



HAL
open science

Entretiens thérapeutiques fondés sur le modèle Internal Family Systems : une étude qualitative

Raphaël Eddine

► **To cite this version:**

Raphaël Eddine. Entretiens thérapeutiques fondés sur le modèle Internal Family Systems : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02506134

HAL Id: dumas-02506134

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02506134>

Submitted on 8 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 34

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Entretiens thérapeutiques fondés sur le modèle
Internal Family Systems : une étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement
le 27 mars 2019

Par

Raphaël EDDINE

Né le 2 octobre 1988 à Cormeilles-en-Parisis (95)

Dirigée par M. Le Professeur Bernard Granger, PU-PH

Jury :

M. Le Professeur Cédric Lemogne, PU-PH Président

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH

M. Le Docteur Jérôme Payen de La Garanderie, PH

*« Même notre Loup des steppes croit renfermer en lui deux âmes (le loup et l'homme)
et en ressent déjà une forte gêne dans la poitrine ! La poitrine, le corps sont
effectivement uns, mais les âmes qui les habitent ne sont pas deux ou cinq, elles sont
innombrables. L'être humain ressemble à un bulbe formé de centaines de membranes
superposées, à un tissu fait de multiples fils. »*

Hermann Hesse — Le Loup des steppes

Remerciements

Je remercie tout d'abord les patientes de l'Unité de Psychiatrie et Addictologie ambulatoires, hôpital Cochin, site Tarnier, qui ont bien voulu participer à cette recherche. Merci de m'avoir accordé votre confiance tout au long du suivi, et d'avoir partagé, pour ce travail, vos mots, idées et ressentis.

Je remercie le Pr. Bernard Granger qui, en tant que directeur de thèse, a soutenu ce projet dès le départ et a accompagné et supervisé ses remaniements. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée pour le mener à bien.

Mes remerciements vont également au Pr. Cédric Lemogne, président du jury, ainsi qu'au Pr. Thierry Baubet et au Dr. Jérôme Payen, membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce travail qui conclut mes études médicales.

Je remercie le Dr. François Le Doze pour m'avoir formé à l'approche *Internal Family Systems*, ainsi que le Pr. Jaakko Seikkula, le Dr. Russell Razzaque, et l'équipe de Cathy Thorley, Yasmin Phillips et Deborah Salter, ainsi que leurs collègues, pour m'avoir formé à l'approche *Open Dialogue*. Vous m'avez accompagné dans l'exploration des dialogues externes *et* internes, sur le plan professionnel et personnel.

Évidemment, je remercie chacun des membres de ma famille —et en particulier mes parents Weheb et Catherine, et mes frères et sœur Louis, Antoine, et Myriam (wesh). Votre soutien inconditionnel et votre amour sont le moteur de ma vie. Mention spéciale à ma cousine Judith : merci d'avoir cru en ce projet et en moi dès le début, de m'avoir aiguillé, écouté, conseillé, corrigé.

Enfin, mes remerciements vont à Aliénor. Tu m'as soutenu (et supporté) durant ces mois de travail : j'ai hâte de te rendre la pareille —et plus.

Table des matières

Remerciements	5
Table des matières	7
Résumé/Abstract	11
Introduction	13
1. Le modèle Internal Family Systems	13
a. ‘Parts’ et ‘Self’	13
b. La posture thérapeutique	15
2. État de la recherche scientifique	16
a. Conception de l’approche	16
b. Recherches empiriques et qualitatives	17
1. Facteurs d’efficacité communs en thérapie de couple (Davis)	18
2. Système interne et résonances relationnelles familiales (Carter)	19
3. La médiation de conflits internes (Krug)	19
4. L’IFS dans la formation initiale des thérapeutes (Mojta et al.)	20
c. Recherches quantitatives	21
1. Efficacité clinique (Shadick et al., Haddock et al.)	21
2. Validation de l’approche et perspectives de recherche	22
3. Objectifs de l’étude	22
a. Évaluation quantitative des psychothérapies	22
b. Pertinence d’une évaluation qualitative des psychothérapies	24
1. Le concept de ‘données probantes’ en psychothérapie	24
2. Intérêt des approches qualitatives pour l’IFS	25
c. Choix de la démarche méthodologique	26
4. Aspects réflexifs – vers une recherche-action ?	28
a. Un regard sur mon parcours	28
b. Mes attentes	31
c. Quelle portée ?	33

Participants et Méthodes	35
1. Recrutement des participants	35
2. Intervention psychothérapeutique	35
a. Formation du thérapeute	35
b. Indications des entretiens thérapeutiques utilisant l'IFS	36
c. Processus thérapeutique IFS	36
d. Intégration dans le plan de soin	37
3. Recueil des données	38
4. Analyse des données	39
a. Analyse qualitative thématique	39
1. Éléments épistémologiques : l'analyse phénoménologique interprétative	39
2. Méthodologie d'analyse	40
b. Analyse de la fidélité au processus IFS	42
Résultats	43
1. Participantes	44
2. Fidélité à l'approche IFS	45
a. Contenu de l'échelle IFSAS	45
b. Analyse des scores IFSAS	45
3. Analyse qualitative thématique	49
a. Axe 1 — Un dialogue intérieur imagé et profond	50
1. Une introspection surprenante et multimodale	50
2. Des parts de soi autonomes, détentrices d'un savoir	53
3. Un dialogue avec ce qui est en profondeur	55
b. Axe 2 — Un travail bref et intense de connaissance de soi	57
4. Une pratique envahissante qui s'autonomise	57
5. Une thérapie brève, pour quels objectifs ?	58
c. Axe 3 — Clivage et réconciliation	60
6. Malaise et évitement expérientiel	61

7.	Externalisation des parts souffrantes	64
8.	Métaphores de libération et de réconciliation	68
i.	‘Dorloter la loque’ (Claire)	68
ii.	‘Libérer la femme du puits’ (Bérénice)	70
iii.	‘Recoller les hémisphères’ (Emma)	72
iv.	‘Rendre un poids aux parents’ (Amanda)	73
v.	‘Accepter une tare’ (Delphine)	76
d.	Axe 4 — La relation thérapeutique, entre confiance et besoin d’autonomie	78
9.	Le thérapeute, un guide bienveillant vers l’intériorité	78
10.	Autonomie et dépendance au thérapeute	81
11.	L’entretien de recherche, un bilan honnête	83
e.	Axe 5 — Un apaisement émotionnel et relationnel	83
12.	Un apaisement émotionnel et symptomatique	84
13.	S’ouvrir aux autres	87
	Discussion	93
	1. L’IFS, un langage de la multiplicité	93
	2. Limites de l’étude	94
a.	Validité de l’étude	94
b.	Un chercheur à différentes places	97
	3. Ouvertures théoriques	98
a.	Diverses ‘approches’ — des processus communs	98
b.	L’IFS, une thérapie psychodynamique	99
c.	Aspects contre-transférentiels	101
d.	Une forme de psychodrame	102
e.	Clivage et identité	103
	4. Aspects réflexifs – Perspectives	106
a.	Choix méthodologiques	107
b.	Apports à ma pratique	108
c.	Un langage désubjectivé	111

Références	113
Annexes	121
1. Annexe 1 – IFS Adherence Scale	121
2. Annexe 2 – Guide d’entretien semi-dirigé	124

Résumé/Abstract

Entretiens thérapeutiques fondés sur le modèle *Internal Family Systems* : une étude qualitative.

Résumé : Le modèle *Internal Family Systems* (IFS) est une approche de thérapie individuelle systémique récente. Des études quantitatives préliminaires suggèrent son efficacité dans les troubles anxieux et dépressifs. Néanmoins, indications et format thérapeutique ne sont pas codifiés, et aucune étude qualitative de l'IFS n'a été publiée à ce jour dans le champ psychiatrique. Cette étude explore l'expérience d'un suivi psychothérapeutique fondé sur l'IFS, chez des patients suivis en unité de psychiatrie ambulatoire, avec une méthodologie d'analyse phénoménologique interprétative. Des entretiens semi-dirigés ont été conduits avec cinq participantes. Cinq axes d'expérience ont émergé : (1) un dialogue intérieur imagé et profond ; (2) un travail bref et intense de connaissance de soi ; (3) clivage et réconciliation ; (4) la relation thérapeutique entre confiance et besoin d'autonomie ; (5) un apaisement émotionnel et relationnel. Les entretiens thérapeutiques ont été perçus comme surprenants, parfois perturbants, et le travail avec la multiplicité du psychisme a mené les participantes à des questionnements sur leur identité. Le suivi thérapeutique a permis de ré-expérimenter des affects clivés et refoulés suite à des événements traumatiques ; de cesser d'avoir recours à l'évitement expérientiel ; et de mener à la réconciliation avec les aspects désavoués du moi. Le processus thérapeutique de l'approche IFS est discuté, la rapprochant du champ des thérapies psychodynamiques. Cette approche utilise la régression et le clivage de la personnalité comme outils de travail, pour conduire une forme de psychodrame intérieur. Le processus réflexif du chercheur est également discuté.

Mots-clefs : psychothérapie ; systémie ; psychanalyse ; étude qualitative ; analyse phénoménologique interprétative (IPA) ; internal family systems (IFS) ; psychiatrie ambulatoire.

**Using the Internal Family Systems model
in therapeutic interviewing: a qualitative study.**

Abstract: The Internal Family Systems (IFS) model is a recent systemic individual therapeutic approach. Quantitative preliminary studies suggest its efficacy in anxiety and depressive disorders. However, indications and therapeutic format are not codified, and no qualitative study of IFS has been published in the psychiatric field to this day. The present study explores outpatient psychiatric patients' experience of an IFS-based psychotherapeutic follow-up, using interpretative phenomenological analysis. Semi-structured interviews were conducted with five participants. Five superordinate themes emerged: (1) an deep and visual internal dialogue; (2) a brief and intense work of self-awareness; (3) personality split and reconciliation; (4) the therapeutic relationship between trust and need for autonomy; (5) an emotional and relational assuagement. Therapeutic interviews were seen as surprising, sometime disturbing, and working with psychic multiplicity led participants to question their identity. The therapeutic follow-up allowed the re-experiencing of affects that were split and repressed following traumatic events; the letting go of experiential avoidance; and the reconciling with disowned parts of the self. The therapeutic process of the IFS approach is discussed, bringing it close to psychodynamic therapy. This approach uses regression and personality split as working tools, to conduct a kind of internal psychodrama. The reflexive process of the researcher is also discussed.

Keywords: psychotherapy; systemics; psychoanalysis; qualitative study; interpretative phenomenological analysis (IPA); internal family systems (IFS); outpatient psychiatry.

Introduction

1. Le modèle Internal Family Systems

a. 'Parts' et 'Self'

Le modèle de psychothérapie *Internal Family Systems* (IFS), ou Système Familial Intérieur, est une approche psychothérapeutique élaborée par le thérapeute familial Richard Schwartz dans le courant des années 1980. Elle dérive de la thérapie systémique, et en particulier la 'thérapie familiale stratégique' (*strategic family therapy*). Elle s'intéresse au déroulement des processus relationnels plutôt qu'au contenu des cognitions.¹

L'IFS repose sur deux principes de base : 1) la multiplicité du psychisme ; 2) l'existence d'un état de conscience particulier nommé le *Self* (ou 'Soi'). Le psychisme est décrit comme subdivisé en sous-personnalités plus ou moins indépendantes appelées *parts* ou *parties*, qui expriment de manière dynamique des émotions, cognitions et comportements propres, et sont en relation les unes avec les autres. Les parts réalisent ainsi la 'famille intérieure' de l'individu.

Le concept de multiplicité du psychisme est familier à de nombreuses approches psychodynamiques. Dans le champ psychanalytique, Freud ouvre l'idée d'une multiplicité des processus psychiques dans le cadre de sa seconde topique. Le 'moi', le 'ça', le 'surmoi' correspondent à des instances de l'individu au fonctionnement différent, et en relation les unes avec les autres, partiellement dans le champ de la conscience, et partiellement en dehors.² Par la suite, Mélanie Klein introduit les objets introjectés³ : en particulier, l'enfant intégrerait les objets parentaux comme des éléments à part entière de son psychisme. Pour Carl Jung, un complexe 'se conduit comme une personnalité partielle', qui serait 'doté jusqu'à un certain point de sa propre physiologie : il peut vous faire mal à l'estomac, troubler votre respiration'. Il affirme 'que notre inconscient personnel aussi bien que collectif consiste en un nombre indéfini, car inconnu, de complexes ou de personnalités fragmentaires'.⁴

Plus récemment, dans la descendance intellectuelle de l'école de Palo Alto, et également dans les nouveaux outils des thérapies cognitivo-comportementales (dites de 'troisième vague'), diverses

approches du champ de la psychothérapie travaillent avec le concept de multiplicité : l'analyse transactionnelle, l'hypnose ericksonienne, le *Voice Dialogue*, la thérapie des schémas — parmi d'autres— envisagent un psychisme constitué d'entités plus ou moins indépendantes et interdépendantes¹. De même, les systémiciens qui portent attention aux processus psychodynamiques sont habitués à utiliser, dans le champ intrapsychique, des outils similaires à ceux dont ils se servent en thérapie familiale : ainsi, l'approche du *Internalized Other Interviewing* de Karl Tomm permet d'entrer en relation avec des objets introjectés correspondant aux figures des êtres proches, et à agir sur la relation avec ces figures internes par l'utilisation d'outils relationnels systémiques.⁵

Cette conception du psychisme est également fertile dans le champ des neurosciences : Gazzaniga, à partir de ses travaux initiaux avec les '*split-brains*', des sujets dont les connexions inter-hémisphériques ont été sectionnées, en est venu à décrire l'esprit comme composé de multiples 'modules' au fonctionnement semi-autonome. Il affirme que le soi 'n'est pas un être unifié'. D'après lui, 'il y a littéralement plusieurs 'soi' qui ne conversent pas nécessairement à l'intérieur', partageant un champ de conscience commun mais ayant des activités perceptuelles et intellectuelles différentes.⁶

Une des particularités de l'approche IFS est l'observation —dès lors qu'on utilise le vocabulaire IFS— qu'en chaque individu, il existe également 'autre chose' que ses 'parties'. Lorsqu'un patient entre en relation avec une part de lui, il est fréquent que d'autres parts 'interfèrent' (par exemple, un sujet qui entrerait en relation avec une part de lui qui accomplit un comportement honteux pourrait se coller à sa 'part jugeante'). Cependant, lorsque le sujet est amené à 'décoller', ou *désamalgamer*, les différentes parts qui interfèrent (e.g. négocier avec la part qui juge pour qu'elle se place sur le côté et reste observatrice), il atteint alors dans un état de calme et de curiosité empathique à l'égard de ses parties : dans le vocabulaire IFS, cet état est dénommé le *Self* (le Soi). Il s'agit d'un état de conscience particulier qui correspondrait au 'cœur' (*core*) de l'individu, accessible lorsque la personne observe avec détachement ses propres processus mentaux. Dans cet état, l'individu manifeste habituellement certaines qualités telles que la confiance, le calme, la compassion, la créativité et la capacité à être en connexion. L'état de Self serait potentiellement accessible chez tout individu, indépendamment de ses caractéristiques de

personnalité et de sa symptomatologie. Cet état se rapproche de la transe hypnotique et de certains états de conscience décrits dans les traditions méditatives orientales (le ‘non-soi’ bouddhique, le Tao) : un état de réceptivité et d’ouverture aux expériences présentes, avec modification du vécu perceptif. La médecine occidentale y a été récemment familiarisée *via* les approches thérapeutiques basées sur la pleine conscience (*mindfulness*).¹

Dans le cadre conceptuel systémique, les symptômes sont envisagés comme résultant des interactions homéostatiques entre les différents éléments du système (e.g. des individus composant un système familial). De manière analogue, dans le cadre conceptuel de l’IFS, les symptômes sont envisagés comme résultant d’interactions rigides ou conflictuelles entre différentes parts du psychisme. Les symptômes psychiatriques peuvent être envisagés, non pas comme des déficits chroniques qui nécessiteraient des thérapeutiques palliatives permanentes, mais comme des comportements adaptatifs, mis en place en réaction à des événements vécus de manière traumatique. Tout comme les souvenirs traumatiques peuvent continuer à faire intrusion longtemps après l’événement qui leur a donné naissance, les ‘adaptations traumatiques’ persistent jusqu’au moment où l’individu retrouve un sens de sécurité suffisant, lui permettant d’intégrer les différentes parts de lui jusqu’alors bloquées dans un rôle d’évitement des situations traumatiques ou d’anesthésie des affects intolérables.⁷ Les outils de l’IFS s’attachent à développer les relations des parties entre elles ainsi qu’entre celles-ci et le *Self*, ce qui modifie les équilibres relationnels internes et peut permettre l’amendement des symptômes.

b. La posture thérapeutique

Il est important de préciser que la *théorie* de l’IFS n’est pas liée de manière rigide à la *pratique* : en effet, le cadre théorique établit une cartographie dynamique du fonctionnement mental, sous la forme de relations intrapsychiques et interpersonnelles impliquant différentes *parts* de la personnalité et un *Self*. Durant la formation, différents outils (des ‘questions-types’) sont fournis à l’étudiant pour qu’il puisse appliquer une perspective systémique aux enjeux relationnels. Cependant, l’emphase porte principalement sur la *posture thérapeutique*. En effet, l’approche déclare baser son efficacité sur l’établissement d’une posture empathique, accueillante et bienveillante du thérapeute à l’égard de *chaque partie* du patient (le motto du fondateur Richard

Schwartz étant ‘*all parts are welcome*’) —établissant une analogie avec la posture du thérapeute familial qui fait alliance avec chaque membre de la famille.

Dans l’approche IFS, cette perspective correspond à la recherche de l’état de *Self* par le thérapeute lui-même. En pratique, le thérapeute doit, aussi bien au cours de l’entretien que durant sa supervision, identifier ses propres parties activées par la relation thérapeutique, et s’y désidentifier (*désamalgame*), laissant de la place à l’accueil bienveillant, confiant et curieux qui caractérise l’état de *Self*. Il n’y a qu’un pas pour y voir le travail du contre-transfert (ou des ‘résonances’ dans le cadre systémique). Ainsi, le thérapeute est invité à identifier, instant après instant, ses mouvements contre-transférentiels afin de se libérer d’éventuelles réactions (passages à l’acte) pouvant interférer dans le processus du patient.

