux urgences et une anesthésie générale en urgence ». Une opération d'une hernie est intervenue dix ans plus tôt, marquée par un sentiment d'enfermement dans la clinique. Dans ses antécédents, elle se souvient de problèmes ORL, mais ne s'en rappelle plus vraiment « c'est flou... de toutes les façons je ne me souviens de rien avant 8 ans... ». Son enfance est décrite comme difficile avec un père autoritaire, mais finalement très absent en raisons de ses affaires. Une énurésie jusqu'à ses 15 ans, le début de sa puberté, est également signalée. Elle aura des tremblements pendant ces premières séances tout en ressentant de nombreux moments d'absence, de vertiges.

Elle a déjà entrepris de façon suivie plusieurs thérapies (d'inspiration psychanalytique, gestaltiste, TCC) sur environ une quinzaine d'années, jusque-là sans succès sur ses crises d'angoisse.

Son lien à sa mère apparaît d'emblée très fort, intouchable, « quasi fusionnelle » de ses propres mots. Il apparaîtra au décours des premiers rendez-vous que sa mère l'appelle au sortir de ceux-ci, et Evelyne lui décrit nos échanges. Par contre, elle évite au début de parler en séance de sa mère, de son passé. Au fil du temps, Evelyne va mettre à jour les réflexions récurrentes de sa mère autour de sa santé, discutant les traitements ou les examens qui sont prescrits à sa fille. Elle ne tait plus les lapsus maternels. Ainsi, alors qu'Evelyne donne occasionnellement des concerts sa mère lui demande « À quelle heure est ton cancer ? ». Et il y a ses fréquents « il faut que tu ailles à l'hôpital ! »...

Au cours des premières séances d'ICV, la lecture de la Ligne du Temps fera rapidement remonter à la surface de nombreux souvenirs en pédiatrie ORL. Non sans augmenter sa consommation d'exams médicaux (prises de sang, ECG...) entre les séances, mais aussi par le biais de SOS médecins qu'elle appelle au moins une fois par semaine. Au fur et à mesure des séances d'ICV, dans le cadre du protocole de la Naissance au Présent (PNP), elle arrive progressivement à s'imaginer elle, adulte, prendre soin de son Moi Nouveau-Né. En l'amenant à imaginer un moment où elle est un nouveau-né, nous l'invitons alors à prendre soin du nourrisson qu'elle était, mais toujours en y associant une lecture de la LT, donc toujours en lui montrant que du temps a passé. Progressivement, au sortir de ces séances Evelyne exprime au début de la colère, l'envie de se défouler par rapport à sa mère qui lui apparaît plus intéressée par son état de santé que par sa réussite professionnelle, par exemple. Mais elle dit aussi combien souvent elle pense à sa mère avec tristesse tout en reconnaissant « elle m'a étouffée ». Parallèlement à l'émergence d'affects

négatifs vis-à-vis d'elle, ses tendances dissociatives somatoformes diminuent, ses plaintes somatiques disparaissent. De même, au cours de son traitement en ICV, elle relate une scène chez un dentiste où, sans comprendre pourquoi, elle a eu envie de vomir sur lui. Il s'avèrera par la suite que pendant son enfance aucune de ses dents de lait n'est tombée naturellement « j'allais chaque fois chez le dentiste pour me les faire arracher ».

Dans le cadre de son traitement ICV, il devient alors évident qu'un travail spécifique de réparation de l'attachement est nécessaire. Il s'agit d'utiliser la LT plus seulement avec son MNN, mais avec son Moi-Enfant dans sa petite enfance cette fois à 2 mois, 4 mois, 6 mois, etc. Face à ce Moi-Bébé, elle a alors peur de la laisser tomber, de prendre la responsabilité de s'en occuper. Même si l'idée lui semble bizarre, saugrenue, elle dit avoir peur qu'elle « finisse à l'hôpital ». Il lui reviendra alors en souvenir des propos de sa mère rappelant que bébé, vers l'âge de 6 mois à l'hôpital, elle lui « avait fait le sacrement des malades »...

