



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Les modèles qui modèlent !

The models that model us!



1. Version française

Le champ du psychotraumatisme s'est très largement constitué autour d'orientations théoriques variées, qui ont toutes apporté leur contribution à cette discipline aujourd'hui en pleine expansion. Les modèles et les théories du trauma ont été (et sont) encore nombreuses. Ainsi, dans leurs compréhensions du processus psychotraumatique et dans sa prise en charge cliniciens et chercheurs peuvent ainsi selon leurs formations se référer pour n'en citer que quelques-unes aux hypothèses organiques, aux théories neurobiologiques du stress, aux modèles cognitivo-comportementalistes, à la psychologie dynamique de Pierre Janet, au modèle psychanalytique (Abraham, Simmel, Ferenczi, Fenichel ou Kardiner) ou encore phénoménologiques (Frankl, Crocq). À travers ces choix théoriques, la psychotraumatologie a ainsi pu s'imposer comme un domaine autant scientifique que professionnel. Beaucoup (dont nous sommes) d'ailleurs défendent l'idée que le psychotraumatisme n'est pas à la périphérie de la psychopathologie comme cela a souvent été envisagé au cours du siècle dernier, mais bien au cœur des troubles psychopathologiques qui souvent trouvent une origine dans un vécu psychotraumatique dont la source peut être les premiers instants de la vie. C'est tout ce corpus théorique qui a permis de proposer un regard nouveau sur la question du psychotraumatisme et de sa prise en charge. Toutes les approches et tous les modèles ne peuvent bien entendu pas être présentés ici ! Mais on peut s'accorder pour dire que tous ont été conçus par leurs auteurs afin de mieux comprendre ce qui déterminait et expliquait l'émergence de certains comportements ou la manifestation de certains symptômes psychopathologiques. On pourrait dire que la dernière-née dans ce domaine reste sans aucun doute la problématique de la dissociation qui englobe différents phénomènes comme les altérations de la conscience (y compris le rétrécissement du champ de la conscience que Janet distingue clairement de la dissociation), l'absorption et l'implication imaginaire, qui peuvent ou non être liées à une dissociation de la personnalité (par exemple, écouter une musique et se laisser emporter, écouter son interlocuteur parler et perdre le fil, fixer un tableau et être comme absorbé...). Une des théories à nos yeux les plus riches tant sur le plan théorique que sur le plan clinique reste à n'en pas douter la théorie de la dissociation structurelle. Cette approche (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, van der Hart, 2006) qui reprend les travaux de Janet, enrichi de nombreuses données de la neurobiologie, permet d'expliquer et de conceptualiser les troubles dissociatifs, mais aussi tout trouble ayant une origine traumatique.

De nombreuses publications de l'*European Journal of Trauma and Dissociation* ont permis le développement de ces travaux et leurs explicitations par les meilleurs spécialistes du moment.

Donc, dans tous les cas l'ambition des chercheurs et des cliniciens qui en sont à l'origine de toutes ces approches théoriques s'inscrit dans une volonté de modéliser la complexité de ce qui s'opère chez les patients. Ces modèles doivent être envisagés comme des hypothèses en dialogue permanent avec le terrain, qui ne cessent de transformer notre compréhension des conduites des victimes, ainsi que de notre capacité à les prendre en charge. Si ces modèles et ces théories sont in fine si nombreux c'est sans aucun doute parce que aucun d'entre eux n'est totalement satisfaisant en soi ou qu'il y a une part de vérité en chacun d'eux. Le plus étonnant est qu'ils sont parfois à des années lumières les uns des autres. Quoi de commun finalement entre le regard du psychanalyste, du neurobiologiste ou celui du cognitiviste ? Sans doute pas grand-chose, sauf le patient qu'ils ont devant les yeux dans le cadre de leur prise en charge et chez qui chacun est en mesure de décoder (sans difficultés) les caractéristiques cognitives affectives et comportementales en cohérence avec les modèles dont ils sont les porteurs. D'une même réalité clinique chacun perçoit autre chose. Ces construits théoriques que sont modèles correspondent à une certaine vision du monde que les chercheurs tentent d'appréhender et de valider avec plus ou moins de succès. Voilà donc une évidence, qui n'échappera à personne. Enfin, espérons-le. Sauf que... le défaut de nombreux de chercheurs et cliniciens réside dans une posture de naturalisation de leur modèle qui devient le prisme à travers lequel ils vont non seulement percevoir le monde et le comprendre, mais aussi vouloir agir. La naturalisation consiste à considérer que ce que l'on voit correspond à ce qui existe naturellement. Nous sommes donc des « Saint Thomas » en puissance qui ne croient que ce qu'ils voient. Mais nous avons oublié que ce même Saint Thomas ne pouvait voir que ce qu'il était enclin à regarder et à regarder que ce qu'il voulait bien. Ainsi, le mode de compréhension qui au départ était un construit simplifié (parce que le monde tel qu'il est bien trop difficile à saisir), une découpe pour rendre la réalité psychique opérationnelle et intelligible était de venue d'un seul coup réalité... nous faisons fausse route.