2. État de la recherche scientifique

a. Conception de l’approche

L’approche IFS est formalisée en 1995 dans le manuel édité par le thérapeute familial Richard Schwartz.¹ Le manuel décrit la genèse de l’approche, les aspects techniques et pratiques de son application dans le cadre psychothérapeutique individuel et familial. Schwartz a élaboré cette approche à partir des outils de thérapie familiale systémique d’orientation stratégique, au cours de son travail avec des patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Il remarqua que ses patientes s’exprimaient fréquemment comme si elles étaient composées de plusieurs *parties* (e.g. ‘Une part de moi sait bien qu’il ne faut pas que je mange tellement, mais une autre part de moi se jette sur la nourriture’). Il décida de s’intéresser à la nature de ces parties et à leurs relations. Ceci le mena à élaborer un guide pratique de conduite des entretiens, permettant de prendre en compte la *famille intérieure* composée des différentes parts de la personne. D’autre part, il conceptualisa un état du moi, différent des parts, nommé *Self* (‘Soi’), correspondant à un état de calme et de compassion, accessible lorsque la personne se *désamalgame* des différentes parts pour entrer en relation avec celles-ci. Le *Self* correspond à l’état dénommé *mindfulness* (pleine conscience) dans la tradition bouddhiste⁸, et au ‘sens de soi sécure’ (*secure sense of self*) dans le cadre théorique psychodynamique⁹.

Dans le cadre de l'IFS, les symptômes sont envisagés comme des *rôles extrêmes* portés par certaines parts de la personne, et qui se sont rigidifiés suite à des expériences traumatiques. Le processus thérapeutique vise à permettre à la personne d'entrer en relation avec ses parts à partir de l'état de Self. Repasser avec compassion à travers les expériences traumatiques permettrait aux différentes parts d'expérimenter la *confiance* et de réacquérir une flexibilité dans leurs rôles, atténuant les symptômes observés. Cet état de confiance à l'intérieur du système psychique est dénommé *Self-leadership* ('guidance par le Self').

Suite à la diffusion de l'approche au cours des dernières décennies, principalement aux États-Unis, de nombreux thérapeutes ont appliqué les outils de l'IFS dans d'autres cadres thérapeutiques, avec différents types de troubles.¹⁰⁻¹² Le *Center for Self Leadership* (CSL), une association états-unienne dédiée à la communication autour de l'approche IFS, recense une bibliographie qui se veut exhaustive sur l'approche.¹³ En décembre 2018, elle répertorie 22 livres publiés spécifiquement sur l'IFS, 50 articles de revues spécialisées, et 84 publications au sein de la revue éditée par le CSL. Néanmoins, l'approche semble diffuser lentement au sein du milieu médical et en particulier psychiatrique. À titre d'exemple, en Île-de-France, aucun organisme public à notre connaissance, et un unique institut privé, propose des formations à l'IFS (*IFS-association*¹⁴), et les groupes d'étudiants sont principalement composés de psychothérapeutes et de coachs, avec une participation marginale de psychologues cliniciens et de médecins (communication personnelle du Dr. François Le Doze, formateur certifié IFS). La recherche scientifique autour de l'approche IFS en est encore à ses balbutiements : une requête en ligne sur la base de données Pubmed avec les termes consécutifs "Internal Family Systems" en décembre 2018 produit seulement 7 résultats.¹⁵ Une requête sur la base de données PsycInfo, une référence concernant la recherche qualitative, avec les termes "Internal Family Systems" AND "qualitative", ne produit que 5 résultats.¹⁶

b. Recherches empiriques et qualitatives

La plupart des études publiées sur l'IFS recensées par le CSL sont des discussions sur les aspects techniques de l'approche (mindfulness¹⁷, formation des thérapeutes¹⁸), son champ d'application (psychothérapie de l'enfant¹⁹, de couple²⁰), ainsi que des études de cas spécifiques (abus sexuel²¹,

troubles dissociatifs de l'identité²², troubles du comportement alimentaire²³). Elles sont principalement publiées dans des revues anglophones spécialisées en thérapie familiale.

Parmi les 7 études répertoriées sur la base de donnée Pubmed (également référencées par le CSL), et par conséquent largement accessibles au public médical, trois études utilisent des outils quantitatifs (cf. section suivante), et trois sont des études de cas qui décrivent l'utilisation de l'approche dans des situations thérapeutiques particulières : intervention familiale brève autour d'un enfant de 6 ans pour troubles du comportement apparus à la naissance d'une petite soeur¹⁹; psychothérapie individuelle avec une femme de 28 ans avec antécédents traumatiques et idéation suicidaire²⁴ ; thérapie brève avec un homme de 37 ans souffrant de trouble obsessionnel compulsif¹⁷.

Toujours sur Pubmed, ainsi que sur la bibliographie du CSL, une seule étude utilise une méthodologie qualitative²⁵. L'utilisation de la base de données PsycInfo, référence dans ce domaine, permet d'identifier 4 études supplémentaires, soit un total de 5 études qualitatives : 3 d'entre elles sont publiées en tant que thèses de doctorats universitaires, et 2 sont des articles de revues (dont l'un reprend les travaux d'une de ces thèses). La quasi-totalité des études qualitatives s'intéresse au modèle IFS utilisé dans le cadre de la thérapie de couple, et une étude s'y intéresse dans le cadre théorique de la psychologie transpersonnelle. La littérature qualitative sur le sujet est donc encore peu développée, et nous citerons ici les résultats principaux de chacune des études.

1. Facteurs d'efficacité communs en thérapie de couple (Davis)

L'étude de Davis et collègues est une analyse qualitative qui compare trois différentes approches utilisables en thérapie de couple : *Emotionnaly Focused Therapy* (EFT), thérapie cognitivo-comportementale (TCC), et IFS. Elle part de l'observation initiale que tous les types de psychothérapie semblent similairement efficaces dans le cadre de la thérapie de couple, et s'attache à examiner les facteurs communs de ces modèles. Elle a fait l'objet d'une thèse de doctorat²⁶ et a donné lieu à la publication de deux articles de revue, dont l'un est identifié par notre requête sur PsycInfo²⁷, et l'autre non car ne citant pas explicitement l'IFS dans le titre ou l'abstract.²⁸ La méthodologie s'appuie sur la théorie ancrée (*grounded theory*), appliquée à des

entretiens semi-dirigés (ESD) menés avec les concepteurs (dont Richard Swchartz pour l'IFS), des thérapeutes, et des clients.

Les facteurs communs identifiés sont : 1) une posture thérapeutique collaborative basée sur l'humilité, la sécurité, et la confiance ; 2) une conceptualisation des difficultés actuelles comme maintien de comportements initialement survenus de manière adaptative dans le cadre d'interactions précoces avec sa famille d'origine ; 3) une intervention qui passe par un ralentissement des interactions et l'adoption d'une position *méta* par le client ; 4) l'utilisation de métaphores et de recadrages cognitifs (attribution d'intentions positives), à visée de régulation émotionnelle ; 5) une similarité des changements obtenus, à savoir un assouplissement comportemental, émotionnel et cognitif, et une plus grande ouverture à l'altérité via un processus d'autonomisation, de confiance, et de prise de responsabilité personnelle.

2. Système interne et résonances relationnelles familiales (Carter)

L'étude de Carter, qui a fait l'objet d'une thèse de doctorat, examine les résonances entre le système interne (évaluation du caractère extrême ou non des parts ; et différenciation entre *Self* et parts) et le système externe (interactions familiales) chez des familles recomposées, au cours des différentes étapes du cycle familial qui font suite à un second mariage.²⁹ Les fondements théoriques de la méthodologie qualitative utilisée, qui porte sur des ESD menés avec 10 familles, ne sont pas précisés.

Les résultats principaux sont : 1) une corrélation directe entre l'état de *Self* chez les époux, et l'établissement de relations familiales émotionnellement proches ; 2) une corrélation entre l'état de polarisation interne entre parts, et la persistance d'interactions familiales dysfonctionnelles ; 3) le déclenchement de parts extrêmes réactives en réaction aux stressseurs externes, durant les phases initiales ; 4) une résonance entre le système interne de chaque individu et le système externe familial.

3. La médiation de conflits internes (Krug)

L'étude de Krug, objet d'une thèse de doctorat en psychologie transpersonnelle, examine l'expérience de résolution de conflits internes entre subpersonnalités (parts), chez des individus

formés à l'IFS ou à deux autres approches combinant méditation et travail avec des subpersonnalités (Psychosynthèse et Intégration Personnelle du Soi).²⁵ L'analyse thématique rapporte les résultats principaux suivants : 1) une relation empathique émotionnellement intense avec soi-même ; 2) une dimension spirituelle de gratitude et une posture altruiste.

Le texte complet de l'étude, et la méthodologie précise, ne sont pas accessibles en ligne. La psychologie transpersonnelle est souvent décrédibilisée dans les milieux académiques en raison de son aspect ésotérique, et de l'absence d'inscription théorique dans le reste du champ de la psychologie et de la psychothérapie. Néanmoins, l'intérêt de cette étude est de montrer que les outils IFS peuvent faire l'objet d'une pratique autonome, en dehors d'un cadre thérapeutique. Cette démarche, considérée comme une pratique analogue à la méditation, pourra ainsi contribuer à un apaisement émotionnel, via un travail introspectif correspondant à une médiation de conflits internes.

4. L'IFS dans la formation initiale des thérapeutes (Mojta et al.)

L'étude de Mojta et collègues est une analyse qualitative centrée sur l'expérience de la formation IFS chez des thérapeutes de couple.¹⁸ Elle utilise une méthodologie phénoménologique, sur des transcriptions d'ESD menés avec 7 jeunes thérapeutes ayant achevé leur formation en thérapie de couple depuis moins de 3 ans, et ayant reçu dans ce cadre une formation à l'IFS. En particulier, elle examine l'impact de la formation IFS, d'une part sur la capacité introspective des thérapeutes ; et d'autre part sur leur travail clinique.

Les résultats principaux sont : 1) une formation qui favorise l'identification, la compréhension, et la gestion du processus interne des thérapeutes ('contre-transfert') ; 2) des conséquences bénéfiques dans la relation thérapeutique via l'identification des attentes propres du thérapeute, qui peuvent parfois interférer avec la relation ; 3) une meilleure compréhension du système interne des clients.

c. Recherches quantitatives

1. Efficacité clinique (Shadick et al., Haddock et al.)

Seules trois études, à notre connaissance, abordent l'IFS avec des outils quantitatifs. La première se situe en dehors du champ de la pathologie mentale et utilise des échelles d'auto-cotation. Elle montre une association entre une mesure chiffrée du *Self-leadership* —l'état d'équilibre psychique visé par l'approche IFS, dans lequel les différentes parts sont en relation de confiance avec le Self de l'individu— et un meilleur fonctionnement psychologique (optimisme, confiance interpersonnelle, peu de recours à l'évitement expérientiel) et physiologique (stress perçu, symptômes physiques).³⁰

Le premier essai contrôlé randomisé évaluant l'IFS a été réalisé en 2013 dans le champ de la médecine somatique.³¹ Les 79 participants, ayant un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, ont été randomisés en un groupe d'intervention brève IFS (9 mois) et un groupe contrôle d'éducation thérapeutique. L'intervention IFS a permis une réduction significative des scores d'activité de la maladie (DAS28-CRP4S et RADAI) et du score de douleurs. D'autre part, le score de dépression (*Beck Depression Index*) est significativement et durablement réduit, jusqu'à 1 an après l'intervention (critère de jugement secondaire).

Par la suite, un essai randomisé pilote a récemment évalué l'efficacité de l'IFS pour la dépression, chez des étudiantes universitaires.³² 37 participantes avec un diagnostic de dépression modérée à sévère ont été randomisées en un groupe IFS et un groupe contrôle. Les patientes du groupe contrôle recevaient une thérapie validée pour la dépression (thérapie cognitivo-comportementale ou thérapie interpersonnelle). Chaque groupe recevait 16 sessions de psychothérapie, et aucune restriction n'était appliquée concernant les traitements médicamenteux. 32 patientes ont reçu l'intervention dans son intégralité. Concernant les traitements antidépresseurs, 4 patients sur 15 ont reçu un traitement médicamenteux dans le groupe IFS, et 4 patients sur 17 dans le groupe contrôle. Trois mesures symptomatiques (*Beck Depression Index*) en début, milieu, et fin de suivi montrent une efficacité similaire de l'intervention IFS et de l'intervention usuelle sur les symptômes dépressifs. Cette étude de petite ampleur, bien que prometteuse, nécessitera d'autres

études plus approfondies pour établir les indications précises de l'IFS et évaluer son efficacité, notamment à long-terme.

2. Validation de l'approche et perspectives de recherche

Suite à l'essai randomisé de Shadick et collègues³¹, l'IFS a été reconnue en 2015 par le NREPP (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices*), l'organisme états-unien chargé de la validation des pratiques de soins basées sur les preuves scientifiques, affilié au SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*).³³ Le NREPP estime que l'IFS est 'efficace' pour 'l'amélioration du fonctionnement et du bien-être général' (*improving general functioning and well-being*), et 'prometteuse' pour la dépression, les troubles anxieux, les 'problèmes de santé somatiques' (*physical health conditions*) et la 'résilience personnelle' (*personal resilience*).

Dans ce contexte, d'autres études sont requises afin d'évaluer les indications des psychothérapies fondées sur l'approche IFS et d'en mesurer l'efficacité. Afin de contribuer à la formalisation de l'étude scientifique de l'IFS, le CSL a développé en 2014 une échelle d'évaluation de la fidélité à l'approche IFS, l'*IFS Adherence Scale* (IFSAS, Annexe 1). Cette échelle est composée de 17 items qui répertorient les différents construits définis au sein de l'approche dans un document-compagnon.³⁴ Un observateur cote l'enregistrement vidéo d'une session, et le score entre 0 et 15 permet d'évaluer la fidélité à l'approche. Une étude préliminaire de cette échelle, accessible sur le site internet du CSL, montre une faible variabilité interindividuelle des scores —et donc une robustesse de la cotation— lorsque l'observateur est lui-même formé à l'IFS.³⁴

3. Objectifs de l'étude

a. Évaluation quantitative des psychothérapies

Le NREPP estime que l'IFS est une approche 'prometteuse' pour un ensemble de troubles psychiatriques, notamment les troubles anxieux et dépressifs. Les études suggèrent une efficacité clinique de l'approche IFS dans la prise en charge de ces troubles, mais la littérature reste limitée. Les interventions utilisant l'IFS ne sont pas formalisées à ce jour dans le cadre psychiatrique, et les éventuelles indications ne sont pas définies.

hésitation du sujet pourra être considérée comme la manifestation d'au moins deux parts : une qui souhaite recevoir le traitement, et une autre qui ne le souhaite pas. L'exploration des intentions et des craintes de ces différentes parts pourra permettre au sujet de prendre une décision, en *prenant en compte* ses différentes facettes. Il ne s'agit jamais de favoriser une part au détriment d'une autre ; mais plutôt, comme on le ferait avec une famille 'réelle', d'entendre chacune des voix présentes. Cette posture amène —tout comme avec un groupe de personnes— à une modification de la prise de décision : il s'agit de laisser émerger un processus où c'est *le groupe* qui choisit, et non pas un seul de ses membres. Tout comme avec des groupes humains, en conditions de stress, il est possible que certaines voix se fassent davantage entendre, et que certaines n'aient aucun espace. Il s'agit donc, tout comme avec les approches de thérapies dites *dialogiques*, prenant en compte le réseau social de l'individu, de favoriser un espace de sécurité, en portant une attention particulière aux voix désavouées ou exclues, afin de leur permettre d'acquérir une place et de participer à la *polyphonie* du groupe.⁴⁴

En particulier —pour filer l'exemple précédent— on prendra soin d'écouter, non seulement la part du sujet qui souhaite se défaire du symptôme (et qui habituellement souhaite recevoir un traitement), mais également la part du sujet qui génère le symptôme (et qui habituellement ne veut pas d'un traitement qui la ferait taire). En IFS, le terme *Self-leadership* traduit l'état où la personne peut porter attention à cette polarisation interne : le sujet, une fois désamalgamé des différentes parts de lui, devient capable d'écouter ses différentes motivations contradictoires, pour laisser émerger une décision qui les prendrait toutes en compte. Ainsi, cette approche pourrait favoriser une certaine manière d'être en relation avec soi-même et avec les autres : il s'agit donc, par l'utilisation d'approches qualitatives, qui portent attention au processus langagier et au vécu introspectif, d'explorer l'expérience *subjective* de cette manière d'être-à-soi.

c. Choix de la démarche méthodologique

La recherche autour de l'approche IFS en est encore à ses balbutiements. Un faible nombre d'études quantitatives suggère une efficacité d'un format bref de thérapie basée sur l'IFS pour la dépression, l'anxiété, ainsi que des pathologies inflammatoires, et pour une amélioration du

fonctionnement interpersonnel global. Dans le cadre psychiatrique, le format thérapeutique et les indications n'ont pas été définis.

De rares études qualitatives ont été conduites, et elles portent majoritairement sur l'expérience des *thérapeutes*. L'expérience des patients est abordée dans certaines études, dans le champ de la thérapie de couple. À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée concernant l'expérience des patients qui s'engagent dans un processus thérapeutique fondé sur l'IFS, *dans le champ de la psychiatrie*.