Au sortir de plusieurs séances d'ICV Evelyne évoque un sentiment de délivrance, plus précisément de ne plus avoir besoin d'appeler sa mère. L'amélioration de son auto-régulation émotionnelle avec la disparition de ses crises d'angoisse lui permet de mieux se défendre, elle ne se vit plus comme l'otage obligée des médecins.

3.2. *Françoise ou la phobie des médecins*

Françoise, 41 ans, vient consulter la première fois en pointant d'emblée une histoire médicale lourde, elle « tombe régulièrement malade ». Elle se plaint par exemple d'une maladie génétique, mais sans pouvoir la nommer. Épuisée, elle dit probablement souffrir de dépression puisque son médecin généraliste voulait lui prescrire des antidépresseurs, ce qu'elle a refusé. Ses propos sont parfois incohérents, à la limite du coq à l'âne, des troubles du sommeil sont aussi évoqués. Françoise bascule facilement dans ses propos de la sphère professionnelle à sa vie de couple ou son enfance, pour autant ils ne sont pas délirants. Assez rapidement, elle rapporte des informations sur sa petite enfance pendant laquelle elle a été très malade, surtout la première année avec, semble-t-il, une longue hospitalisation. Malheureusement, elle n'a pas accès à son carnet de santé, sa mère refusant de lui fournir la moindre explication. Elle-même dit souffrir d'amnésie et n'avoir aucun souvenir de son enfance. Sa fratrie ne semble pas avoir une histoire médicale semblable mais une sœur aînée s'est suicidée à l'âge de quinze ans par pendaison. Sa demande initiale n'est pas claire : elle souhaite sortir de son état d'épuisement sans médicament ; des états d'attaque de panique et des insomnies sont aussi évoqués.

Lors des entretiens suivants, son anamnèse infirme son amnésie car de nombreux détails de son enfance ressortent même si, pendant ces moments de remémoration, elle se sent « implorer » : « dès que j'essaie de me souvenir ça panique ». Pendant ses récits, des réactions typiquement dissociatives apparaissent : elle regarde brusquement ailleurs, son regard peut sembler tout d'un coup effrayé ou bien elle change complètement de sujet. Il lui arrive aussi d'avoir brutalement envie de dormir... Dans ces moments elle ressent des fourmis dans les pieds... Les antécédents familiaux sont lourds avec des successions de drames (deuils traumatiques avec une tante décédée à 35 ans d'une maladie déclarée à 18 ans, exil, suicides), surtout pendant les deux guerres mondiales. La lignée maternelle semble une succession de conflits, sa grand-mère maternelle aurait affirmé à propos de la naissance de sa mère « tu es née pour venger la méchanceté de ma mère ». Sa mère « est née après un enfant mort ». Elle décrit sa relation à sa grand-mère maternelle ainsi « la mère de ma mère est pendue à mon cou »... La maison de famille serait « hantée »...

On découvrira ensuite, au moment des reprises de rendez-vous, que Françoise a développé une forme de phobie des prises de rendez-vous médicaux par téléphone. Elle évite autant qu'elle le peut de l'utiliser, ou bien son compagnon appelle à sa place. Sa mère éloignée géographiquement la harcèle assez régulièrement au téléphone, toujours en s'inquiétant de son état de santé quand ce n'est pas pour parler de l'état de santé de ses proches ou de relations. Françoise explique ne jamais faire autrement que de lui répondre, de l'écouter. Mais cette phobie s'avère finalement beaucoup plus large puisqu'elle évite les rencontres avec les soignants, évite de passer à côté d'un hôpital. . . Pour parer à toutes ces angoisses, Françoise s'investit quotidiennement dans son activité professionnelle jusqu'à l'épuisement.

Si l'hypothèse d'un SMPP enfant n'était pas évidente à la lecture de cette première anamnèse, le travail d'élaboration entrepris autour de la constitution de la Ligne du Temps (LT) a mis en exergue des éléments de plus en plus évocateurs. Un père très absent pour des raisons professionnelles, mais surtout un intérêt maternel centré sur la maladie, le monde médical et puis une succession d'éléments lesquels, mis bout à bout, confirment un nomadisme médical. Devenue adulte, les veilles de rendez-vous médicaux, elle a des cauchemars terrifiants au cours desquels elle se réveille mais sans se souvenir de leur contenu. Elle se rappellera ainsi au cours de sa thérapie que jusqu'à l'âge de 6-7 ans « on me faisait une prise de sang par semaine » . . .