Personnellement, je me souviens d'une soirée à Amsterdam dans le cadre d'un congrès organisé par EMDR-Europe où préoccupé par ce questionnement je me livrais à une petite expérience. Je demandais à plusieurs confrères attablés qui parmi eux avaient dans sa patientèle des cas de patients dissociés (au

regard de la théorie structurelle) ? Plus de la moitié leva la main afin de confirmer le nombre grandissant de ce type de patients. Quelle ne fut pas ma surprise lorsque je demandais ensuite qui parmi les personnes présentes avaient suivi une formation sur la dissociation structurelle. Les mêmes que précédemment levèrent la main. . . Que faisons-nous ? Que voyons-nous ? Ne sommes-nous pas enclins à tordre notre clinique afin de la faire entrer dans les convictions théorico-cliniques qui nous habitent à un moment et moins à un autre de notre parcours ? D'obédience psychanalytique ou cognitivo-comportementale nous serions conduits à voir chez les mêmes patients non pas ce qu'ils sont mais une mise en mouvement des théories et des modèles qui nous portent et nous ont façonné. Une évidence certes, mais quelle responsabilité avons-nous alors ! Cela détermine nos choix thérapeutiques mais aussi la manière dont le patient lui-même se perçoit. Car ne l'oublions pas pour poursuivre avec nous sur le chemin de la prise en charge psychothérapeutique les patients doivent plus ou moins explicitement intérioriser non seulement les théories psychopathologiques qui sont celles de leurs thérapeutes, mais également les théories qui guident ces derniers pour mobiliser, justifier et mettre en œuvre telle ou telle prise en charge (EMDR, TCC, ICV, thérapie de soutien, hypnose, . . .). Certains peuvent traiter des victimes sans jamais y voir de traces d'une quelconque dissociation ou à l'inverse de conflits psychiques. Dans notre évolution personnelle en tant que chercheurs ou cliniciens n'avons-nous pas renoncé à nos théories inaugurales (approches psychanalytiques) pour lesquelles nous si étions convaincus de la pertinence et qui se vérifiaient chaque jour avec nos patients pour adhérer à d'autres aujourd'hui et qui une fois encore sont des évidences qui à chaque instant montrent leur pertinence dans l'intimité du cabinet de consultation. Avec les temps certaines pathologies disparaissent et d'autres apparaissent. Peut-être que le temps n'y est pour rien et qu'à l'inverse ce sont nos théories et nos modèles qui génèrent les point aveugles à géométrie variable qui influencent notre clinique. Où sont passés les hystériques du XIX^e et du XX^e siècles ? Envoyés ? Sans doute que non, nous ne les voyons plus ou plutôt nous voyons autre chose. Les modèles ne sont-ils pas détournés de leur but initial (être des hypothèses) pour devenir des représentations simplifiées et grossières, figées, préconçues, déformées et imprécises d'une réalité clinique que sans rendre compte on reconfigure et réorganise pour la mettre en adéquation avec lesdits modèles. Engagés dans nos recherches, certains parfois de disposer du modèle idéal, prenons garde de ne pas tomber dans des travers plus idéologiques que scientifiques. Prenons garde de rester humble et de maintenir un doute épistémique qui s'impose en psychologie clinique plus qu'ailleurs encore. Prenons garde de rester modeste quant aux théories et aux modèles auxquels nous adhérons. Ils ne sont que des visions du monde et de la clinique, des montages théoriques, des prismes qui organisent notre vision et notre conception de ce que sont les patients victimes. À cet égard n'avez-vous pas remarqué que les tenants de la plupart des obédiences théoriques qui parfois s'ignorent l'une l'autre sont en mesure d'agir efficacement dans leur prise en charge du traumatisme. Curieux non ? Alors que valent nos théories si certains en n'en faisant l'économie sont en mesure d'obtenir des résultats cliniques et psychothérapeutiques satisfaisants à partir de conceptions différentes voire sans la moindre conception. Le débat doit s'ouvrir et gageons que notre revue puisse avec les années devenir un espace de contradiction et de dispute théorique qui permettra de relativiser les hégémonies théoriques et psychothérapeutiques. La dispute théorique, le doute, le questionnement sont les meilleurs remèdes contre le dogme et les instruments d'une véritable posture scientifique. Popper parle régulièrement de conjectures ou d'hypothèses pour qualifier les théories scientifiques. Lors d'une conférence (1936), il alla jusqu'à soutenir que « l'on avait supposé, à tort, que la connaissance