Récemment, de nombreuses formes de psychothérapies dites 'intégratives' voient le jour, et combinent des éléments des approches psychodynamique, comportementaliste et humaniste. Les études qualitatives conduites sur ces approches, qui se veulent 'spécifiques', permettent principalement d'identifier des *facteurs communs* d'efficacité du processus psychothérapeutique.²⁶

Dans un article sur la pluralité des approches de psychothérapie, Duruz établit une analogie entre les approches 'spécifiques' de thérapie, et les langues. Il invite à approfondir notre langage de la thérapie (manier notre 'langue maternelle' et également des 'langues étrangères'), sans pour autant tomber dans 'l'espéranto psychothérapeutique' (un mélange ne prenant en compte que les facteurs non spécifiques, considérés comme les seuls facteurs efficaces), ni dans la 'purification ethnique-thérapeutique' (la primauté d'une seule approche qui détiendrait la vérité sur le fonctionnement psychique, au détriment des autres).⁴⁵

Dans ce travail, nous nous attacherons à étudier l'expérience de patients consultant dans une unité de psychiatrie ambulatoire, et à qui est proposé un suivi psychothérapeutique bref utilisant l'approche IFS. L'objectif de l'étude est d'explorer l'expérience subjective de la psychothérapie individuelle fondée sur cette approche. Ceci pourra apporter quelques éléments de réponse à la lacune dans ce domaine de recherche, et s'inscrire dans le corpus de littérature qualitative en psychothérapie —visant à identifier le *comment* et le *pourquoi* de son efficacité. Notre position n'est pas tant d'isoler les 'outils IFS' comme s'ils étaient spécifiques, mais de s'en servir comme point de départ afin de nourrir une réflexion sur les éléments-clefs du processus thérapeutique tels qu'identifiés par les patients. Enfin, ce travail pourrait apporter quelques éléments de

réflexion sur les modes particuliers d'être-à-soi et d'être en relation avec les autres, véhiculés par cette approche.

4. Aspects réflexifs – vers une recherche-action ?

Un des critères de validité des méthodologies qualitatives est d'établir un 'cheminement' (*trail*) de recherche permettant théoriquement à un observateur extérieur d'établir un 'audit' du travail : à savoir examiner l'ensemble du matériel et des documents de travail du chercheur, afin d'évaluer la cohérence du processus de recherche et des conclusions énoncées.⁴⁶ L'explicitation du processus réflexif du chercheur est un élément fondamental de ces documents de travail : en particulier, la tenue d'un journal réflexif tout au long du processus de recherche (de l'élaboration du projet à l'écriture finale) permet au chercheur d'étudier son propre processus d'apprentissage, son processus interprétatif, et de 'mettre entre parenthèses' ses propres préconceptions durant l'analyse, ce qui apporte une *transparence* au processus d'élaboration.⁴⁷

Les approches qualitatives ne tendent pas à l'objectivité. Au contraire, elles accordent une place à la subjectivité du chercheur. Dans une publication scientifique les éléments subjectifs peinent à trouver leur place ; mais dans un travail de thèse, la relative liberté de forme permet de leur consacrer un espace. Aussi, dans cette section, j'écrirai à la première personne, pour énoncer quelques éléments réflexifs en rapport avec ce travail. Ayant tenu tout au long de ce travail un journal réflexif, ce n'est pas ce matériel-là que j'exposerai dans cette section, mais plutôt un retour, à l'approche du rendu, sur mon cheminement et mes motivations.

a. Un regard sur mon parcours

Je me suis formé à l'IFS au cours de ma 2^e année d'internat spécialisé en psychiatrie. Cette approche m'a immédiatement intéressé par son aspect *non-pathologisant*. Les 'troubles psychiatriques' y sont considérés comme des réponses adaptatives, certes extrêmes, mais porteuses de sens. Les événements traumatiques (au sens large, incluant les inévitables blessures, douleurs, frustrations inhérentes au développement de tout être humain) seraient à la source d'une fragmentation de notre personnalité. Non pas fragmentation au sens pathologique ; plutôt, il s'agirait d'une sorte de 'spécialisation' de certains aspects de notre personnalité, pour s'adapter

aux circonstances environnementales toujours changeantes. Les ‘parts’ de l’individu représentent ainsi les diverses facettes qu’il développe pour s’adapter à un contexte variable. En tenant compte de l’impact des événements traumatiques, les ‘symptômes’ sont vus comme des tentatives (parfois maladroites) d’éviter la répétition des affects douloureux (parts *proactives*), ou bien d’atténuer la douleur une fois présente (parts *réactives*).

J’étais heureux de retrouver la perspective systémique et interactionnelle que j’avais eu la chance de découvrir durant mon doctorat de neurosciences. Là aussi, les explications linéaires me laissaient sur ma faim, et je recherchais les travaux qui se dégageaient d’une conception simpliste de la causalité, et mettaient en avant la complexité des objets d’étude. Le langage de la multiplicité psychique m’a immédiatement parlé : je m’y reconnaissais et j’avais –enfin– trouvé des termes pour parler de mes conflits internes, de mes ambivalences. J’étais également touché par l’aspect empathique de la démarche : l’IFS m’a donné la perspective qu’un comportement ou des pensées d’apparence incompréhensibles (ou ‘délirantes’, ou ‘bizarres’) pouvait, lorsqu’on s’y intéressait avec curiosité, se révéler comme *autre chose*, en particulier une stratégie de protection élaborée. Derrière cette protection, se trouvait souvent un ‘enfant blessé’ —me reconnectant alors avec une des aspirations (encore très naïve) partagée, je crois, entre bon nombre d’étudiants en médecine : ‘guérir les blessures’.

Mon intérêt s’est aussi renforcé du fait de l’absence de formation psychothérapeutique dans le cadre du DES de psychiatrie. J’étais frustré de l’emphase portée à la conception ‘médicale’ de la souffrance émotionnelle. Par ‘médicale’, j’entends également classificatoire, pathologisante, interventionniste. Après avoir travaillé dans plusieurs services, au cours de mes stages, il m’est apparu très clairement que la psychiatrie devait inclure une dimension politique, une réflexion sur la stigmatisation, l’exclusion, et la manière dont notre ensemble social génère, puis ‘gère’ et ‘traite’ la souffrance, la ‘maladie mentale’.

Il m’a fallu quelques mois et années de plus pour me rendre compte que des pans entiers de la psychiatrie et des disciplines connexes prenaient *déjà* tout cela en compte. Que ces premiers questionnements spontanés de ma part avaient évidemment déjà été soulevés et approfondis par une grande quantité d’auteurs —bref, il m’a fallu me rendre compte de l’étendue de mon ignorance.

J'ai été attiré par les groupes d'usagers, comme le Réseau Français des Entendeurs de Voix, qui parfois s'organisent *contre* la psychiatrie, et promeuvent une conception autonome du rétablissement. Avec des slogans comme '*drop the disorder*', '*nothing about us without us*', c'est la demande d'un travail collaboratif, un travail *démocratique* et non plus autoritaire : définir sa souffrance, et sa rémission, par le sens qu'on y attribue, par les enjeux personnels qui y sont liés —et non pas par des critères 'objectifs' qui seraient établis par une instance hiérarchiquement supérieure, précisément aliénante.⁴⁸

Choqué par les effets délétères des traitements médicamenteux au long-cours⁴⁹, je croyais en une psychiatrie 'toute psychothérapie', qui permettrait de s'attacher, non pas à réduire les symptômes, mais à accompagner les patients dans la récupération de leurs ressources. Graduellement, et après une phase de 'fondamentalisme' IFS, j'ai pu m'ouvrir davantage et commencer à m'intéresser à l'hypnose, aux thérapies brèves, et à la psychanalyse. Mon cheminement psychothérapeutique personnel, qui avait fortuitement démarré par la thérapie psychodynamique, avait fait un détour par la thérapie IFS, pour revenir à l'analyse.

La dimension uniquement intrapsychique m'apparaissait parfois comme frustrante : la pratique psychiatrique me montrait la nécessité permanente de prendre en compte les contextes familial, social et professionnel. Je me suis alors rendu en Angleterre pour un stage d'internat et une formation à l'approche *Open Dialogue*, une forme d'organisation des soins de secteur qui met l'accent sur une prise en charge psychothérapeutique intense, incluant la famille, dès la phase aiguë des troubles psychiatriques.^{44,50} Là, j'ai encore pu constater la force d'un 'simple' *dialogue*, un dialogue sans technicité, sans 'outils'. Il s'agissait en apparence de quelque chose d'extrêmement simple, voire simpliste : *écouter* —écouter le langage verbal et non verbal, écouter les différentes personnes dans la salle, écouter ce qui est dit par les autres, et ce qui se dit en moi-même. En pratique, j'ai bien perçu les difficultés à *écouter*, 'l'interférence' possible de mes idées, de mon propre processus émotionnel ; et l'importance de la formation et de la supervision continues, pour toujours éclaircir un peu davantage les zones obscures de mon propre dialogue interne. J'en suis venu à percevoir des 'résonances', d'étranges similitudes, entre les dialogues internes de mes patients, et les dialogues externes qu'ils entretenaient avec leur entourage. D'autre part, cette résonance se manifestait également entre mes propres dialogues internes, et

les leurs. Comme si, dans nos ‘inconscients’, ou dans l’espace intersubjectif, une forme de communication —et de transformation— pouvait s’établir par elle-même. D’une manière très mystérieuse, c’est comme si le travail s’effectuait ‘dans l’espace entre les personnes’.⁵¹

Peu à peu, en appliquant les ‘outils’ de psychothérapie avec les patients qui m’étaient confiés à l’hôpital, et dans les cabinets où j’avais débuté des remplacements, j’ai été frappé de me rendre compte que ‘ça marchait’ : j’ai des souvenirs marquants de certains patients. Par exemple, une femme m’expliquait qu’une partie d’elle-même ne pouvait s’empêcher de boire de l’alcool, alors même qu’une autre partie d’elle tentait désespérément de contrôler cela. Alors que je la questionnais sur ces deux ‘parties’, elle voyait apparaître dans son espace mental des formes, des personnages, et elle pouvait dialoguer avec eux. Et en nouant une relation avec ces ‘parties’, ces dernières lui laissaient alors voir l’objet de leur maladroite ‘protection’ : une petite fille angoissée, qui se cachait de peur que son père ne la frappe. Ou cette autre patiente, ayant un diagnostic de psychose chronique, qui souffrait de douleurs abdominales non soulagées par des prescriptions importantes d’antalgiques : alors qu’elle portait son attention sur son ventre, elle vit apparaître l’image d’une boule, une boule très contractée et crispée, mais une boule qui cherchait à la protéger —après une amorce de dialogue avec cette ‘boule’, celle-ci lui expliqua qu’elle la protégeait contre l’intrusion permanente des voix —des hallucinations persécutrices. Alors, c’était comme si le processus d’associations, via les images et les sensations corporelles, montrait la voie : c’était précisément avec ces voix-là qu’il fallait aller parler.

b. Mes attentes

Ce travail est lié à plusieurs enjeux, qui s’entremêlent, et m’ont parfois paralysé, parfois enthousiasmé. Il y a d’abord l’exercice formel de réaliser mon travail de fin d’études, et apporter une conclusion aux treize années qu’ont requis ce double-cursus de médecine et de sciences. La perspective est simultanément de ‘terminer’... et de ‘démarrer’ ce qui va venir après.

Mais plus précisément, ce travail porte pour moi un enjeu professionnel : je l’utilise comme un espace de réflexion pour ma pratique débutante de thérapeute. A mesure que j’identifie l’énorme volume de tout ce qui a été écrit, pensé, ressenti, et qui m’échappe, je perçois la nécessité de

faire des liens, petit à petit, entre mes observations, et ce que les autres ont déjà observé et pensé.

Initialement, j'ai voulu faire un travail quantitatif sur l'IFS. Grâce à des discussions avec l'équipe de l'Unité de Psychiatrie et d'Addictologie Ambulatoires, au site Tarnier de l'hôpital Cochin, et avec le Pr. Bernard Granger, mon directeur de thèse, j'ai pu restreindre le focus de mon travail : étant donné que je n'aurai ni la capacité, ni le temps, de réaliser une telle étude avec des résultats chiffrés concluants, pourquoi ne pas plutôt m'intéresser à *ce que je fais, et ce que mes patients en pensent* ? Cette unité, dans laquelle j'ai réalisé mon dernier stage d'internat, était l'endroit parfait pour cette étude : un focus sur les thérapies brèves, et une confiance accordée à l'interne pour l'organisation du plan de soins psychiatrique et psychothérapeutique.

Cette démarche, devenue tout à coup beaucoup plus personnelle, a porté d'autres enjeux : est-ce que mes patients perçoivent des différences entre ce que je leur propose, et d'autres types de thérapie qu'ils ont pu expérimenter ? Est-ce que ce qui compte, c'est la relation que nous établissons, ou bien les outils que j'utilise à proprement parler ? Est-ce que je 'fais réellement' de l'IFS, ou bien une sorte d'amalgame intuitif de ce que j'ai appris au cours de mon cursus ? Est-ce que ça fait réellement 'du bien' aux gens ? Qui peut bénéficier de ce type de travail, et qui y est réfractaire ? Et au fond : 'est-ce que je suis un bon thérapeute' ? J'ai bien conscience que cette question ne peut probablement pas trouver de réponse, mais elle m'a servi de moteur pour me poser d'autres questions, pour approfondir mes aspirations et mes désirs, et pour me questionner sur ma manière de travailler.

Aujourd'hui, j'ai l'impression d'avoir pu prendre un peu de distance par rapport aux 'outils' de l'IFS à proprement parler. Il s'agit d'un langage, un langage parmi d'autres ; et ce qui compte me semble être, pas tant le langage, mais ce qu'on peut avoir à dire. Évidemment, cette question est vaste, vague, et dépasse le cadre d'un travail académique. Je me restreins donc pour y répondre : ce que je souhaite en faire, c'est accorder une place au dialogue qui a eu lieu entre mes patients et moi —un dialogue souvent douloureux, souvent sérieux, toujours passionnant. Les extraits d'entretien cités dans la section Résultats font entendre la voix de mes patients, et la mienne s'y entremêle en filigrane : s'y ajoutent des tentatives d'interprétations, pour tenter de comprendre leur expérience au plus près de leurs mots.

c. Quelle portée ?

Mes aspirations en rapport avec ce travail se sont précisées et restreintes au cours du temps. Initialement, j'avais l'idée assez ambitieuse (voire orgueilleuse) de contribuer à favoriser une approche *constructiviste* en psychiatrie (i.e. notre *image* de la réalité est le produit d'une interaction entre notre esprit et cette réalité). En particulier, choqué par les implications historiques du réalisme scientifique (i.e. lorsqu'une théorie scientifique prétend donner une représentation plus ou moins 'vraie' d'une supposée réalité indépendante)⁵², et intéressé par les valeurs antipsychiatriques, je voyais les diagnostics psychiatriques, les interprétations parfois mécanistiques, et les protocoles standardisés, comme tous porteurs d'une violence institutionnelle intense à l'égard des personnes souffrantes, que je me représentais comme des victimes stigmatisées par 'la société'. Placer la 'pathologie' au sein de l'individu me paraissait être un parti-pris idéologique, contre lequel la psychiatrie devait lutter pour pointer dans les directions sociale et environnementale.

J'espérais montrer —liant étroitement la souffrance psychique et l'usage du langage—, qu'il fallait adopter la 'position basse', n'avoir aucune présupposition plaquée sur l'expérience de l'autre, et argumenter qu'un soulagement par le dialogue et l'écoute du processus psychique est toujours possible. Mieux que 'prodiguer un soulagement', notre fonction de psychiatres serait même encore moins définie : il s'agirait de se 'mettre au service' de la personne qui souffre pour, en construisant un langage commun, l'aider, mais 'dans ses propres termes'. Pour le dire avec Frankl, qui voyait dans la souffrance une part de 'troubles noogènes' (liés à l'absurdité de la vie et à l'absence de sens intrinsèque à l'existence) le rôle du thérapeute est d'accompagner le cheminement existentiel de celui qui souffre, pour l'aider à retrouver des raisons de vivre.⁵³

Avec un peu de recul, il m'apparaît assez clairement que ces questionnements, qui visaient eux-mêmes à des généralisations, reflètent précisément l'intrication entre mes problématiques personnelles et ma vie professionnelle. Je bute de manière persistante sur une impossibilité de définir précisément des termes comme 'aider', 'traiter', 'trouble psychique', 'thérapie'.

Ce travail de thèse —et ces études que je suis sur le point d'achever— sont donc pour moi une leçon d'humilité, m'offrant sans cesse des occasions d'abandonner une posture infantile de toute-

puissance thérapeutique. Un des 'effets secondaires' de cet abandon, c'est que se dessine l'esquisse d'un chemin : étant au début de mon activité de thérapeute, je perçois l'importance du travail sur/avec mon contre-transfert. Cette thèse est donc, entre autres enjeux, l'opportunité d'effectuer une sorte de 'recherche-action' sur ma pratique. En écoutant les mots de mes patients, il s'agit de dire quelque chose de ma manière de pratiquer, en tant qu'elle s'inscrit dans un champ théorique, mais aussi en tant qu'elle dit quelque chose de moi-même.

Participants et Méthodes

1. Recrutement des participants

L'inclusion des participants était réalisée par échantillonnage dirigé (*purposive sampling*), à l'appréciation du chercheur, afin d'élargir la gamme de données collectées et de maximiser la richesse du matériel, comme il est d'usage avec les approches qualitatives (en contraste avec les approches quantitatives).⁵⁴

Les critères d'inclusion étaient :

âge supérieur à 18 ans ;

être suivi au sein de l'unité de psychiatrie ambulatoire, dirigée par le Pr. Bernard Granger, à l'hôpital Cochin, site Tarnier, Paris :

- durant au moins 3 mois ;
- avec au moins 8 entretiens thérapeutiques utilisant l'IFS.

Le seul critère d'exclusion était le risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

Pour chaque participant potentiel, un entretien préliminaire a été proposé par le chercheur, afin de délivrer des informations orales et écrites concernant la recherche. À cette occasion, un formulaire de consentement a également été délivré. La collecte du formulaire de consentement signé et l'inclusion effective étaient réalisées lors d'un entretien ultérieur, après avoir permis au participant d'obtenir des réponses à ses éventuelles questions sur l'étude.