Par rapport à sa mère, ses ressentis sont physiques, si elle sent le parfum de sa mère dans le métro elle s'arrête de respirer. Il s'avère que cette dernière continue à la mettre régulièrement dans des injonctions paradoxales. Dans le cours de sa thérapie elle va aussi découvrir une nouvelle angoisse « je suis terrorisée à l'idée que j'aille bien ». Elle finira par réaliser en fin de thérapie que cela reviendrait à annuler le mal que sa mère lui a fait. De même, elle s'apercevra que lorsqu'elle est en visite chez sa mère elle ne peut s'endormir que si elle sait que sa mère dort. . .

Alors que le travail en ICV aura diminué sa vulnérabilité vis-à-vis des soignants, un soin chez un kinésithérapeute qui lui aura mis un pansement à une cheville ravivera un engramme d'angoisse extrême faisant probablement rejaillir une expérience de sa prime enfance avec des liens vécus comme une empreinte indélébile.

Lors des premières séances ICV consistant simplement en des lectures répétées de sa LT, elle ressent souvent des sensations douloureuses dans différentes zones corporelles (oreilles, bras, articulations), en particulier à l'évocation de la période préverbale. Les premières séries de LT sont vécues au début de la vie en apnée, elle bloque sa respiration, elle a souvent le souffle coupé. Après son travail en ICV sur une période préverbale (0-1 an) elle dira, par rapport aux appels téléphoniques de sa mère qu'elle filtre dorénavant, « face à elle, je suis obligée de me défendre », puis par reconnaître « c'est ma mère qui est malade ». En lui faisant vivre sa rencontre avec son Moi-Bébé à 4 ou 8 mois, Françoise a parfois la vision d'être face à « un bout de viande sanguinolent, repoussant ». L'accordage du thérapeute est alors essentiel car il s'agit de toujours s'occuper et prendre soin du Moi-Bébé même si Françoise n'y arrive pas. De même, elle exprimera ne pas arriver à se considérer comme une « victime innocente », mais plutôt d'abord à ressentir du dégoût par rapport à la petite fille qu'elle était. Mais ce faisant, par les répétitions de la LT elle s'imprègne, son Moi-bébé également, du fait que du temps a passé et que son Moi-Bébé est quelqu'un d'aimable, maintenant à l'abri des passages à l'acte maternels.

Assez rapidement, elle rapporte des changements dans son comportement, notamment d'arrêter de prendre soin des autres pour prendre soin d'elle. Ce qui, soit-dit en passant, lui permet de sortir de cette situation de surmenage professionnel. Elle n'a plus besoin d'aller faire du footing à 4 h du matin jusqu'à son départ au travail.

4. Discussion

Un patient pour qui tout soin est potentiellement une menace peut-il venir en thérapie ? Dans le cas de ces deux patientes, sans doute dans un premier temps, si leur demande repose sur une aide, pas à proprement parler sur une demande de soin. Car une adulte victime de SMPP peut-elle vivre une relation soignant-soignée, sans éprouver la souffrance engendrée par les soins pendant son enfance ? A priori, malheureusement, ce ne peut être qu'à travers le prisme traumatique de ce qu'elle a vécu enfant par le biais de sa mère, des médecins et de l'absence de son père. L'altération de leur mémoire autobiographique confirme en ce sens l'absence d'intégration psychologique et neurobiologique de ce passé. En somme, il n'est pas possible en première intention d'explorer cet aspect du passé beaucoup trop effractant émotionnellement, avec un risque de résurgences de souvenirs traumatiques trop déstabilisantes. Au préalable, un temps d'accordage thérapeutique tranquilisant est nécessaire en limitant, autant que faire se peut, l'émergence de mouvements dissociatifs. Ce prédicat est déjà vérifié dans les thérapies de mères auteurs de SMPP [54]. Il est utile de rappeler de ce point de vue qu'aucune de ces patientes ne se savait victime d'un SMPP pendant son enfance. Cette hypothèse diagnostique n'a pu être posée que rétrospectivement, avec beaucoup de prudence, et éventuellement discutée que bien en aval des premières rencontres.