scientifique était une forme de connaissance », alors qu'elle est seulement hypothétique. Cela fit rire l'auditoire. Il fait allusion à l'évolution constante du savoir scientifique. Ne prenons pas le risque d'avoir envie de rire de [Popper \(1981\)](#) !

2. English version

The field of psychotraumatology has grown around various theoretical orientations, all of which have contributed to this discipline, which is still in full development. There have been (and still are) many models and theories of trauma. Thus, in their understanding of the psychotraumatic process and its treatment, clinicians and researchers may refer to organic hypotheses, neurobiological theories of stress, cognitive behavioural models, Pierre Janet's dynamic psychology, the psychoanalytic (Abraham, Simmel, Ferenczi, Fenichel, or Kardiner) or phenomenological model (Frankl, Crocq). Through these theoretical choices, psychotraumatology has established itself as much a scientific as a professional field. Many (myself included) defend the idea that psychological trauma lies not at the periphery of psychopathology, as it has often been considered during the last century, but rather at the heart of psychopathological disorders, which often find their origin in a traumatic experience that can occur even in the first moments of life. It is this theoretical corpus that has made it possible to propose a new outlook on the question of psychological trauma and its treatment. Of course, not all approaches and models can be presented here! But we can agree that all were designed by their authors to improve the understanding of that which determines and explains the emergence of certain behaviours or the manifestation of certain psychopathological symptoms.

One could say that the most recent arrival in this field remains the issue of dissociation, which encompasses various phenomena such as alterations of consciousness (including the narrowing of the field of consciousness that Janet clearly distinguishes from dissociation), absorption and imaginary involvement (for example, listening to music and being carried away, listening to someone speaking and having one's mind wander, gazing at a painting and being absorbed by the contemplation), which may or may not be linked to a dissociation of personality. One of the richest theories in our eyes, both theoretically and clinically, undoubtedly remains the theory of structural dissociation of the personality. This approach ([van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006](#)), which draws on Janet's work, enriches a great deal of neurobiological data and makes it possible to explain and conceptualise dissociative disorders, but also any disorder with a traumatic origin. Numerous publications of the *European Journal of Trauma and Dissociation* have allowed the development of such ideas and their explanations by the best among current experts.

The ambition of the researchers and clinicians who have developed these theoretical approaches stems from a desire to model the complexity of what happens in patients. These models must be viewed as hypotheses, in an on-going dialogue with therapists in the field that constantly transform our understanding of survivors' behaviour, as well as our ability to treat them. If these models and theories are so numerous, it is probably because none of them are totally satisfactory on their own or because there is some truth in each of them. The most amazing thing is that they are sometimes light-years apart. What do the psychoanalyst, the neurobiologist, and the cognitivist have in common? Not much, perhaps, except the patient in their care and in whom each will decode (without any difficulty) the cognitive, emotional, and behavioural characteristics consistent with the models to which they adhere. In the same clinical reality, each person perceives something different. These theoretical constructs that are the models correspond to a certain vision of the world that researchers

try to apprehend and validate with more or less success. Now that seems obvious, everyone would agree. Well, let's hope so. Except that... the error of many researchers and clinicians lies in the tendency to adopt a naturalistic view of their model that becomes the prism through which they will not only perceive the world and understand it, but also want to act. Naturalisation consists in considering that what we see corresponds to what naturally exists. So, we are all potential Saint Thomases who only believe what we see. But we have forgotten that this same Saint Thomas could only see what he was inclined to look at and only looked at what he wanted to see. Thus, a manner of understanding that started out as a simplified construct (because the world, such as it is, is much too difficult to grasp), a partial view aimed at making psychological reality more workable and comprehensible, is suddenly seen as what is real... and then we are following the wrong path.