2. Intervention psychothérapeutique

a. Formation du thérapeute

L'ensemble des entretiens utilisant l'approche IFS a été réalisé dans le cadre des suivis à visée psychiatrique et psychothérapeutique effectués par le chercheur. Le chercheur, un interne en médecine, inscrit en 8^e semestre en DES de psychiatrie en Île-de-France, a suivi une formation

IFS de niveau 1, au cours de l'année 2016, sous la direction du Dr. François Le Doze, formateur certifié IFS.

b. Indications des entretiens thérapeutiques utilisant l'IFS

Les indications et le format des entretiens thérapeutiques utilisant les outils de l'IFS dans le cadre de troubles psychiatriques ne sont pas codifiés. Par conséquent ces entretiens étaient proposés à la libre appréciation du chercheur, dont l'activité de thérapeute était supervisée. L'indication des outils thérapeutiques tenait compte des souhaits du patient, entretien après entretien, et ces outils étaient proposés en particulier dans les contextes suivants :

Utilisation spontanée de métaphores (e.g. 'c'est comme si j'étais enfermée dans une pièce sombre') ;

Mention spontanée de sensations corporelles (e.g. 'ça me pèse sur les épaules', 'ça me serre dans la poitrine') ;

Verbalisation spontanée de plusieurs parts de soi (e.g. 'une part de moi voudrait... mais une autre part se dit que...') ;

Autres contextes, à l'appréciation du chercheur.

Le chercheur proposait alors au patient certains outils thérapeutiques visant à explorer les processus internes en jeu. En cas d'avis favorable du patient concernant la poursuite de cette démarche, le chercheur donnait des informations sur l'approche utilisée ainsi que sa formation. Après un premier entretien permettant au patient de se familiariser avec les outils de l'approche IFS, le chercheur proposait au patient de poursuivre l'utilisation de ces outils.

c. Processus thérapeutique IFS

La démarche thérapeutique adoptée respectait les outils et étapes détaillés dans deux manuels de référence.^{1,55} La relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient était basée sur la confiance, la collaboration, et l'accueil empathique des expériences vécues par le patient. Le processus thérapeutique en lui-même respectait les étapes suivantes :

- Identification d'une ou plusieurs parts du patient impliquées dans la problématique à aborder ;
- Familiarisation avec ces parts, via les sensations corporelles et les images mentales ;
- Désamalgame, à savoir séparation d'avec la ou les parts en jeu (typiquement, le patient en vient à parler de ses parts à la troisième personne et non plus à la première —comme s'il s'agissait d'individus distincts) ;
- Développement d'une relation empathique avec les parts ;
- Éventuellement, witnessing ('être témoin') des souvenirs traumatiques associés aux parts ;
- Éventuellement, reparentage des parts infantiles (à savoir, l'intervention du patient dans les images mentales permettant aux parts souffrantes de retrouver un sentiment de sécurité) ;
- Éventuellement, décharge de certains 'fardeaux' portés par les parts ;
- Réintégration des parts, permettant au patient de retrouver un sentiment d'unicité avant la fin de la séance.

Ces étapes sont mentionnées à titre indicatif et n'étaient pas toutes systématiquement réalisées à chaque séance.

d. Intégration dans le plan de soin

Chaque entretien portait une double fonction : un temps alloué au suivi psychiatrique, incluant la gestion du plan de soins et de la stratégie de traitement médicamenteux, et un temps alloué à l'aspect psychothérapeutique et exploratoire utilisant les outils IFS. En pratique, chaque entretien démarrait par un questionnement sur les différents points à aborder. Les aspects organisationnels étaient discutés dans un premier temps, puis le patient était questionné sur le ou les thèmes à aborder avec les outils psychothérapeutiques. L'équilibre entre ces deux temps, et la fréquence des entretiens, étaient réévalués régulièrement en collaboration avec le patient.

Un soin était porté à proposer des alternatives psychothérapeutiques à chaque patient. En particulier, un suivi en TCC, soit au sein du service avec un thérapeute différent, soit dans un autre service universitaire de la même région géographique, était proposé aux patients, selon les indications. Dans tous les cas, les patients étaient initialement informés que le suivi utilisant l'approche IFS se déroulerait durant une durée limitée (le chercheur étant placé dans l'unité pour la durée d'un stage de DES de psychiatrie, à savoir 6 mois), et qu'un relais serait discuté en fin de suivi, soit avec un autre thérapeute du service utilisant une autre approche, soit avec un thérapeute travaillant en libéral utilisant l'approche IFS.

3. Recueil des données

Après chaque entretien utilisant l'approche IFS réalisé au cours du suivi, le chercheur prenait des notes narratives sur le déroulement de la session. En particulier, ces notes mentionnaient les différentes parts abordées durant la séance, et incluaient des éléments réflexifs (résonances, ou éléments contre-transférentiels du chercheur).

D'autre part, le chercheur évaluait, immédiatement en fin d'entretien, la fidélité du processus à l'approche IFS en déterminant le score à l'échelle IFSAS par auto-cotation (Annexe 1).

En fin de suivi psychothérapeutique, un entretien semi-dirigé (ESD) était proposé à chaque participant. Cet entretien, dont la durée n'était pas limitée, visait à collecter l'expérience vécue par les participants en s'appuyant sur le récit d'événements particuliers. Les entretiens étaient basés sur un guide d'entretien élaboré au préalable (Annexe 2). Ce guide était composé de questions ouvertes, abordant l'expérience et le vécu des participants. L'entretien était mené sous forme de dialogue ouvert, et le guide d'entretien était utilisé en tant que rappel indicatif. Des relances permettaient de brosser un tableau aussi large que possible, incluant les aspects aussi bien positifs que négatifs du suivi. Les questions s'attachaient également à évoquer des récits détaillés de séances. Enfin, les dernières questions laissaient la place à des commentaires libres du participant.

Afin d'évaluer la pertinence de la question de recherche et de la méthodologie, un premier ESD à visée exploratoire avait été proposé aux deux premières participantes en milieu de suivi

(Amanda et Bérénice, cf. section Résultats). Suite à cela, le guide d'entretien a été précisé, et ces participantes ont chacune participé à un second ESD en fin de suivi.

Les ESD étaient enregistrés à l'aide de matériel audio numérique, puis intégralement retranscrits mot-à-mot, en utilisant les logiciels libres Audacity⁵⁶ et Erbele⁵⁷. Les informations permettant d'identifier les participants ont été anonymisées.

4. Analyse des données

a. Analyse qualitative thématique

1. Éléments épistémologiques : l'analyse phénoménologique interprétative

Une analyse qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative (*interpretative phenomenological analysis* – IPA) a été réalisée à partir des transcriptions des ESD. L'objectif de ce type d'approche est d'explorer la manière dont les phénomènes sont vécus, à partir du point de vue unique des participants, et dans leur contexte.⁵⁸ Il s'agit d'un processus conjoint : c'est l'interaction entre chercheur et participant qui contribue à l'élaboration du sens de l'expérience vécue par le participant.⁵⁹

L'IPA s'appuie sur trois domaines de la philosophie de la connaissance : la phénoménologie, l'herméneutique, et l'idiographie. La phénoménologie est l'approche philosophique qui étudie l'expérience vécue : pour Husserl, l'investigation phénoménologique consiste à 'mettre entre parenthèses' notre *vision du monde* a priori, pour se concentrer sur les *perceptions*, afin d'étudier le monde tel qu'il se présente à notre conscience. L'herméneutique est la théorie de l'interprétation, et prend en compte le rôle fondamental des préconceptions du chercheur : lors de la rencontre avec un texte, le chercheur peut graduellement prendre conscience de ses propres préconceptions ; s'en dégager lui permet alors de comprendre chaque passage du texte sous un angle différent. Le 'cercle herméneutique' décrit la relation entre le tout et la partie : pour comprendre un ensemble, il est nécessaire d'en examiner les parties ; mais pour comprendre une partie, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble auquel elle participe. Enfin, l'approche idiographique consiste à porter attention aux cas particuliers, examinés en détail. Il s'agit alors

d'explorer en profondeur des cas individuels afin de générer de la connaissance nouvelle (plutôt que d'étudier, comme souvent dans les études quantitatives, la distribution d'une certaine variable sur un certain nombre de cas, ce qui permet de tester une théorie a priori).⁵⁸

Ces différents corpus théoriques ont un impact direct sur la méthodologie d'analyse : en accord avec la méthode phénoménologique, le chercheur s'attache à explorer la manière dont les participants élaborent du sens à partir de leurs expériences vécues. Pour cela, il porte attention, dans un premier temps, à ses propres impressions, idées, intuitions, interprétations, évoquées par le matériel. Il s'attache à rester au plus près des mots employés par les participants. D'autre part, il travaille de manière cyclique au sein du 'cercle herméneutique' : ses interprétations de fragments du texte prennent peu à peu un sens de plus en plus complexe à mesure qu'il se familiarise avec l'ensemble du matériel. En parallèle, sa compréhension globale du matériel progresse à mesure qu'il étudie les fragments individuels. De plus, il prend en compte ses propres préconceptions grâce à un travail réflexif, afin d'identifier la participation de son propre processus dans l'élaboration du modèle. Enfin, l'approche idiographique est mise en évidence par l'attention portée aux cas individuels. L'objectif n'est pas ici d'aboutir à une généralisation, mais à la génération de nouveaux éléments de connaissance concernant une expérience particulière explorée en détail.

Contrairement à la méthode hypothético-déductive, qui permet de tester une théorie préexistante en fonction des données collectées, l'approche utilisée est inductive : elle consiste à se baser sur les énoncés spécifiques recueillis durant les ESD et à les assembler graduellement en thèmes hiérarchiques de plus en plus synthétiques. En quelque sorte, le chercheur élabore une théorie ad hoc (un 'modèle' ou 'cadre de référence'), à partir des données, afin de rendre compte de manière cohérente de l'ensemble du matériel collecté.⁶⁰

2. Méthodologie d'analyse

La méthodologie d'analyse suit la procédure détaillée dans un ouvrage de référence⁵⁸, sous la forme de cycles successifs :

1. Après plusieurs écoutes des enregistrements audio des ESD, le chercheur examine chaque transcription, ligne par ligne, et annote librement (commentaires analytiques, interprétatifs, ou réflexifs), afin de se familiariser avec l'ensemble du matériel ;
2. Codage du matériel : le chercheur annote tous les passages signifiants, en reprenant les mots propres des participants, sans interpréter ;
3. Regroupement (clustering) des codes en motifs émergents qui prendront la forme de thèmes, via un processus inductif : il s'agit d'associer les codes en catégories signifiantes, dont les intitulés permettent de réaliser une synthèse, tout en conservant la complexité du matériel condensé ;
4. Regroupement des thèmes en axes d'expérience (aussi appelés 'méta-thèmes' ou 'thèmes super-ordonnés'), qui constituent un 'modèle' de l'ensemble du matériel.

L'analyse a été initialement conduite sur des entretiens individuels, puis de manière transversale en prenant en compte simultanément les codes obtenus dans les ESD de différents participants.

L'ensemble du matériel a été compilé avec le logiciel nVivo 12, permettant de référencer la totalité des données (transcriptions, annotations, codes, thèmes, et axes) dans une base de données transparente.⁶¹

Tout au long du processus de recherche, des notes réflexives ont été prises par le chercheur, s'attachant à explorer son propre processus intellectuel et émotionnel, afin de pouvoir en tenir compte lors de l'élaboration interprétative des résultats.

Enfin, la supervision par le directeur de thèse (Pr. Bernard Granger), ainsi que des réunions régulières avec deux autres professionnels du soin (Mme. Judith Tran-Phong, titulaire d'un master de psychosociologie et sociologie clinique, et le Dr Aliénor Valat, psychiatre) a permis une triangulation de l'analyse, permettant d'assurer la cohérence et la plausibilité de l'interprétation.

b. Analyse de la fidélité au processus IFS

Les auto-cotations de la grille IFSAS ont été regroupées de manière informatique dans un tableur. Le score, de 0 à 15, a été calculé pour chaque session, et des graphiques ont été élaborés à l'aide du logiciel d'analyses statistiques R.⁶²

En raison de la visée qualitative de la recherche, le nombre de participants à inclure est restreint : des tests statistiques comparatifs des scores IFSAS n'auraient eu qu'une faible puissance et n'ont donc pas été conduits.

D'autre part, la grille IFSAS a été élaborée à visée de cotation par un observateur externe. Par conséquent, les résultats chiffrés de cette étude ne visent pas à décrire la fidélité au processus IFS de manière objective. Plutôt, les mesures statistiques de la distribution des valeurs (moyennes, médianes, écarts-types) ainsi que les graphiques obtenus ont été réalisés dans un but descriptif, afin de nourrir la réflexion du chercheur concernant sa pratique thérapeutique.

1. Participantes

Les caractéristiques des 5 participantes sont résumées dans le tableau 1. Toutes étaient de sexe féminin. Les prénoms ont été changés pour des raisons d’anonymisation, et remplacés par des prénoms commençant par les lettres A à E pour faciliter l’identification (Amanda, Bérénice, Claire, Delphine, Emma). Il s’agissait d’une initiation de suivi pour toutes les participantes excepté Emma, dont le suivi avait été initié par un interne au semestre précédent. Les suivis ont été réalisés entre le 02 mai et le 31 octobre 2018. Les ESD ont été réalisés entre le 18 septembre et le 31 octobre 2018.

En raison de la spécialisation de l’unité dans la prise en charge psychothérapeutique des troubles anxieux et des troubles du comportement alimentaire (TCA), ces diagnostics psychiatriques sont les plus fréquemment retrouvés chez les participantes. Trois d’entre elles ont un diagnostic de TCA (Amanda, Bérénice, Claire), une d’entre elles de trouble panique (Amanda), deux d’entre elles de troubles de l’humeur du registre dépressif (Claire, Delphine). Enfin, une participante a reçu un diagnostic de trouble déficit de l’attention avec hyperactivité (Emma).

Sur le plan traumatique, trois d’entre elles rapportent des épisodes d’agressions sexuelles durant l’enfance (Amanda, Delphine) ou l’adolescence (Claire), toutes dans un contexte de difficultés relationnelles intrafamiliales. Les deux autres participantes rapportent des événements de vie difficiles précoces —expériences de rejet (Bérénice) et conflits intrafamiliaux (Emma).

Concernant les projets de soins en fin de suivi : Amanda a été orientée vers un hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge des TCA hyperphagiques ; Bérénice et Claire ont été orientées vers des groupes thérapeutiques spécialisés dans la prise en charge des TCA boulimiques ; Delphine a été orientée, pour un suivi psychiatrique et psychothérapeutique, vers une institution spécialisée dans le psychotraumatisme ; et Emma a été orientée vers un suivi psychiatrique en CMP en association avec une psychothérapie en libéral.

2. Fidélité à l'approche IFS

a. Contenu de l'échelle IFSAS

L'échelle IFSAS permet d'établir un score entre 0 et 15 qui mesure la fidélité au processus IFS. Les questions sont fermées, une valeur de 0 ou 1 point est attribuée à chacune des réponses aux 15 items abordés. Ces items s'attachent à explorer cinq aspects du processus IFS : 1) facilitation d'un état de compassion du patient envers lui-même ; 2) identification de parts et désamalgame ; 3) développement d'une relation entre le patient et une part de lui ; 4) reparentage et traitement des éléments traumatiques ; 5) posture thérapeutique empathique.

b. Analyse des scores IFSAS

Immédiatement après chaque entretien, l'échelle IFSAS était utilisée pour auto-coter la fidélité estimée au processus IFS. Parmi les 52 sessions réalisées avec l'ensemble des participantes, 47 ont été cotées. Cinq sessions n'ont pas été cotées : elles ont eu lieu durant les premières semaines de suivi, et l'utilisation de l'échelle IFSAS n'avait pas encore été envisagée.

Les scores des 47 sessions cotées sont compris entre 5 et 15. La majorité des scores est située dans la tranche supérieure des valeurs : 64% des sessions cotées (30 sessions) ont un score supérieur ou égal à 10. La médiane des scores est 11, la moyenne est de 11.0, avec un écart-type de 3.0. Ces valeurs suggèrent une fidélité importante au processus IFS. La figure 2 représente sous forme de 'diagrammes à moustaches' (*boxplots*) la distribution des scores pour les entretiens de chacune des participantes.

Les scores sont dans une gamme moyenne similaire, et présentent une légère variabilité interindividuelle : à titre d'exemple, on observe que les entretiens avec Amanda ont des scores plus élevés (toutes les séances sauf deux sont cotées à 15) que ceux d'Emma, pour laquelle un score supérieur à 12 n'est jamais atteint. En raison de l'impression subjective, pour le chercheur, d'une variation de son attitude thérapeutique et de son utilisation plus ou moins formelle des outils IFS, en fonction des participantes et au cours du temps, il se pose donc également la question de l'évolution des scores en fonction du temps. La figure 3 représente l'évolution au fil des séances, pour les entretiens de chacune des participantes, des scores IFSAS.

<i>Prénom (modifié)</i>	<i>Âge</i>	<i>Sexe</i>	<i>Suivis psychiatrique ou psychologique parallèles</i>	<i>Diagnosics psychiatriques</i>	<i>Nombre de sessions IFS</i>	<i>Nombre de sessions non-IFS</i>	<i>Durée du suivi (mois)</i>	<i>Durée de l' ESD</i>
Amanda	31	F	Psychologue (CMP)	Trouble du comportement alimentaire (hyperphagie) Trouble anxieux (trouble panique)	9	3	3,25	#1 : 1h09 #2 : 31'
Bérénice	42	F	Ø	Trouble du comportement alimentaire (boulimie)	9	4	3,25	#1 : 1h29 #2 : 36'
Claire	57	F	Psychologue (CMP) Psychiatre (CMP)	Trouble du comportement alimentaire (boulimie) Trouble dépressif persistant	13	4	3,25	43'
Delphine	35	F	Ø	Épisode dépressif caractérisé sévère avec détresse anxieuse	8	4	3,5	1h02
Emma	29	F	Hypnothérapeute (libéral)	Trouble déficit de l' attention avec hyperactivité	13	2	5,5	40'

Tableau 1 — Résumé des caractéristiques des participantes.