Se dérober à leur enfermement initial, tout en étant dans une situation où elles peuvent « bénéficier » de soin, souligne bien le caractère paradoxal de la relation soignant-soignée dans laquelle se sont retrouvées à un moment, en thérapie, ces deux patientes. C'est dire aussi la complexité des conséquences mortifères en aval des SMPP [55] sur leur propre système d'attachement. Démarrer une thérapie avec un passé de SMPP revient donc à envisager un déchiffrement progressif de la logique pathologique, insensée, qu'elles ont associée de façon souvent répétée à tout soin. Et la dimension la plus difficile à mettre à profit dans le processus thérapeutique ne concerne pas leur reconnaissance de la maltraitance vécue, laquelle prend parfois du temps avec la levée d'une amnésie dissociative et permet déjà de recentrer le processus de travail thérapeutique. Leur vraie difficulté va être de sortir de cet attachement morbide (cas d'Evelyne) ou phobique (cas de Françoise), souvent édifié pendant la période préverbale, qu'elles ont finalement développé par rapport à ces agissements. Là, il faudra du temps pour évaluer les changements en thérapie et à l'extérieur, gages d'une résilience durablement en cours. Car pendant toute une partie de la thérapie, elles se considèrent malgré elles comme malades de façon incurable car elles ont appris à être aimées ainsi. Car, au final, si elles ont eu droit à tous ces soins c'est que forcément, pensent-elles (ou une partie d'elle le pense), elles le méritaient, elles en avaient besoin. Dans une difficulté d'élaboration, elles-mêmes s'étonnent du comportement des médecins, « sinon ils auraient dû se rendre compte que quelque chose n'allait pas. . . que ma mère était folle ». Et même s'il s'agit d'un amour destructeur, marqué par une absence de reconnaissance de leurs besoins, elles y restent cependant attachées quasi organiquement. Evelyne, au début des consultations, ne se présente-t-elle pas porteuse d'une idéalisation de sa mère ? N'est-elle pas dans une idéalisation de l'agresseur en continuant à poursuivre les soins les uns après les autres ?

L'étiquetage de leurs nombreux dossiers médicaux a, proportionnellement à leur épaisseur, comme une fonction indélébile. Il atteste d'une violence qui a été la raison d'être du lien certes inadapté, mais surtout inaliénable et indestructible à leur mère. Dans les deux cas, enfants, elles se sont retrouvées au-devant de la dépression latente de leurs mères n'ayant pas d'autre échappatoire que d'incarner physiquement les fantasmes maternels, en leur servant de « suture narcissique » [56]. Enlever cette suture est une épreuve, même à l'âge adulte. À moins de prouver que cette

suture n'a plus de raison d'être, ce que les séances d'ICV apportent en appréciant avec recul le temps écoulé tout en procédant à un nouvel encodage des souvenirs traumatiques. Ce qui, pour certains, pourrait s'apparenter dans l'expérimentation animale à une déprogrammation [57], n'est en fait ici qu'une recombinaison, car il n'y a pas de perte des capacités de résilience chez ces personnes. Comme le dira l'une d'elle « maintenant le passé est le passé, le présent est le présent ». Pour cela le thérapeute occupe nécessairement une place de « caregiver », une figure d'attachement, c'est-à-dire une personne qui lui donne des soins – dans un système de *caregiving* – autrement que ceux vécus pendant leur petite enfance ; pour autant, et cela est indispensable, que le thérapeute pour être étayant et bienveillant, soit lui-même sécurisé [58]. . . Aussi, comme nous l'avons détaillé dans les deux vignettes cliniques, cette activation du système du *caregiving*, d'accordage affectif des patientes à leur MNN n'est pas un succès de prime abord. On constate surtout des sentiments mitigés à l'égard du MNN, une incapacité physique à s'en occuper, en étant extrêmement détachées, avec parfois des phobies d'impulsion. Autant de signes dans ces dialogues intérieurs qui permettent de détecter les conséquences de la dépression maternelle les ayant entourées et l'impact des processus dissociatifs car, souvent, les patientes exprimeront cela ouvertement, sans culpabilité, voire avec indifférence. En même temps, ces répétitions des LT aboutissent à une déconnexion du système de stress puisque le MNN ne constitue plus pour le Moi-adulte une menace imaginaire comme, jadis, il pouvait en représenter une pour sa mère. Chaque patiente a pu aussi se renforcer dans l'idée que son MNN (ou son Moi-Bébé) n'était plus dépendante de sa mère puisqu'elle pouvait maintenant en prendre soin. Mieux, l'ICV permet une nouvelle triangulation soignant-adulte (patient)-enfant (Moi Nouveau-Né par exemple) en défusionnant la situation initiale à la mère. L'ICV permet de placer le MNN (ou le Moi-Bébé à 6 mois, 1 an. . .) dans une position tierce non symbiotique avec la mère, en étant pleinement inscrit dans le langage – son histoire de vie – et la sécurité offerte par l'étayage et la cohérence du thérapeute. Ces échanges dans la dyade thérapeute-patient (en réalité triade thérapeute-patient-MNN) nous permettent de mieux comprendre les modalités souvent à l'origine d'un manque d'estime de soi, voire de comportements autodestructeurs.