Personally, I remember an evening in Amsterdam during an EMDR Europe conference, where I was thinking of such questions and did a little experiment. I asked several colleagues at my table, who among them had dissociative patients (as described by the theory of structural dissociation) in their caseload. More than half raised their hands to confirm the growing number of such patients. I was surprised when I asked who among those present had been trained in structural dissociation. The same as earlier raised their hands... What do we do? What do we see? Are we not inclined to twist our clinical practice to make it fit with our beliefs of the moment, that may change with time? Depending our framework, be it psychoanalytical, cognitive-behavioural, or other, we will see in the same patients not what they are but a setting in motion of the theories and models that guide us and have shaped us. That is obvious, but what a responsibility we then carry! This determines our therapeutic choices but also the way the patients perceive themselves. Because let us not forget, to move forward with us on the path of psychotherapeutic treatment, patients must more or less explicitly internalise not only the psychopathological theories of their therapist, but also the theories that guide the latter to mobilise, justify and implement a specific form of therapy (EMDR, CBT, Lifespan Integration, supportive therapy, hypnosis...). Some may treat survivors without ever seeing any trace of dissociation or of psychological conflicts. In our personal evolution as researchers or clinicians, have we not renounced our inaugural theories (psychoanalytic approaches), being convinced of their relevance, which we verified daily with our patients, to adhere to other theories today, which once again appear as evident and demonstrate their relevance in the privacy of our offices? With time, some pathologies disappear, and others appear. Perhaps time has nothing to do with it, and conversely, it is our theories and models that generate the variable geometry blind spots that

influence our clinical practice. What happened to the hysterics of the 19th and 20th centuries? Gone? Probably not, we don't see them anymore or rather we see something else. Aren't models diverted from their initial purpose (being hypotheses) to become simplified and approximate, fixed, preconceived, distorted, and imprecise representations of a clinical reality that, without realising it, we reconfigure and reorganise to bring it into line with said models? Engaged in our research, some of us may be convinced that we possess the ideal model — we must take care not to stumble into errors that would be more ideological than scientific. Let us try to remain humble and to maintain an epistemic uncertainty that is even more necessary in clinical psychology than elsewhere. Let us strive to be modest about the theories and models to which we adhere. They are only visions of the world and of our clinical practice, a theoretical montage, prisms that organise our notion of what patients, survivors, are. In this respect, you will have noticed that the proponents of widely different theoretical frameworks, who sometimes ignore each other, are all able to treat trauma effectively? Strange, isn't it? So what are our theories worth, if some clinicians obtain satisfactory clinical and psychotherapeutic results, using such different conceptual frameworks, or even without any reference to theory? The debate must be opened and let us bet that over the years, our journal will become a place of contradiction and theoretical discussion, which will make it possible to put theoretical and psychotherapeutic hegemonies into perspective. Theoretical dispute, doubt, questioning are the best remedies against dogma and the instruments of a true scientific posture. Popper regularly spoke of conjectures or hypotheses to qualify scientific theories. At a conference (1936), he went so far as to argue that "scientific knowledge was wrongly assumed to be a form of knowledge", even though it is only hypothetical. This made the audience laugh. It refers to the constant evolution of scientific knowledge. Let's not take the risk of wanting to laugh at [Popper \(1981\)](#) !

Références

- Popper, K. (1981). *Autobiographie intellectuelle de 1974 : La quête inachevée*. Paris: Presses Pocket.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: WW Norton & Co.

Pr Cyril Tarquinio EJTD Editor-in-chief
Centre Pierre-Janet, UFR SHS, Île-du-Saulcy, EPSAM/APEMAC EA 4360,
université de Lorraine, 57000 Metz, France

Adresse e-mail : cyril.tarquino@univ-lorraine.fr