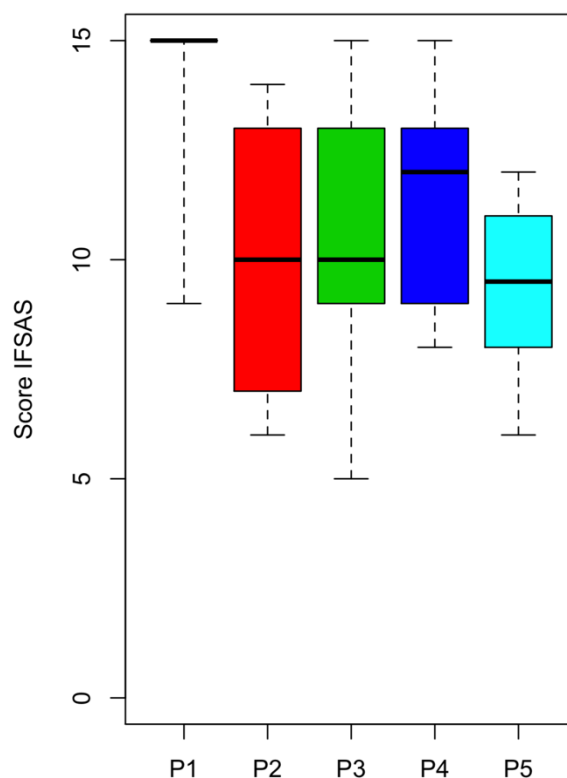


Figure 2 — Boxplots (‘diagrammes à moustaches’) représentant la distribution des scores IFSAS pour les entretiens de chaque participante. La barre horizontale noire représente le score médian, les limites des boîtes représentent les 1^{er} et 3^{ème} quartiles, et les extrémités des traits pointillés atteignent les valeurs extrêmes. Les légendes P1–P5 désignent respectivement les participantes Amanda, Bérénice, Claire, Delphine, Emma.

Les scores sont dans une gamme moyenne similaire, et présentent une légère variabilité interindividuelle : à titre d’exemple, on observe que les entretiens avec Amanda ont des scores plus élevés (toutes les séances sauf deux sont cotées à 15) que ceux d’Emma, pour laquelle un score supérieur à 12 n’est jamais atteint. En raison de l’impression subjective, pour le chercheur, d’une variation de son attitude thérapeutique et de son utilisation plus ou moins formelle des outils IFS, en fonction des participantes et au cours du temps, il se pose donc également la question de l’évolution des scores en fonction du temps. La figure 3 représente l’évolution au fil des séances, pour les entretiens de chacune des participantes, des scores IFSAS.

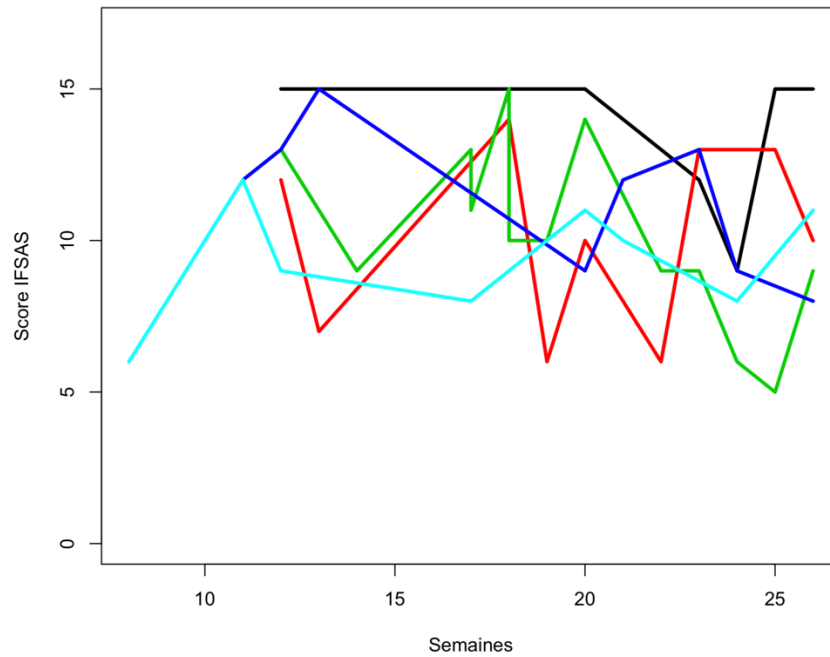


Figure 3 —Évolution des scores IFSAS en fonction du temps, pour les entretiens réalisés avec chaque participante. Le code couleur est identique à celui de la figure 2. La semaine 1 correspond à la date de la première séance réalisée (début mai 2018, Emma). Les données IFSAS sont manquantes pour 5 des premières sessions d’Emma.

On observe des fluctuations des scores, pour chacune des participantes, tout au long du suivi. On n’observe pas de tendance globale à la diminution ou à l’augmentation synchronisées des scores au cours du temps. Il n’apparaît pas d’écart majeur entre les courbes —on note simplement que la courbe d’Amanda (noire) est la seule à atteindre plusieurs fois le score maximal.

Afin de mieux appréhender l’attitude globale du chercheur par rapport à la pratique du processus IFS, la figure 4 représente l’évolution du score IFSAS *moyen* en fonction du temps. Sur ce graphique, on retrouve des fluctuations non monotones autour de la moyenne. Ceci traduit le fait que la pratique du chercheur, bien que variable au cours du temps, ne semble pas se modifier significativement, eu égard à la fidélité au processus IFS.

En conclusion, les scores obtenus par auto-cotation restent en majorité dans la gamme haute de l’échelle IFSAS, sans fluctuation majeure en fonction des participantes ou au cours du temps, suggérant une fidélité satisfaisante au processus IFS. Néanmoins, en raison de l’auto-cotation, la subjectivité du chercheur entre forcément en jeu : les aspects réflexifs concernant l’utilisation fluctuante des outils IFS par le chercheur seront abordés plus en détail dans la section Discussion.

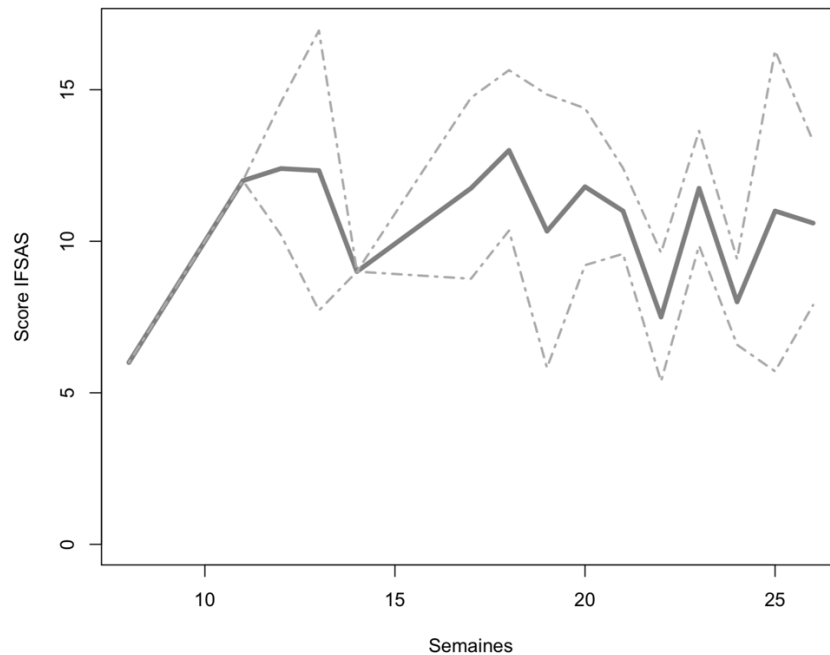


Figure 4 — Évolution des scores IFSAS en fonction du temps (numérotation identique à la figure 3). Tracé de la courbe moyenne (trait plein) \pm écart-type (traits pointillés).

3. Analyse qualitative thématique

L'analyse de contenu a permis de référencer 455 *codes* sur le corpus total des transcriptions d'entretiens semi-dirigés (35 681 mots, 68 pages). Parmi ces codes, 36 ont été écartés du fait de leur non-pertinence par rapport à la question de recherche. 419 ont été conservés et ont été regroupés, par un processus inductif itératif, en 13 *thèmes*. La poursuite de l'analyse inductive a permis de regrouper les thèmes en 5 *axes d'expérience* (appelés également 'méta-thèmes' ou 'thèmes super-ordonnés').

Le premier axe d'expérience explore le **processus thérapeutique**, perçu comme une forme de dialogue intérieur imagé et profond. Le second axe aborde les **modalités du suivi** thérapeutique, envisagé comme un travail bref et intense de connaissance de soi. Le troisième axe explore les rapports entre les événements traumatiques et le **clivage** de l'expérience interne, et développe plusieurs métaphores de la réconciliation avec soi-même. Le quatrième axe concerne la **relation thérapeutique**, entre confiance et besoin d'autonomie. Enfin, le cinquième axe décrit les **effets** des entretiens, sous la forme d'un apaisement émotionnel et relationnel. Chacun de ces axes d'expérience est divisé en 2 à 3 thèmes. Le tableau 2 récapitule les axes d'expérience, les thèmes,

et mentionne le nombre de participantes ayant abordé chacun d'entre eux, ainsi que le nombre de références présentes dans les transcriptions d'ESD.

a. Axe 1 — Un dialogue intérieur imagé et profond

Cet axe d'expérience est subdivisé en trois thèmes : le premier aborde les entretiens thérapeutiques comme une introspection surprenante et multimodale ; le second explore les parts de soi comme des entités autonomes, détentrices d'un savoir ; le troisième rapporte un dialogue avec ce qui se trouve dans les profondeurs du soi.

1. Une introspection surprenante et multimodale

Après une phase initiale de surprise, et une impression 'un peu dérangeante' (Amanda) ou 'étrange' (Delphine), les participantes s'habituent au processus : 'Plus le temps passe, moins je trouve l'approche étrange' (Amanda). Cette surprise serait-elle inhérente à un début de thérapie ? A priori non, elle serait directement reliée au vécu de la multiplicité du soi :

« C'est une approche qui m'a un peu surprise. J'ai eu du mal à rentrer dedans au début. Parce que j'imaginai pas qu'il puisse y avoir plusieurs... enfin j'ai eu du mal à visualiser plusieurs "moi". » (Delphine)

Cette participante précise que la difficulté tient à la *visualisation*. Toutefois, le processus devient de plus en plus simple au fil des séances : 'Il suffit juste de se concentrer, et il y a toujours quelque chose qui se manifeste' (Emma).

Cette introspection permet de 'prendre connaissance de [s]on monde intérieur' (Claire), souvent via la modalité visuelle. Bérénice mentionne 'l'impression d'être devant une sorte de télé', et utilise les termes '*recevoir* une sorte d'image'. Cette métaphore électronique assimile la conscience du sujet à un mécanisme récepteur — qui est alors l'émetteur ? Les phénomènes expérimentés en séance sont ainsi perçus comme émanant d'une zone de soi différente du soi conscient : 'mon cerveau, mon être, je sais pas où' (Bérénice).

<i>Axes d'expérience (a-e) & thèmes (1-13)</i>	<i>Ref.</i>	<i>Part.</i>
a. Un dialogue intérieur imagé et profond	107	5
1. Une introspection surprenante et multimodale	42	5
2. Des parts de soi autonomes, détentrices d'un savoir	41	5
3. Un dialogue avec ce qui est en profondeur	24	4
b. Un travail bref et intense de connaissance de soi	64	5
4. Une pratique envahissante qui s'autonomise	38	5
5. Une thérapie brève, pour quels objectifs ?	26	5
c. Clivage et réconciliation	138	5
6. Malaise et évitement expérientiel	66	4
7. Externalisation des parts souffrantes	30	5
8. Métaphores de libération et de réconciliation	42	5
d. La relation thérapeutique entre confiance et besoin d'autonomie	67	5
9. Le thérapeute, un guide bienveillant vers l'intériorité	36	5
10. Autonomie et dépendance au thérapeute	21	3
11. L'entretien comme bilan honnête	10	4
e. Un apaisement émotionnel et relationnel	43	5
12. Un apaisement émotionnel et symptomatique	26	5
13. S'ouvrir aux autres	17	3

Tableau 2 — Axes d'expérience & thèmes. Liste des 5 axes d'expérience et des 13 thèmes ayant émergé de l'analyse qualitative inductive. Pour chacun d'eux, la colonne *Ref.* indique le nombre de références qui y contribuent au sein des transcriptions ; la colonne *Part.* indique le nombre de participantes dont les références y contribuent.

Le processus thérapeutique ne se focalise pas uniquement sur les images : en effet, après l'évocation d'une part de soi, le thérapeute invite à 'l'observer' en prenant contact avec toute sorte de manifestation psychique qui y serait associée (sensation corporelle, image, pensée, émotion). Parfois, les parts se manifestent ainsi sous forme de sensations corporelles, comme 'des sensations de bouillonnement, de manque' (Emma), dont l'expérience est intimement liée au reste de l'expérience psychique : ces sensations 'se manifestaient à des moments bien précis, de questions, de souvenirs, de situations' (Emma). La même participante décrit l'intrication des différentes modalités sensorielles :

« Comme quand j'ai une boule au ventre, et au final, quand je visualise, toutes les images se passent dans le ventre. » (Emma)

Le 'langage du corps' parle métaphoriquement d'expériences psychiques. Ce phénomène est connu en psychanalyse comme l'une des formes du déplacement. Le processus proposé en IFS semble donc remonter la chaîne associative qui a été déplacée : en partant d'une sensation corporelle a priori dénuée de signification, la possibilité de visualiser des images permet d'en élaborer du sens.

Ces images sont l'équivalent de représentations ayant pour objet une sous-partie de la personnalité, et qui apparaissent 'sous forme de personnages' (Bérénice), qui évoluent de manière dynamique et 'ne sont pas les mêmes d'une séance à l'autre' (Bérénice). La prise de contact avec les représentations implique un processus interprétatif de la part du sujet —certains aspects sont changeants alors que d'autres permettent d'identifier la sous-personnalité de manière stable. Comme l'explique la même participante, 'la partie de moi qui va plutôt juger, elle peut avoir différentes formes d'une séance à l'autre' (Bérénice).

L'introspection permise par cette approche fait donc appel à un aller-retour permanent entre les représentations —sous forme de pensées, d'images, et de sensations corporelles—, perçues de manière 'externe', comme si elles étaient 'reçues' par un sujet passif ; et le 'self-concept' ou 'vision de soi-même' du sujet, qui agglomère ces représentations en sous-personnalités reconnaissables comme constituants du 'soi'.

2. Des parts de soi autonomes, détentrices d'un savoir

Le processus d'identification des 'parts' de soi comme entités individualisées implique une séparation en termes spatiaux. Une participante explique 'chercher à personnaliser et à distancier les parties de moi-même' (Claire). Cette étape, nommée désamalgame (unblending) en IFS, correspond au détachement recherché dans les pratiques basées sur la mindfulness. Elle correspondrait à un prérequis à l'observation de soi et évoque, dans les développements de Mélanie Klein, une identification projective qui s'effectuerait sur ses propres objets internes introjetés : il s'agit ici d'attribuer certaines caractéristiques (pensées, affects) à une représentation située en dehors de soi (projection), tout en le reconnaissant comme constituant du soi (identification).

Il est habituel dans la culture occidentale de concevoir le self-concept comme une polarisation entre 2 aspects de soi conflictuels (l'ange versus le démon, la petite voix de la conscience versus les désirs). Une participante donne l'exemple d'une polarisation entre deux aspects d'elle fondamentalement impliqués dans la persistance de son TCA :

« Avant de commencer cette approche, j'ai toujours eu l'impression qu'en moi il y avait 2 personnages : celle qui a envie de s'en sortir, et l'autre qui continue dans ses habitudes et se fait du mal. Pour moi il y avait vraiment 2 entités : moi, mais aussi une autre moi. » (Amanda)

Cette 'autre moi' mentionnée contient les caractéristiques 'négatives', projetées dans une représentation externalisée. Le processus thérapeutique amène à sortir du manichéisme bon/mauvais, en prenant en compte une multiplicité d'aspects, condensant les diverses facettes de la personnalité :

« Je pense avoir identifié, du coup, certaines parties de moi, par rapport à celles qui revenaient souvent. Par exemple, il y avait "la petite fille", il y a eu "la maman qui protégeait", "la petite fille qui se sent seule", "la partie qui porte un poids sur son dos", y'avait aussi "celle qui a peur, qui se sent pas à la hauteur"... au final je me suis rendue compte qu'il y avait plus de personnages, plus de choses à voir, au fil du temps. » (Amanda)

La tournure de phrase met en lumière l'aspect exploratoire du processus, ('rendue compte', 'plus de choses à voir'), et la possibilité de réaliser des découvertes à propos de soi. Une fois les

représentations personnalisées sous formes de parts de soi, l'élaboration est rendue moins difficile, comme si c'était 'une approche détournée pour faire parler le patient' (Amanda). La projection permet de faciliter l'observation de représentations perturbantes, tout en conservant l'identification : 'en fait c'est moi qui parle, mais au travers de ces personnages-là' (Amanda).

Ce processus de projection à *l'intérieur* évoque les caractéristiques de la transe hypnotique. Les participantes décrivent une attitude non-active, de relâchement, dans une posture réceptive. Elles passent dans un état de relative indifférence aux stimuli perceptifs : il s'agit de 'rentrer en [s]oi' (Bérénice), comme 'dans une bulle' (Delphine) où on peut 'prendre le temps de penser' (Delphine), et où on a 'moins conscience de l'environnement extérieur' (Bérénice). Cet état permettrait de 'ressentir des choses pour de vrai' (Bérénice), à la condition d'abandonner une forme de contrôle :

« On en revient toujours au lâcher-prise. Je pense que c'est ça. Enlever les barrières, faire tomber les barrières qui font que je peux m'exprimer de façon libre. » (Amanda)

Les 'barrières' ici évoquées correspondent aux mécanismes de défense contre les affects douloureux. La parole est rendue possible par l'état d'attention intense et la projection des affects sur les représentations externalisées.