La spécificité de l'ICV, à l'instar du *Mindfulness* ou de la méditation de pleine conscience, est d'œuvrer à une grande stabilité d'esprit en restaurant l'activité des régions cérébrales impliquées dans l'auto-régulation émotionnelle. Neurophysiologiquement, cette faculté à rester conscient du mouvement continu de notre existence, mais sans se laisser happer, s'explique. En adoptant une attitude contemplative de notre Ligne du Temps dans tout son développement, une partie de notre cerveau, l'activité du Cortex Cingulaire Antérieur (CCA) est diminuée dans le sens où il n'y a plus nécessité pour le cerveau à « s'exciter » puisque les tonalités émotionnelles diminuent au fur et à mesure de la répétition des LT et que l'on perçoit la nature transitoire et imparfaite, tantôt heureuses ou malheureuses, de nos expériences au cours de la vie [59,60]. En se reliant ici et maintenant avec son Moi Nouveau-Né, par exemple, chacune de ces patientes n'a pu nier le fait que son MNN était maintenant avec elle, plus avec leur mère. En leur ayant montré comment leur MNN a grandi au travers de la Ligne du Temps, elles l'ont – après chaque répétition – un peu plus intégré dans le présent. Précisons à ce propos que ce qui « est montré » ne l'est que de façon factuelle en minimisant autant que faire se peut tout risque de suggestion de « faux souvenir ». Par exemple, pendant la petite enfance, sauf donnée précise dans un carnet de santé, il n'est fait référence qu'à des étapes du développement psychomoteur communes à chacun d'entre nous (passage du quatre pattes à la position debout, phase d'opposition et du non, etc.).

Pour le dire autrement, les données récentes en neurosciences nous confirment que quand des neurones sont stimulés ensemble, ils se relient ensemble en créant de nouvelles structures cérébrales [61]. Avec les protocoles ICV, cela revient donc à activer et former des circuits durables

entre différents événements mentaux en renforçant leurs connexions mutuelles au fil du temps. Elles stimulent aussi une forme de réévaluation cognitive globale au sens où en parle Southwick [62]. En se focalisant sur ces souvenirs, patient et thérapeute n'opèrent pas seulement une forme de recâblage neuronal, ils modifient subtilement la chimie cérébrale comme si l'on recourait à de puissants aimants pour amener le système limbique à se détacher de ce qui l'affecte négativement d'habitude (détresse, tristesse. . .) pour s'orienter vers d'autres réseaux générateurs d'émotions positives. Cette imprégnation ou intégration neuronale peut déjà permettre au patient de distinguer ce qui l'apaise (ici les soins sont terminés), attirer son attention [63] sur ce qui lui apporte du bien-être, réorienter sa vision générale de sa vie, du monde qui l'entoure. Plus ces répétitions de LT se succéderont plus ce positif sera intériorisé, laissant une trace profonde dans la mémoire [64]. L'ICV devient ainsi une forme de prévention tertiaire de la violence familiale [45].