La position de réceptivité et d'observation permet d'être confronté à des représentations qui évoluent spontanément, montrant parfois 'des images que je ne connais pas' (Bérénice). Le matériel inconnu déclenche un questionnement sur son origine —'on se demande à quoi ça sert, qu'est-ce que ça signifie' (Bérénice)— et pointe vers un processus où c'est peut-être 'l'inconscient qui travaille' (Amanda) :

« "Est-ce que c'est moi qui crée cette image sur l'écran ?" C'est moi, mais c'est un moi auquel j'ai pas accès, qui n'est pas contrôlé. » (Amanda)

Cette zone non-contrôlée de soi recèle donc une certaine connaissance *sur* soi, et la transmet par le biais des représentations. La spontanéité du processus implique un risque d'être confronté à des perceptions perturbantes, ce qui amène parfois au retour d'une 'forme de contrôle, parce qu'il y a cette peur de "qu'est-ce qui va ressortir ?"' (Bérénice). Le relâchement, qui semble faciliter le flux associatif, est facilité par la posture d'un thérapeute accompagnant, sans désir manifeste :

« J'ai compris que vous n'attendiez pas de chose spécifique de moi, il n'y a pas un résultat ou un objectif. » (Amanda)

Les phénomènes observés sont perçus comme autonomes, comme 'un mécanisme qui répond lui-même aux questions' (Emma). Ayant une relative séparation avec le sujet, les parties de soi ainsi objectivées seraient analogues à des personnes, détentrices d'un savoir propre sur le sujet : 'elles en savent infiniment plus que nous' (Emma).

Le *désamalgame* des parties, souvent notable par l'utilisation de la troisième personne, semble ainsi ne pas être qu'un artifice de langage, mais mettre en jeu un mécanisme d'identification projective sur des objets internes. Cette dissociation d'une part de soi, dans le cadre d'un état de conscience qui évoque la transe hypnotique, permettrait la levée de mécanismes de défense et le retour de représentations refoulées.

3. Un dialogue avec ce qui est en profondeur

La personnification des parties, qui 'se détachent, sous la forme d'images ou de personnages' (Bérénice), permet d'établir un dialogue entre le sujet et des parties de lui-même. Le processus implique la conduite simultanée de deux formes de dialogue : un dialogue externe avec le thérapeute, et un dialogue interne avec les facettes de sa personnalité. Cette analogie entre dialogues externe et interne — 'un dialogue intérieur avec les différentes parties de moi, [...] comme vous et moi, là, maintenant' (Bérénice) — est le fondement de l'application des outils de la thérapie familiale systémique aux processus intrapsychiques. Dans l'extrait suivant, la même participante explicite l'utilisation des outils relationnels dans la dynamique thérapeutique :

« Détacher ces différentes parties de soi permet de rentrer en contact avec eux, et d'aller dialoguer, pour savoir quelles sont leurs fonctions, et éventuellement savoir si elles doivent ou non continuer à avoir cette fonction-là, qui peut être limitante, dans notre manière d'être en tant qu'entité globale. » (Bérénice)

L'exploration des 'fonctions' des parties résonne avec l'exploration des *rôles* familiaux que des individus peuvent être amenés à porter, de manière rigide, en situation de stress familial. Les questionnements touchant aux rôles ou aux ressentis d'une certaine part de soi — lorsqu'ils sont adressés à l'individu lui-même ou à une *autre* partie — constituent des *questionnements circulaires*. Cet outil, introduit et développé par l'équipe de Boscolo et Cecchin en thérapie

familiale, a largement diffusé dans le champ systémique. Comme le dit Cassanas, ‘le questionnement circulaire facilite le processus de description des enjeux émotionnels familiaux’ ; il permet à chaque membre de ‘percevoir la position qu’il occupe pour d’autres, et celle que les autres occupent pour lui’.⁶³

La distribution des rôles montrée par les questionnements des parts de soi révèle une structure relationnelle interne, qui répond à une organisation *spatiale*. Le processus exploratoire est décrit comme un cheminement dans des lieux successifs. En effet, l’initiation de la séance correspond à ‘une sorte de sas’ qui permet de ‘rentrer en [s]oi’ —un espace séparé de la ‘réalité’ (Bérénice). L’accès aux représentations imagées permet ensuite d’interagir successivement avec divers ‘personnages’ au fur et à mesure de l’introspection, ‘ça fait un peu comme un labyrinthe où on avance pas à pas’ (Amanda). Ce labyrinthe mène à ce qui est en ‘profondeur’, et qui est assimilé à ‘l’inconscient’ : ‘c’est limite “je suis là et pas là en même temps”’ (Amanda). Cette zone, qui semble correspondre davantage aux représentations *préconscientes* qu’à l’inconscient freudien à proprement parler, est perçu comme détenteur d’une altérité : ‘ça fait partie de moi, c’est pas moi... [...] je sais pas comment l’expliquer’ (Emma). Dans cette zone, il est possible d’accéder à une connaissance encore inconnue, de ‘découvrir plein de choses qui étaient là mais que je connaissais pas’ (Emma).

La découverte, par introspection, d’une connaissance sur soi est générateur de confusion et d’une remise en question du self-concept. Les participantes tentent de concilier les conceptions d’elles-mêmes en tant qu’être à la fois individuel, et être multiple :

« "Est-ce que c'est extérieur à moi ?" Non, c'est à moi, c'est une partie de moi. Mais que toutes ces parties fassent un moi complet, j'ai beaucoup de mal à le comprendre. »
(Bérénice)

La définition du ‘soi’ serait ainsi une question *d’attribution* des représentations. L’extrait précédent illustre que ce qui est *à soi* serait l’ensemble des représentations qui se situent *à l’intérieur*, contrairement au non-soi, situé *à l’extérieur*. À l’intérieur ou à l’extérieur de quoi ? Sans pouvoir identifier clairement une ‘limite’ —si ce n’est de manière métaphorique dans le discours des participantes (le ‘sas’ de Bérénice)— il semble que le monde *perceptif* soit celui de l’extérieur, et que le monde *représentatif* (imagerie mentale, pensées) soit celui de l’intérieur. La

confusion proviendrait précisément du fait que le processus thérapeutique introspectif amène à observer, à *l'intérieur*, des représentations habituellement externes (i.e. la personne qui me juge et que je redoute n'est pas un autre, mais un aspect de moi-même) —permettant ainsi d'identifier ses projections, qui *appartiennent* au soi mais ont été plaquées sur des objets externes.

b. Axe 2 — Un travail bref et intense de connaissance de soi

Ce deuxième axe d'expérience est divisé en deux thèmes : une pratique envahissante qui s'autonomise ; et une thérapie brève, dont les objectifs sont questionnés.

4. Une pratique envahissante qui s'autonomise

Plusieurs participantes évoquent l'aspect 'drainant émotionnellement' (Amanda), 'hyper énergivore' (Bérénice) du travail sur soi mené durant les entretiens thérapeutiques : 'j'ai jamais été autant fatiguée de toute ma vie' (Bérénice). Les participantes qui ont un suivi parallèle évoquent une fatigue inhérente au processus introspectif, comparé à ce qu'elles nomment 'l'approche classique' (Amanda) ou 'la psychanalyse' (Emma) : 'simplement en ressassant [...] on n'a pas forcément de réponse aussi claire qu'en étant en introspection sur soi-même' (Emma).

D'autre part, le travail est décrit comme 'extrêmement envahissant' (Bérénice) : le processus amorcé se poursuit de manière autonome, sous la forme d'une imagerie mentale spontanée accompagnée d'un dialogue —ici décrit comme une conversation avec la voix du thérapeute :

« Toutes les nuits [...] dès que mon cerveau n'est plus en activité [...], j'ai plein d'images qui arrivent. J'entends même votre voix, alors du coup je vous réponds. Je m'endors, il est 4h du matin. » (Bérénice)

Cette 'voix' est à prendre au sens d'une représentation internalisée du thérapeute (donc analogue à une part du moi), et non d'une hallucination acoustico-verbale. D'autres participantes évoquent également la poursuite du travail en-dehors des séances : 'c'est un exercice que j'ai moi-même appliqué, comme ça, de temps en temps, de mon côté' (Delphine), aboutissant à une pratique autonome du dialogue intérieur, qui est alors envisagé comme un exercice de gestion des émotions : 'parfois ça a permis de me calmer, parfois ça a permis de me poser des questions à moi-même et de relativiser certaines choses' (Delphine).

La perspective de ‘refaire la même chose, seule’ (Amanda) évoque l’autonomisation du processus réflexif initié par le thérapeute. Le sujet intègre la posture du thérapeute dans son univers intérieur, sous la forme d’un dialogue. Initialement perçu comme un échange entre le sujet et une entité extérieure —‘la voix du thérapeute’— ce dialogue est graduellement intégré par le sujet comme une manifestation de son propre psychisme. La participante qui se sentait ‘envahie’ et dialoguait avec ‘la voix du thérapeute’, décrit ultérieurement : ‘aujourd’hui, je l’entends plus du tout, et en fait, je m’entends moi, me poser des questions’ (Bérénice) —ce qui s’apparente à une *introjection* de l’image du thérapeute, intégré au moi.

Ce travail réflexif consiste à ‘s’occuper’ (Claire) des parties de soi, transformant peu à peu le self-concept : ‘avant, à l’intérieur, c’était un magma infâme, tout était mélangé’ (Claire). Graduellement, le travail permet de ‘clarifier ma vision de moi-même, de mes sentiments’ (Claire). Il en résulte une *actualisation* : ‘l’intérêt est de mieux me connaître, j’ai vu les différentes parts de moi —la colère, la haine, la loque...’ (Claire). Ce qui engendre ‘des remises en question’, qui sont ‘bénéfiques’ et permettent de ‘réajuster les choses’ (Emma).

Ces connaissances sur soi confèrent un nouveau caractère de vérité au self-concept : l’outil réflexif introspectif serait comme un ‘miroir’ révélateur d’une ‘image qu’on se renvoie’ à soi-même (Delphine). De manière surprenante, malgré l’utilisation de ces termes, qui sous-entendent un processus *représentatif*, la même participante affirme alors observer ‘la réalité’ (Delphine). Cette ‘réalité’ du soi correspondrait à une relation particulière à ses représentations : lorsqu’on observe ‘ce qui se passe à l’intérieur’, il n’y a ‘que du vrai’ et ‘on peut plus rien masquer’ (Delphine). Cet abandon du ‘masque’ correspondrait à une levée des mécanismes de défense. Levée qui préfigure le contact avec les parts de soi souffrantes, porteuses d’angoisse —comme on peut s’y attendre : ‘ça fait peur’ (Delphine).

5. Une thérapie brève, pour quels objectifs ?

Un suivi hebdomadaire semble convenir aux participantes. Après avoir ouvert certains sujets en séance, il y a nécessité de retourner voir suffisamment rapidement les parts de soi abordées afin de poursuivre le dialogue : ‘quand on est passé à toutes les semaines, c’était mieux, parce que ça permettait de les re-déballer assez vite’ (Emma). La métaphore de l’empaquetage semble traduire

une possibilité de *contenir* les affects abordés, tant qu'existe la perspective d'une continuité rapide du travail : 'une fois par semaine, c'est bien' (Claire).

Concernant la durée prévisible du travail thérapeutique, les participantes expriment une ambivalence entre le souhait d'un travail bref —'peut-être 6 mois, 1 an...' (Claire)— et la peur de rompre le lien thérapeutique trop tôt. Une participante évoque avec émotion son questionnement "'Est-ce que je suis partie pour 10 ans à faire ça ?'" C'est la grande angoisse [rit]' (Bérénice), et une autre, également avec une expression émotionnelle marquée, exprime son incertitude :

« Je sais pas, franchement, pour la suite, je sais pas [pleure]. C'est assez flippant en fait. Est-ce que je me dis "ça suffit", en fait moi je sais pas si ça suffit, j'en sais rien, comment savoir en fait ? Franchement j'en sais rien. » (Delphine)

L'expression émotionnelle marquée, associée à la répétition des termes employés, traduit l'absence de critères *objectifs* pour cette décision. En effet, le format thérapeutique est plutôt lié aux objectifs fixés et aux effets attendus du suivi. La confusion et l'émotion sont peut-être précisément liées à la difficulté de fixer un tel objectif, en raison du caractère changeant et évolutif des attentes, à mesure que le travail apporte de nouvelles connaissances à propos de soi-même. En réponse à l'angoisse générée par ce questionnement, la réflexion sur les effets du suivi devient parfois opératoire : 'Quel intérêt de continuer sur des années, ça voudrait dire que ça a pas marché avant ?' (Amanda). L'indication de l'arrêt du suivi serait alors l'atteinte des 'effets escomptés' (Amanda).

Mais comment définir les 'effets escomptés' ? Cette question est intriquée à la définition subjective des troubles : 'la grande question, c'est de savoir de quoi je souffre' (Bérénice). Chez cette participante, l'expression symptomatique est parlante, mais ne suffit pas à donner une *définition* de sa souffrance :

« Les boulimies c'est facile parce que c'est très concret. Enfin, c'est l'acte qui est concret. Mais qui dit "être guéri", se pose la question de "je suis malade de quoi, en fait ?" [rit] » (Bérénice)

Le raisonnement de cette participante suggère que l'amendement des symptômes n'est pas *suffisant* pour parler de 'guérison'. La polarisation entre maladie et guérison ne trouve pas de

réponse immédiate, et amène à une réflexion —en dehors d'une nosographie médicale ou psychiatrique— sur la définition subjective du bien-être. Dans l'extrait suivant, une autre participante élabore autour du travail d'exploration de soi :

« En fait la question elle est là : "qu'est-ce que c'est que d'aller bien". Et moi quand j'avais l'impression d'aller bien, c'est que je me posais pas de question, sur "est-ce que je vais bien, est-ce que je vais pas bien". J'allais bien. Et un rien me rendait heureuse. Aujourd'hui je suis dans une sur-réflexion sur tout. » (Delphine)

Cet extrait illustre une vision de la personnalité en différentes *strates*. L'utilisation des termes 'j'avais l'impression d'aller bien' reflète une première version du self-concept, qui a été subitement remise en cause, chez cette participante, par l'irruption de l'épisode dépressif caractérisé. Sa description d'elle-même évoque une personne légère et insouciante —en contraste avec les récits d'événements traumatiques (plusieurs épisodes d'agressions sexuelles durant l'enfance). Ainsi, la personnalité aurait élaboré un ensemble de mécanismes de défense efficaces permettant la poursuite du fonctionnement psychique —mécanismes de défense qui se révèlent insuffisants lors de la survenue d'un abandon réel (séparation brutale d'avec le père de ses enfants, abordée durant le suivi). Le nouveau self-concept ne peut plus s'appuyer sur cette 'impression', et reflète une personne tourmentée, dans la 'sur-réflexion sur tout'. La posture est ambivalente par rapport au suivi thérapeutique : celui-ci, bien qu'apaisant, est source de nouveaux questionnements qui pourraient entraver le bien-être, considéré dans sa première acception. La prise de conscience du matériel jusque-là dissimulé par les 'impressions' est en tension avec le désir de retour à l'état antérieur, lorsque 'je me posais pas de questions'.

c. Axe 3 — Clivage et réconciliation

Ce troisième axe explore la survenue, dans le cadre thérapeutique, de sensations désagréables et d'un malaise, correspondant à une volonté d'écarter hors de la conscience les représentations liées à des affects désagréables, souvent en lien avec des événements traumatiques. Ces événements sont associés à un *clivage* de la personnalité, au sens de la séparation du 'moi' en plusieurs instances qui peuvent soutenir simultanément des représentations contradictoires, et sont activement en conflit (*polarisation*).

Les parties clivées du moi, écartées, peuvent progressivement être réassimilées au moi, lorsque les participantes cessent d'avoir recours à l'évitement expérientiel, et ressentent activement les affects qui ont été exclus, exilés. Elles décrivent de manière métaphorique un processus dynamique de libération de *fardeaux* (émotions désagréables, rôles forcés) portés par les parts d'elles-mêmes souffrantes, permettant d'aboutir à une réconciliation intrapsychique entre les différentes parties polarisées.

6. Malaise et évitement expérientiel

Les participantes décrivent un évitement expérientiel en rapport avec la symptomatologie qui les a amenées à consulter. Elles mentionnent, lors de la survenue d'une émotion, des tentatives pour en détourner l'attention —'je vais pas voir ce qui se passe' (Amanda)— ou pour 'l'annihiler, le plus rapidement possible' (Bérénice). De plus, elles établissent un rapport de causalité entre cette attitude et la symptomatologie : 'j'ai des boulimies aussi *parce que* j'ai du mal à explorer mes émotions' (Bérénice). Une participante détaille le 'mécanisme' de son 'trouble alimentaire', qui a pour 'rôle' de la 'calmer', afin 'de ne plus penser à ce qui va pas' (Amanda). Une autre participante évoque une 'peur', puis explique que 'voir ses émotions de manière intense, c'est toujours angoissant' (Delphine). Se référant à 'l'angoisse', elle explique qu'avant le suivi, 'il fallait qu'elle s'arrête', et explicite sa stratégie : 'quand je suis arrivée, tous les soirs, je buvais pour l'oublier' (Delphine). L'alcool n'a pas ici de caractère spécifique, et sa fonction peut également être remplie par les médicaments psychotropes : se référant à son traitement antidépresseur et anxiolytique, elle poursuit en décrivant son intention : 'j'avais besoin de m'abrutir la tête, l'esprit, parce que je supportais pas d'avoir une pensée' (Delphine).

Ces différentes participantes se placent donc dans une perspective psychodynamique, en attribuant une fonction défensive à leurs symptômes —une part d'elle serait porteuse d'une souffrance intolérable, et elles ne voient pas d'autre choix que d'utiliser diverses stratégies pour anesthésier cette souffrance. Dans le vocabulaire IFS, ces défenses sont envisagées comme des *parts réactives*, et le thérapeute va s'attacher à questionner *l'intention* que porte la part de soi en question. Étant donné que l'intention est 'positive' (la protection contre un affect d'angoisse ou de douleur), cela permet d'effectuer un *recadrage* des conduites impulsives. En systémie et

dans le champ des thérapies brèves, un recadrage positif est une manière de reformuler un comportement : le thérapeute fournit une interprétation qui assigne une *intention positive* aux comportements symptomatiques.⁶⁴ Ceci permet ainsi de réduire la *polarisation* à l'égard du symptôme —diminuer l'attitude de rejet et de lutte contre ces comportements ainsi que la charge de culpabilité —tout en valorisant les ressources et les compétences.