5. Conclusion

La notion de troubles post-traumatiques complexes, dans leur simple manifestation comportementale, ne suffit pas à caractériser l'étiologie des patients adultes victimes d'un SMPP pendant leur enfance. De même, comme Sheridan en 2003 [65] l'a démontré, il ne faut pas sous-estimer l'âge moyen du diagnostic, souvent de 46 mois, en sachant qu'il faut généralement entre 15 et 22 mois après le début du SMPP pour poser le diagnostic. Dans le meilleur des cas, pourrait-on rajouter, car les patientes citées dans cet article n'ont bénéficié d'aucune protection. Les différentes formes d'empreintes somato-psychiques de ces adultes, dont la thérapie d'Intégration du Cycle de la Vie témoigne, peuvent davantage se comprendre à la lumière du concept janétien de dissociation ou les preuves, plus récentes, d'altérations cérébrales significatives chez les patients souffrant de troubles mnésiques dissociatifs. Dans cette perspective, l'ICV est une nouvelle approche psychothérapeutique, basée sur un processus interactif thérapeute-patient-Moi Nouveau-Né (Moi-Bébé), permettant une réduction des symptômes dissociatifs hérités de traumatismes de la petite enfance, sans trace dans la mémoire explicite [66]. Il est ainsi certain cliniquement que les différents protocoles en ICV apportent une aide précieuse et très spécifique à toutes les situations de détresse, de carence qu'ont pu vivre des adultes au cours des trois premières années [67].

En d'autres termes, le suivi thérapeutique de ces patients est réalisable lorsque le thérapeute sert d'étayage narcissique à leurs parties blessées (Moi Nouveau-Né, Moi-Bébé) en évitant que l'enfant continue d'être à cette place, par procuration. De même en va-t-il, dans ce double accordage, de la prudence nécessaire pour ne pas renforcer l'attachement macabre aux soins ou son évitement dépressif lesquels, bien souvent, entraînent chez ces patients une défense impossible à retirer. Y toucher reste envisageable seulement si le patient est en état de contenir ses propres mouvements émotionnels, pulsionnels. Et c'est le caractère novateur de l'ICV que de pouvoir renouer une relation de confiance avec un soignant en activant une possibilité de résilience. Dans le cas présent, l'ICV confirme l'existence d'une flexibilité des comportements d'attachement, de récupération de l'enfant de la niche sensorielle affective, fantasmatique maternelle.

Si les patients atteints de SMPP peuvent bénéficier de l'ICV en contribuant à leur guérison, cela nous ouvre des perspectives encourageantes et nous donne une nouvelle preuve de la plasticité du cerveau.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;2:343-5.
- [2] Dauver S. Actualité du syndrome de Munchausen par procuration. Caen: Université de Caen; 2001 [thèse de médecine].
- [3] Blavier A. Le comportement de simulation dans le contexte particulier de l'expertise : vers une meilleure compréhension du processus de victimologie. *Evol Psychiatr* 2011;76(2):345-59.
- [4] Binet E, Weigel B. Le syndrome de Munchausen par procuration : mères et médecins au-dessus de tout soupçon. *Contraste* 1998;8:183-96.
- [5] Binet E. Recourir à la loi dans le cas de syndrome de Munchausen par procuration : une solution face à des parents à l'abri de tout soupçon ? In: Villerbu LM, Somat A, Bouchard C, editors. *Temps psychique, temps judiciaire*. Paris: L'Harmattan; 2009. p. 317-25.
- [6] Goss PW, Mc Dougall PN. Munchausen syndrome by proxy: a cause of preterm delivery. *Med J Aust* 1992;157(11-12):814-7.
- [7] Roth D. How « mild » is mild Munchausen syndrome by proxy. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1990;27(3):160-7.
- [8] Contejean Y, Rist B, Thuile J, Andreux V. Le syndrome de Munchausen par procuration à expression psychiatrique. *Nervure* 2003;16(2):7-14.
- [9] Schreier H. Factitious disorder by proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(5):668-70.
- [10] Auxemery Y. À propos d'un cas de syndrome de Munchausen par procuration à expression psychiatrique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59(3):188-94.
- [11] Schnaps Y, Frand M, Rotem Y, Tirosh. The chemically abused child. *Pediatrics* 1981;68:119-21.
- [12] Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993;68(4):448-52.
- [13] De Becker E, Ali Hamed N. Les fausses allegations d'abus sexuels sur mineurs : entre Munchausen par procuration et alienation parentale. *Evol psychiatr* 2006;71(3):471-83.
- [14] Meadow R. Management of Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985;60:385-93.
- [15] Weigel B, Binet E. Prévenir le syndrome de Munchausen par procuration est-il possible ? *Inf Psychiatr* 2003;79(9):811-6.
- [16] Binet E, Danon G, Le Nestour A. Difficultés rencontrées dans les prises en charge thérapeutiques et/ou sociales de situations familiales caractérisées par un syndrome de Munchausen par procuration. *Les Cahiers de l'AFIREM* 1998;32:19-28.
- [17] Mart EG. Munchausen's syndrome by proxy reconsidered. Manchester: Bally Vaughan Publishing; 2002.
- [18] Roesler TA, Jenny C. Medical child abuse: beyond munchausen syndrome by proxy. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009.
- [19] Rosenberg D. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11:547-63.
- [20] Schreier HA, Libow JA. *Hurting for love*. New York: The Guilford Press; 1993.
- [21] Binet E. Le syndrome de Munchausen par procuration: une nouvelle forme de dysparentalité transgénérationnelle. *Devenir* 2001;13(2):29-39.
- [22] Stirling J. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-30.
- [23] Tursz A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris: Seuil; 2010.
- [24] Decherf G. Syndrome de Munchausen par procuration ou la symbolisation transgénérationnelle par procuration (STPP). *Divan familial* 2011;7:167-77.
- [25] Belot RA. Un cas d'un syndrome de Munchausen par procuration : apport des tests projectifs, Rorschach et TAT. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57(3):182-91.
- [26] Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis. *J Pediatr Nurs* 2003;18(3):174-80.
- [27] Janet P. L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes (1887). In: Janet P, editor. *Premiers écrits psychologiques*. Paris: L'Harmattan; 2005. p. 87-112.
- [28] Brown D. Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs. In: Kedia M, Vanderlinden G, Lopez I, editors. *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris: Dunod; 2012. p. 177-233.
- [29] Toth EL, Baggalev A. Coexistence of Munchausen's syndrome and multiple personality disorder: detailed report of a case and theoretical discussion. *Psychiatry* 1991;51(3):248-53.
- [30] Van Der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. *Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Debeock; 2010.