Une participante décrit la fonction défensive de l'évitement émotionnel : 'quand j'étais pas dans l'observation de mes émotions, j'avais *l'impression* que tout allait très bien' (Delphine). Le mécanisme de défense trouve toutefois ses limites dans le retour cyclique des affects angoissants —on pourrait dire un *retour du refoulé* : 'tout allait très bien jusqu'à un moment d'explosion' (Delphine). L'évitement et la recrudescence symptomatique alternent de manière répétée, jusqu'à un épisode de chronicisation de l'anxiété, sous la forme d'un épisode dépressif caractérisé : 'là, l'explosion, en fait, elle est restée' (Delphine). L'inefficacité du mécanisme de défense par évitement est donc patente sur le long-terme, et peut même, dans une perspective systémique, contribuer à l'intensification des affects évités :

« En réprimant les émotions —je pense surtout à la colère— plus j'essaye de réprimer la colère, plus je me rends compte qu'elle grandit. » (Bérénice)

Toutefois, la prise de conscience, au cours du suivi, de la causalité circulaire (auto-entretien de la symptomatologie par les attitudes défensives), amène un questionnement sur la pertinence de poursuivre les stratégies habituelles. Ainsi, une participante développe une attitude ambivalente par rapport à son traitement psychotrope : 'je ne sais pas si c'est dû à la thérapie, mais j'ai senti la puissance des médicaments que je prends' (Claire). Durant le suivi, cette participante exprimait initialement le souhait de maintenir un fort traitement anxiolytique et antidépresseur —partiellement efficace pour soulager son anxiété— mais le perçoit ensuite comme 'quelque chose d'extérieur' qui la rend 'ralentie', de manière indépendante de son 'état psychologique' (Claire).

Explicitant leur ambivalence, les participantes mettent l'emphase sur la difficulté à se confronter à certains ressentis émotionnels. Lorsqu'elles tentent de porter attention à leurs ressentis émotionnels, surviennent alors des 'sensations' corporelles de malaise —'ça a bloqué' (Amanda)—, un 'parasitage' par des 'jugements' (Bérénice), la survenue d'une 'angoisse' (Claire) ou encore

des difficultés attentionnelles, comme illustrées dans l'extrait suivant par une participante, pour laquelle un TDAH a été diagnostiqué :

« Quand on aborde quelque chose, il y a autre chose qui se manifeste. Et quand on veut se pencher sur cette chose-là qui se manifeste, eh bien c'est encore autre chose qui se manifeste. Ou simplement y a plus rien, aussi, d'un seul coup. Jusqu'à ce qu'autre chose se manifeste. » (Emma)

Néanmoins, l'évitement émotionnel pourrait précisément indiquer la direction dans laquelle le travail thérapeutique doit se poursuivre : 'j'ai l'impression que plus on allait dans l'essentiel, en fait, plus je me bloquais' (Amanda). Ce qui illustre le rôle des résistances : adapter le rythme du processus thérapeutique au système défensif du sujet.

Ainsi, le processus thérapeutique porte la perspective d'explorer l'émotion perturbante, et d'y associer d'autres éléments du vécu, si la démarche est réalisée de manière progressive, 'fil par fil' (Amanda). En abordant ce qu'évoque l'angoisse, il est alors possible de réaliser 'qu'il y a autre chose derrière', par exemple 'cette fameuse solitude, cette peur', et qu'il y a donc 'des émotions à l'origine de tout cela' (Amanda).

Ceci amène à remettre en cause l'utilité de l'évitement. L'extrait suivant montre le développement d'un questionnement sur la signification d'une représentation jusqu'alors évitée, prenant l'apparence d'une 'femme enfermée dans un puits' :

« J'avais cette image. Et cette image était hyper forte pour moi. Je me suis demandé si c'était moi —imagée, hein— à une période de ma vie, ou pas, si c'est maintenant... "Qu'est-ce qu'elle représente ?", "Est-ce que c'est la souffrance que je veux pas voir et que j'ai empaquetée pour éviter qu'elle se libère ?", "Qu'est-ce qui va se passer si je la libère ?", etc. » (Bérénice)

La juxtaposition des différentes questions que se pose la participante montre la fertilité du processus d'élaboration, lorsqu'il devient possible de se confronter aux représentations perturbantes. Ainsi, lorsque le *désamalgame* permet de projeter les affects intolérables sur une part de soi, vue comme un objet externe, les mécanismes de défense diminuent en intensité, et l'évitement peut laisser place à une confrontation avec le ressenti.

Lorsque l'anesthésie affective se lève, ce qui survient est, comme attendu, pénible et douloureux. Dans l'extrait suivant, une participante décrit le retour de sensations douloureuses en rapport

avec le décès de son fils — un des événements significatifs liés au déclenchement de son syndrome dépressif. Elle mentionne également le retour d'autres types de sentiments, en particulier, l'amour :

« Ça me permet [...] de retrouver des sentiments, d'ailleurs. Parce qu'en fait, je n'en avais plus, non plus. De la douleur, vis-à-vis de la mort de mon fils. C'était presque éteint, c'était presque quelque chose de mort. De l'amour pour ma fille — bien que je n'aie pas encore réussi à lui montrer. » (Claire)

Cet extrait illustre la non-spécificité de l'anesthésie affective qui prend place dans la dépression. En *recadrant* ce symptôme avec une intention positive (protéger de la douleur du deuil), la balance entre l'avantage et le *coût* du symptôme devient apparent. Il devient alors possible de *prendre la décision* de ressentir, avec davantage de sécurité, l'émotion douloureuse. Le symptôme perd son utilité, et l'anesthésie n'a plus de raison d'être. Dans la 'thérapie orientée vers les solutions', une forme de thérapie systémique brève, la démarche thérapeutique n'est pas focalisée sur la diminution du symptôme, mais vers la mobilisation des *ressources* intrinsèques.⁶⁵ En IFS, et dans la lignée des thérapies basées sur la théorie de l'attachement — e.g. la thérapie des schémas qui travaille également avec la multiplicité du psychisme — c'est directement l'exploration *sécurisée* des affects traumatiques qui permet un amendement du symptôme, et les ressources redeviennent mobilisables spontanément, comme un 'effet secondaire' du processus : ici, le sentiment d'amour.

7. Externalisation des parts souffrantes

Cesser d'utiliser l'évitement expérientiel et accepter de ressentir des émotions dites 'négatives' permet de reprendre contact avec des événements passés, en particulier des souvenirs qui portent une charge émotionnelle importante. Une participante, qui a été victime de plusieurs agressions sexuelles durant l'enfance, explique qu'elle a pu 'rouvrir le chapitre de l'enfance' et prendre contact avec 'les événements de mon enfance que je ne regarde jamais' (Delphine). Utilisant une métaphore de dissimulation, elle décrit l'abandon de l'attitude d'évitement : 'cesser de mettre la poussière sous le tapis, encore une fois' (Delphine). La poussière s'accumule, avec le temps ; il faut un jour soulever le tapis, et nettoyer. La phrase suivante traduit la position charnière, dans son changement d'attitude face à ces événements :

« Ça m'a permis de comprendre que même si je le cachais, en fait je me le cachais pas. » (Delphine)

Un aspect notable de cet extrait est la description de deux attitudes face à un événement : 'je le cachais' et 'en fait je me le cachais pas'. La question se pose de savoir si 'je le cachais' renvoie à la relation aux autres, dans le sens d'une dissimulation de l'événement à ses proches, ou bien à la relation à elle-même. La métaphore utilisée oriente vers la deuxième hypothèse : en 'mettant la poussière sous le tapis', la participante décrirait la manière dont une représentation, liée à un événement traumatique précoce, aurait été dissociée, en privant ainsi l'accès au moi conscient. La composante fortement traumatique de ces événements, porteurs d'affects trop intenses et incompréhensibles pour pouvoir être intégrés de manière cohérente au 'moi' en développement, a entraîné leur séparation d'avec le reste de la personnalité, constituant ainsi un *clivage*. Il ne s'agit pas ici du *clivage du moi* classiquement décrit dans la structure psychotique, mais du *clivage de la personnalité*, un concept introduit par Janet, et repris dans les premiers travaux de Freud. Il s'agit d'un mécanisme de défense par dissociation, ciblant les représentations inconscientes éveillant des affects trop pénibles.⁶⁶

Lorsqu'elle décrit sa manière d'être en relation avec ces représentations, elle évoque un dialogue avec elle-même : 'je me suis dit que'. On comprend donc que quelque chose s'adresse, depuis *un certain lieu* de son psychisme, à un *autre lieu* qui porte les représentations traumatiques. Elle poursuit en déclarant 'je me suis dit que de toute façon ça faisait partie de ma vie, et que c'était comme ça et voilà' (Delphine), évocateur d'une figure surmoïque parentale, qui aurait pour rôle de contenir les affects trop intenses. Dans le langage IFS, on lit ici l'évocation d'une relation entre une part adulte *protectrice* (incarnant les mécanismes de défense) qui s'adresse à une part enfant *exilée* (porteuse des affects traumatiques dissociés ou refoulés).

La métaphore de la dissimulation est également employée par une autre participante, victime d'attouchements sexuels durant l'enfance. Évoquant des pensées et souvenirs 'sombres', elle explique les avoir 'rangés', 'derrière des portes', et 'dans des tiroirs' (Amanda) :

« Peut-être des pensées plus sombres, que j'ai, ou des souvenirs sombres, ou des choses comme ça. Je pense que pour être dans un souci d'honnêteté avec moi-même, me dire "bon ça existe", ou "telle chose existe" ou "telle chose s'est passée", et qu'est-ce que j'en fais ? Parce que je pense que je range un peu ça derrière des portes, ou dans des

tiroirs, et c'est pas comme si j'avais traité la chose. C'est juste qu'elle est rangée. »
(Amanda)

Là aussi, la relation à soi-même est évoquée, sous la forme d'un 'souci d'honnêteté avec moi-même'. Il s'agit de 'se dire' à soi-même que 'ça existe' ou que 'ça s'est passé', mais se pose ensuite la question de 'qu'est-ce que j'en fais ?'. En effet, il y a une différence entre réellement 'traiter' de telles représentations, ou simplement les 'ranger'. On lit ici les préoccupations, toujours d'une partie d'apparence surmoïque, pour 'en faire' quelque chose, à partir de ces représentations porteuses d'affects intenses, qui avaient été 'rangées'. D'autant plus que porter attention à ces choses, les sortir de leurs tiroirs, fait revenir de manière présente et vivante ces affects : 'ça revient en tête, c'est comme si je les ressentais, là, à cet instant-là, c'est pour ça que c'est éprouvant' (Amanda).

Toujours dans la métaphore de la dissimulation, une autre participante décrit un mécanisme de défense par clivage et refoulement 'des choses qu'elle ne veut pas voir'. La participante apporte une analyse détaillée des processus dynamiques mis en jeu, dans l'extrait suivant :

« Alors, moi j'externalise les parties de moi, je pense, un peu comme une excuse des choses que je veux pas voir. En gros "c'est pas moi". Bon, c'est moi, mais "c'est pas moi". Donc je vois un peu, en ce moment, ces choses-là apparaître. Moi "je suis sympa, je suis gentille", et tout le côté négatif, c'est à l'extérieur de moi, c'est une autre personne. Donc, c'est bien une excuse, quoi. C'est le rejet de la partie obscure de moi-même. » (Bérénice)

La description de cette 'externalisation' des choses 'négatives', considérées comme 'une autre personne', correspond à la projection des parties de soi clivées. Ici encore, la juxtaposition de 'c'est moi' et de 'mais c'est pas moi' montre la coexistence de deux aspects contradictoires au sein de la personnalité. Elle décrit précisément son *identification* au *bon moi*, qui est 'sympa', 'gentille', et le refoulement du *mauvais moi*. Plus tard, la même participante rapporte 'l'impression d'être possédée, que quelque chose contrôle' (Bérénice). Il peut alors s'agir d'une manifestation du retour des parts refoulées. Pour le dire avec Maes : 'Il n'y a pas un moi à la fois bon et mauvais, mais deux moi, dont l'un est refoulé. Or, comme on le sait, le refoulé finit toujours par remonter, sous une forme éventuellement symbolique'.⁶⁷ Le processus thérapeutique permet donc —en abandonnant l'évitement expérientiel dans le cadre sécurisé de la relation

thérapeutique— de laisser revenir à la conscience les représentations clivées puis projetées ou refoulées, ou bien en termes IFS : *exilées*.

Le retour de ces représentations met en jeu un processus créatif. La même participante déclare visualiser ‘une image que je ne connaissais absolument pas’. Elle précise que ‘c’est pas un souvenir’, et détaille une production spontanée de son imagerie mentale :

« En rentrant en moi, il y a eu une sorte d'image, sur une femme qui était tout au fond d'un puits, attachée au mur, plutôt avachie, frêle, avec la tête dans les mains, complètement recroquevillée, sans aucune possibilité de sortir. » (Bérénice)

Après cette prise de contact, des représentations encore non-accessibles à la conscience, associées à des affects ‘négatifs’, sont mises en relation avec la part de soi ainsi visualisée. La même participante évoque tout d’abord son premier mouvement relationnel de recul —‘elle me fait peur’ (Bérénice)— puis expose ses réticences à prendre contact avec cette image : ‘ce qui me fait peur, c’est pas elle, mais savoir ce qu’elle représente’ (Bérénice). Elle envisage des conséquences inquiétantes : ‘si jamais je la libère, qu’est-ce qui va se passer ?’ (Bérénice). Dans le discours de la participante, on note une séparation franche entre elle et cette représentation, une partie d’elle qu’elle désigne à la troisième personne, et avec laquelle elle envisage des enjeux relationnels analogues à ceux qu’elle pourrait avoir avec une personne du monde ‘réel’.

Le retour des représentations refoulées est toutefois partiellement autonome. Le matériel refoulé semble avoir tendance à ‘remonter’ à la conscience (ce qui est la raison d’être des mécanismes de défense). L’extrait suivant illustre la polarisation entre la part *protectrice*, qui ‘tente’ de ‘masquer’ les représentations perturbantes, et la part *exilée*, qui semble se manifester de manière autonome :

« Je réalise que des choses que j'ai tenté de tasser, que j'ai tenté de masquer, que j'ai mis derrière moi, ben en fait, je les ai mises sous le tapis, et à un moment donné ça ressort. » (Delphine)

L’utilisation du démonstratif ‘ça’ évoque l’absence de contrôle conscient sur ces représentations. La métaphore des ‘parties de soi’ est alors particulièrement efficiente : tout se déroule comme si la partie clivée et exilée disposait d’une volonté propre, et cherchait à ré-accéder à la conscience. Alors même qu’une compréhension intellectuelle du processus fait défaut —‘pourquoi je les ai

planquées, je sais pas’—, témoignant de l’efficacité du refoulement, cette participante explique être dorénavant dans une nouvelle démarche relationnelle avec ces représentations : ‘je les vois, et maintenant, j’essaye de les accepter’ (Delphine).

Une autre participante, initialement clivée, évoque les perspectives ouvertes par le suivi. Initialement, elle mentionne deux postures contradictoires : connaître et ne pas connaître les raisons l’ayant amenée à ‘zapper’ le deuil d’un proche : ‘je sais pas pourquoi je l’ai zappé —enfin si’. Elle explique ne pas avoir ‘fait son deuil’, ce qui correspond ici à la persistance d’un évitement expérientiel des affects et représentations liées au proche décédé. Elle met ceci en contraste avec le fait d’y penser quotidiennement depuis plus de 4 ans, montrant ainsi la dissociation entre les sphères cognitive et affective. Puis elle décrit l’évolution du clivage, au cours du suivi : une prise de conscience intellectuelle —‘réaliser pourquoi j’avais pas fait mon deuil’ et ‘réussir à le comprendre’—, sensorielle —‘réussir à visualiser ça’—, et également émotionnelle —‘c’était particulièrement marquant et bénéfique’ (Emma). Une fois abandonnée la posture de l’évitement, ces différentes modalités de l’expérience peuvent enfin se conjuguer dans une représentation commune.

8. Métaphores de libération et de réconciliation

Après avoir identifié des affects et représentations conflictuels sous forme imagée, le processus thérapeutique amène à *développer une relation* avec les parts de soi ainsi individualisées. L’utilisation d’outils de la pratique systémique permet de développer un dialogue entre la personne et certaines parts d’elle-même (analogues à une ‘famille intérieure’), dissociées du moi lors du processus de visualisation. Les sous-sections qui suivent s’attachent à explorer les expériences de chaque participante individuellement, sous la forme de métaphores qui traduisent les transformations relationnelles qui ont lieu au sein de leur psychisme.

i. ‘Dorloter la loque’ (Claire)

Dès le premier entretien thérapeutique, cette participante visualise une part d’elle qu’elle nomme ‘la loque’. Cette part est vue comme ‘toute-puissante’ et porte un rôle organisateur dans la vie relationnelle. Elle est fortement liée à la symptomatologie dépressive. Dans l’extrait suivant, la

participante décrit l'aboulie et l'asthénie intenses, jusqu'à la perte de l'élan vital, incarnées par 'la loque' :

« "La loque", pour moi, c'est quand je suis complètement avachie : je fais juste le minimum vital et je me laisse aller le reste du temps. Je reste sur mon lit tous les après-midis, par exemple. Je n'ai pas le courage de faire la cuisine pour ma fille. Par exemple cette semaine, on était dans les travaux, j'étais dans l'incapacité de ranger les affaires. Et psychologiquement, c'est quelqu'un qui est diminué, qui n'a plus de forces. Plus de volonté. »

Au cours des entretiens thérapeutiques, cette 'loque' va peu à peu apparaître intriquée dans des interactions avec plusieurs autres parts, en particulier une 'petite fille', qui est visualisée en train de 'jouer dans le jardin', évoquant une impression de 'paradis perdu'. La loque, interrogée sur sa relation à cette part infantile, révèle un rôle protecteur : elle souhaite que la petite fille 'reste bloquée' à cet âge-là, sans grandir, afin de la protéger de la souffrance, à savoir la 'déchirure' entre ses parents, puis la dépression de sa mère.