- [31] Bools C, Neale B, Meadow R. Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1993;69:625-30.
- [32] Mc Guire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1989;83(2):289-92.
- [33] Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Neglect* 2005;29(8):931-41.
- [34] Raymond CA. Munchausen's may occur in younger persons. *J Am Med Assoc* 1986;257(24):3332.
- [35] Pernot-Masson AC. Psychothérapie d'une maman trop attentionnée : un syndrome de Münchhausen par procuration. *Psychiatrie Enfant* 2004;47(1):59-101.
- [36] Gregory J. *Ma mère mon bourreau*. Paris: L'Archipel; 2006.
- [37] Maxfield L, Hyer LA. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;58:23-4.
- [38] Davidson PR, Parker KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:305-16.
- [39] Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure vs eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005;18:607-16.
- [40] Taylor S, et al. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:330-8.
- [41] Tarquinio C, Houbre B, Fayard A, Tarquinio P. Application de l'EMDR au deuil traumatique après une collision de train. *Evol Psychiatr* 2009;74(4):567-80.
- [42] Dutton MA, Bermudez D, Matas A, Majid H, Myers NL. Mindfulness-based stress reduction for low-income. Predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cogn Behav Pract* 2013;20(1):23-32.
- [43] Kearney DJ, Malte CA, McManus C, Martinez ME, Felleman B, Simpson TL. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Trauma Stress* 2013;26(4):426-34.
- [44] Kim SH, Schneider SM, Bevans M, Kravitz L, Mermier C, Qualls C, et al. PTSD symptom reduction with mindfulness-based stretching and deep breathing exercise: randomized controlled clinical trial of efficacy. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98(7):2984-92.
- [45] Pace P, Smith J. L'Intégration du Cycle de la Vie : une technique permettant de mettre fin au cycle de la violence familiale. In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Violence et famille*. Paris: Dunod; 2011. p. 305-11.
- [46] Luxenberg T, Spinazzola J, Hidalgo J, Hunt C, Van der Kolk B. Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) part two: treatment. *Dir Psychiatry* 2001;21(26):395-415.
- [47] Pace P. *Pratiquer l'ICV, l'intégration du Cycle de la Vie*. Paris: Dunod; 2014.
- [48] Thorpe C. *The success and strategies of Lifespan Integration*. Bellevue, WA: TimeLine Press; 2013.
- [49] Thorpe C. Changer les schémas relationnels destructeurs par l'Intégration du Cycle de la Vie (ICV). In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Violences psychologiques, comprendre pour agir*. Paris: Dunod; 2014. p. 252-60.
- [50] Smith J. Traitement du trauma, de la dissociation et des troubles de l'attachement par l'ICV. In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Violences aux personnes, comprendre pour prévenir*. Paris: Dunod; 2014. p. 393-400.
- [51] Smith J. Changer les schémas relationnels destructeurs par l'Intégration du Cycle de la Vie (ICV). In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Violences psychologique, comprendre pour agir*. Paris: Dunod; 2014. p. 252-60.
- [52] Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremmet JD. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(4):693-702.
- [53] Main M. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to level of representation. In: Bretherton I, Waters F, editors. *Growing points in attachment theory and research, monographs of the society for research in child development*, 50(1-2, serial No. 209). 1986. p. 66-104.
- [54] Nicol A, Eccles M. Psychotherapy for Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Childhood* 1985;60:344-8.
- [55] Shapiro M, Nguyen M. Psychological sequelae of Munchausen's syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect* 2011;35(2):87-8.
- [56] Binet E, Weigel B, Danon G, Le Nestour A. Le syndrome de Münchhausen par procuration. Essai de compréhension psychologique. *Psychiatr Enfant* 2000;XLIII(1):55-108.
- [57] Morley-Fletcher S, Mairesse J, Soumier A. Chronic agomelatine treatment corrects behavioral, cellular, and biochemical abnormalities induced by prenatal stress in rats. *Psychopharmacology* 2011;217:301-13.
- [58] Bekhechi V, Rabouam C, Guédeney N. Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. In: Guédeney N, Guédeney A, editors. *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2010. p. 17-28.

- [59] Baars BJ. In the theatre of consciousness: global workspace theory, a rigorous scientific theory of consciousness. *J Conscious Stud* 1997;4:292.
- [60] Brahm A. *Mindfulness. Bliss and beyond: a mediator's handbook*. Boston: Wisdom Publication; 2006.
- [61] Le Doux JE, Doyère V. Emotional memory processing: synaptic connectivity. In: Nalbantian S, Matthews P, McClelland JL, editors. *The memory process: neuroscientific and humanistic perspectives*, Cambridge, Massachusetts: MIT Press; 2010. p. 153–71.
- [62] Southwick SM, Charney DS. Ready for anything. Scientists have compiled evidence-based tactics for building resilience. Among them: rethink adversity, forge close friendships and tackle novel challenges. *Sci Am Mind* 2013;24(3):32–41.
- [63] Hanson R. *Hardwiring happiness: the new brain science of contentment, calm and confidence*. New York: Harmony; 2013.
- [64] Lewis MD. Self-organizing individual differences in brain development. *Dev Rev* 2005;25:252–77.
- [65] Sheridan M. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27:431–51.
- [66] Smith J. Dissociation traumatique carences précoces et troubles de la personnalité: approche thérapeutique. In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Troubles de la personnalité*. Paris: Dunod; 2013. p. 347–55.
- [67] Clément C, Smith J, Bernardo D. L'Intégration du Cycle de la Vie, thérapie des troubles de l'attachement, de la dissociation et du trauma. In: Coutanceau R, Smith J, Lemitre S, editors. *Trauma et résilience*. Paris: Dunod; 2012. p. 293–304.