'La loque' est également polarisée dans une relation conflictuelle avec une autre part : 'le juge', qui cherche à 's'en débarrasser'. Lorsque la participante a pu cesser de s'identifier, se *désamalgamer* de la loque, tout autant que du juge, une autre part s'est spontanément manifestée : la culpabilité. Prenant la forme d'un 'nœud en corde dans le ventre', elle montre des images de son fils décédé. Le nœud lui dit : 't'aurais pas dû faire d'enfants'.

Progressivement, la loque se révèle comme un protecteur qui anesthésie la souffrance. Développer une relation avec cette part au cours des entretiens thérapeutiques permet de revisualiser les images traumatisantes du décès de son fils ainsi que du décès d'un de ses frères. D'autre part, la loque elle-même exprime pâtir du rôle qui lui incombe : elle se mésestime, se sent 'incapable', et dit avoir 'besoin d'amour'. Sa place si importante est liée à son rôle protecteur, non seulement par le refoulement des affects douloureux liés aux décès, mais également des affects douloureux de l'enfance et de l'adolescence (conflits familiaux importants avec violences intrafamiliales).

Les entretiens amènent graduellement à ressentir 'moins de mépris' dans la polarisation entre 'le juge' et 'la loque'. Alors qu'elle était amalgamée à la part 'juge' en début de suivi, qui cherchait à se débarrasser de 'la loque', la participante revient sur les changements dans son attitude à l'égard de cette part protectrice :

« Je l'ai dorlotée, je lui ai parlé, je l'ai mise en dehors de ma tête, en créant cette image de "la loque", une sorte de fantôme sans visage. Et, c'est drôle, elle n'est plus dans ma tête. »

Face à cette loque qui montre des images de difficultés relationnelles avec la mère, la participante apprend à la *reparenter*. Elle adopte elle-même une posture maternelle, et en vient à s'occuper de 'la loque' :

« C'est moi qui l'enveloppe, en quelque sorte. Elle est petite, et c'est moi qui l'enveloppe de mes bras. Et je lui dis des mots, comme "je t'aime", "tu peux compter sur moi", des mots comme ça. Mais au lieu d'être devenue envahissante, elle est devenue petite. »

La loque, enveloppée et dorlotée, laisse de la place à d'autres images : apparaît alors sa mère, à qui la 'petite fille' peut rendre un fragment d'une 'pierre lourde et noire', qui représente pour elle l'angoisse et la peur.

Pour cette participante, les affects dépressifs ont constitué un point d'accès vers une part d'elle, imagée sous la forme d'une 'loque', qui représentait les comportements en rapport avec la dépression. Cette part a progressivement révélé son rôle protecteur, par rapport à des affects douloureux de la vie adulte (décès de proches) et de l'enfance (conflits familiaux). Reparenter et s'occuper elle-même des parts souffrantes ouvre de nouvelles perspectives : 'J'espère que ça me permettra de m'aimer un peu plus. C'est pour ça que je le fais'.

ii. 'Libérer la femme du puits' (Bérénice)

Cette participante initie le suivi avec des préoccupations autour de sa colère qui est intense, envahissante, et non spécifique, et des conséquences relationnelles négatives associées. Elle visualise initialement une part d'elle sous la forme d'une adolescente, polarisée avec une part 'rationnelle' qui cherche à l'écartier, sous la forme d'une 'main' qui la serre au niveau du plexus. Lorsqu'elle se désamalgame de ces deux parts, elle accède à une nouvelle image —la femme du puits, mentionnée dans la section précédente. Cette part apparaît comme 'une femme vieille, amaigrie, au fond d'un puits, avec une chaîne, et une grille au-dessus, qui se tient la tête entre les jambes'.

La femme du puits va rester inaccessible à toute relation durant la première phase du suivi thérapeutique. Durant cette phase, la participante développe une relation avec le personnage de la colère, qui lui fait prendre contact avec des souvenirs d'exclusion. La proposition du thérapeute de 'retourner voir la femme du puits' est rejetée par la participante, qui abordera alors, à mi-parcours dans le suivi, un questionnement sur l'autonomie et la dépendance à l'égard du thérapeute. Suite à cela, elle exprimera son désir de 'la libérer', tout en exprimant immédiatement une ambivalence —'non, peut-être pas !'. Elle décide d'une 'première étape : retourner la voir'.

Progressivement, la femme du puits, qui se présente également à certaines séances comme 'au fond des égouts', montre des images de conflits conjugaux. Mise à l'écart, elle avait été 'punie' par 'la juge', pour 'nous avoir mises en danger' au cours de cette relation passée. On note l'utilisation spontanée de la première personne du pluriel, qui traduit une fois encore la représentation des parts de soi comme des individus indépendants, avec qui il est possible d'entrer en relation au même titre qu'avec des individus du monde 'réel'.

Dans l'extrait suivant, la participante décrit l'évolution de sa relation avec 'la femme du puits' et ses perspectives :

« Bérénice : Je l'ai libérée. Elle est moins isolée.

Chercheur : Quel effet ça a ?

Bérénice : Une sorte d'espoir, d'espérance. De la réhabiliter. Que les autres parts de moi lui pardonnent. Et qu'elle retrouve sa place. Qu'on lui redonne notre confiance.

Chercheur : Et ça aura quel effet ?

Bérénice : Une certaine forme de —je sais pas si le mot existe [rit]— de complétude. »

On observe ici comment un épisode conflictuel a mené à l'exclusion des aspects du moi imputés dans la mise en situation de vulnérabilité. Après avoir pu cesser de s'identifier à la culpabilité et au jugement, il est devenu possible de développer une relation avec la partie exclue. Ce qui donne la perspective d'un regain de confiance, et d'une modification de l'image de soi : initialement fragmentée, la personne pourrait retrouver un sentiment d'unicité, de 'complétude'. Ce terme

capte à lui seul les perspectives que donne l'approche IFS : non pas une fragmentation de la personnalité, comme on pourrait le craindre de prime abord, en raison de la métaphore de la multiplicité du psychisme. Au contraire, par la reconnaissance d'une fragmentation déjà présente, il est possible d'envisager une réconciliation et de recouvrer un sentiment d'unicité du soi.

iii. 'Recoller les hémisphères' (Emma)

Cette participante prend contact dès le début du suivi avec de multiples manifestations visuelles et corporelles polarisées : une image de 'cerveau' qui contrôle, en conflit avec des 'ronces' de 'stress', amenant à un 'volcan prêt à exploser' de colère, qui laisse ensuite sentir un 'point douloureux dans le cœur'.

Le suivi, initié autour d'une problématique de gestion des émotions en lien avec un diagnostic de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), est marqué par le caractère 'fuyant' des parties identifiées : les images défilent et disparaissent lorsqu'elles sont au centre de l'attention. La frustration et l'impuissance ressenties par la participante face au caractère fuyant des images aboutissent à la prise de contact avec deux représentations douloureuses : les images d'une agression par l'un de ses frères, et le vécu douloureux du décès du père.

Graduellement, certaines manifestations reviennent d'une séance à l'autre de manière plus stable : en particulier une polarisation entre deux adversaires qui se ressemblent et qui luttent. Lors des séances, ils prennent la forme de 'deux barres dans la tête', puis 'deux gladiateurs', puis 'l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche'. Cette polarisation représente deux aspects de personnalité en conflit chez cette participante : contrôle *versus* lâcher-prise créatif.

Lorsque la participante se désamalgame de ces deux protagonistes, il la laissent accéder à une autre part : 'une petite fille triste et angoissée'. Le travail relationnel avec la part angoissée, 'qui empile les échecs', 'qui ne sert à rien', va permettre un nouveau dialogue entre les deux parts protectrices. L'extrait suivant illustre le processus de réconciliation entre l'aspect contrôlant, et l'aspect créatif :

« On a pu faire un travail de : l'hémisphère gauche, l'hémisphère droit, au lieu de se faire la gueule et se taper dessus, recommencent à se parler, et à se dire "tiens ça serait bien de faire un truc ensemble". Et en fait dans mon souvenir, et je me souviens comment je l'ai vécu, c'était particulièrement émouvant à voir parce qu'on aurait

vraiment dit une réconciliation de quelque chose qui était vraiment... ils vivaient vraiment séparément, quoi. »

Le travail ultérieur autour du deuil difficile consécutif au décès d'un cousin proche, associé à des vécus d'angoisse 'comme un trou noir immobile', mène à une sensation de relâchement, 'comme un truc qui se dégonfle'.

Le suivi thérapeutique s'achève alors que la participante prend contact avec différentes images d'elle-même à différents âges, qui se réunissent pour affirmer que 'oui, il s'est passé quelque chose lorsque j'étais enfant'. Face à cette ouverture, la participante décide de s'engager dans la poursuite d'un processus de psychothérapie. Dans l'extrait suivant, elle décrit les effets du suivi en insistant sur une synchronisation, 'en phase', avec elle-même :

« Je trouve ça particulièrement bénéfique. En fait on apprend... je me sens plus en phase avec moi-même. Moins dans l'ignorance. Plus connectée, plus à l'écoute, moins dans le défi tout le temps —entre ce que j'attends de moi parce qu'*on* doit l'attendre de moi, et ce que j'attends de moi parce que *je* dois l'attendre de moi. [...] Plus en phase avec ce que *je* peux faire, dois faire, réellement. »

La nuance entre ce que les autres doivent attendre d'elle, et ce qu'elle-même attend d'elle, montre le développement d'une écoute de ses propres désirs, où la source de motivation pour agir se déplace, depuis un locus externe ('la société, les autres') à un locus interne.

iv. 'Rendre un poids aux parents' (Amanda)

Cette participante démarre le travail avec un objectif de réduction de symptomatologie anxieuse (attaques de panique fréquentes). Elle prend contact avec 'un monstre vert' qui 'veut qu'elle profite', polarisé avec une 'fille de 20 ans' qui est 'sensible aux agressions', et qui 'porte une bosse de solitude sur le dos'. Les manifestations visuelles changent d'une session sur l'autre : lorsqu'elle reprend la relation avec la 'fille de 20 ans', celle-ci se montre désormais avec 'des chaînes qu'elle porte aux pieds'. Elle associe cela à des difficultés relationnelles avec sa mère, et va guider cette part d'elle pour rendre ces chaînes à l'image de sa mère. Comme abordé dans l'introduction, cette représentation maternelle introjectée peut constituer un outil de travail dans la perspective systémique : le concept d'*internalized other* correspond à ces images d'individus 'réels' avec lesquelles le sujet peut interagir dans son univers intrapsychique.

Ce processus de *déchargement* d'un poids, ou *fardeau*, est rendu possible par la relation collaborative que la participante a pu établir avec les différentes parties d'elle. A la source de cette collaboration, se trouve l'état désigné dans le corpus IFS sous le terme de *Self*, à savoir un état émotionnel où la personne n'est amalgamée à aucune part d'elle-même, et est disposée à accueillir avec empathie ce que les parts d'elle ont à lui transmettre. L'extrait suivant illustre l'empathie à l'égard de soi-même avec simplicité :

« Quand je les imagine, j'ai l'impression qu'il y a toujours quelque chose qui me fait avoir majoritairement de l'empathie pour eux, pour elles. Un détail ou une émotion que je ressens, comme la solitude, ou la colère, ou la peur, et en fait, comme c'est en moi forcément, le lien il est là. »

L'extrait montre la correspondance entre le processus d'identification —‘comme c'est en moi’— et la relation empathique. Cette posture relationnelle amène à un processus de *reparentage*. Le sujet est amené à développer une relation *sécuré* avec la part qui souffre, d'abord en écoutant son histoire et en reflétant avec empathie son vécu émotionnel difficile, puis en lui proposant de lui prodiguer soins et sécurité : lorsque la participante porte son attention vers le ‘monstre vert’ et écoute son histoire, celui-ci se transforme en ‘un petit garçon plein de solitude’, ‘qui porte un globe’. Elle peut lui proposer de quitter la scène visuelle dans laquelle il se trouve pour se déplacer dans un endroit et une époque de son choix (le petit garçon quitte la ‘maison’ et va ‘dans la nature’), et retrouver ainsi un sentiment de sécurité et de connexion.

Dans l'extrait suivant, la participante évoque le caractère vivant et détaillé de l'expérience visuelle interne. L'utilisation du démonstratif neutre ‘ça’ montre le caractère autonome des manifestations mentales, évocateur d'un processus d'associations libres incluant des images :

« Je pensais à une version de moi enfant, et ça m'a transporté dans une scène qui se passait à la maison. Ça fait partie de mes souvenirs mais c'était un peu loin ou oublié, et ça apparaît tout de suite assez vivant dans ma tête, je vois les détails, c'est beaucoup plus présent à mon esprit qu'un vague souvenir. »

La participante contraste ici les images perçues avec des ‘souvenirs’ : les images ainsi visualisées ne sont pas des souvenirs en tant que tels —à savoir des réviviscences d'images proprement perçues dans le passé. En effet, ces images font intervenir des personnages inconnus, et font parfois intervenir le sujet lui-même, vu à la troisième personne —ce qui n'a donc jamais pu être

réellement vu. Plutôt qu'un 'souvenir', il s'agit donc de reconstructions mentales imagées qui *représentent* l'expérience passée, 'vivante' et toujours actuelle sur le plan émotionnel.

Dans la relation avec 'le petit garçon', elle prend contact spontanément avec des images de difficultés relationnelles avec son père ('l'image de mon père est apparue'), et va guider le petit garçon pour rendre le 'globe' à celui-ci. Dans le corpus IFS, de tels objets, qui 'pèsent' sur les parties, sont dénommées *fardeaux* et sont considérées comme la manifestation visuelle des conséquences traumatiques. Un fardeau peut représenter un ensemble d'émotions douloureuses ; des pensées limitantes ; ou bien des rôles rigidifiés. Dans l'extrait suivant, la participante décrit le lien entre ces images mentales et son vécu relationnel avec son père. Elle explore la manière dont le travail de libération du 'fardeau' —ici un 'globe' qu'elle décide de remettre à son père— permet de reprendre contact avec des émotions difficile et de remettre en question un rôle relationnel pénible, adopté durant l'enfance :

« Forcément, comme ce sont des parties de moi, —mes émotions qui se personnifient—, eh ben le père, c'est mon père, et du coup je pense que j'ai toujours des émotions par rapport à la relation que j'ai avec lui, peut-être par rapport à des choses que j'ai dû assumer quand j'étais petite alors que j'aurais pas dû. Et en fait, ce poids que je redonne, c'est là où ça m'a parlé, où je me suis dit "oui, quelque part, c'est toi enfant qui as dû encaisser des choses que tu n'aurais pas dû, parce que c'était des choses d'adultes, à gérer par des adultes." »

Après 5 séances réparties sur 2 mois, et face à la quasi-disparition des attaques de panique, la participante souhaite focaliser le suivi sur les troubles du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique). Elle prend contact avec deux parts d'elle en conflit : 'celle qui contrôle', et 'un nuage-noir' de 'lâcher-prise'. En nouant une relation avec ces deux parts protectrices, elle peut entrer en contact avec 'celle qui a été abusée étant petite'. En rapport avec une agression sexuelle par une camarade d'école, elle explique avoir 'perdu la confiance en ses parents' et avoir acquis 'une seconde peau' constituée de 'honte'.

En fin de suivi, la participante construit graduellement une relation avec cette part d'elle, qui représente la souffrance liée à l'abus sexuel. L'extrait suivant montre comment elle a pu passer, depuis l'exclusion initiale des souvenirs traumatiques, à une nouvelle posture empathique avec elle-même :

« Ça montre aussi, comme tout se passe à l'intérieur de moi, que je peux aussi être celle qui m'aide, je peux être celle qui fait preuve d'empathie avec moi-même, de bienveillance, qui peut justement subvenir aux besoins de ces différents personnages, et c'est plutôt agréable. »

En quelque sorte, c'est comme si *la partie saine* et intégrée du soi —constituée du *Self* et des différentes parts non-chargées de rôles protecteurs extrêmes— pouvait constituer une *figure d'attachement sécuritaire* pour les parties exclues et traumatisées.

v. 'Accepter une tare' (Delphine)

Pour cette participante, venue consulter pour un épisode dépressif caractérisé avec détresse anxieuse d'installation rapide, l'objectif thérapeutique a été dans un premier temps d'amener un état d'apaisement de l'anxiété. Dans un deuxième temps, le travail s'est focalisé sur les conséquences traumatiques de plusieurs agressions sexuelles dans l'enfance, et les difficultés relationnelles avec sa mère.

Les séances ont été marquées par un schéma récurrent : la prise de contact avec une 'petite fille qui souffre', 'recroquevillée', 'paumée', qui se sent 'incomprise par sa famille', polarisée avec une partie protectrice qui se présente comme une adulte, qui minimise le vécu de la petite fille, qui est 'moralisatrice', 'ne tolère pas la faiblesse', et lui répète : 'ça va, quoi, faut avancer'.

La prise de contact avec la partie clivée et refoulée, en souffrance, aboutit à la survenue de défenses dissociatives : à certaines séances, en prenant contact avec 'la petite fille' qui est 'extrêmement en colère', qui 'hurle', elle ne parvient pas à établir une relation avec elle et se trouve ensuite dans un état dissociatif, regard fixe et mouvements ralentis, où 'elle ne ressent rien', coupée de toute émotion.

Après 1 mois de suivi, les attaques de panique cessent, et ce nouvel apaisement permet, au cours du travail thérapeutique, d'entrer en relation avec la petite fille. Celle-ci va lui montrer des images 'très pénibles', 'écœurantes', 'dégoûtantes', en rapport avec les épisodes d'agressions sexuelles.

Les séances sont marquées par un questionnement récurrent autour de la question de la poursuite ou de l'arrêt du suivi thérapeutique. La participante explique que 'les vannes lâchent', alors qu'auparavant sa vie était 'stable' et 'tout était organisé' :

« Il y a un truc qui m'a fait bizarre, c'est que je crois qu'il y a pas une séance où j'ai pas pleuré, chez vous. Et ça, ça m'a fait bizarre. J'ai pas aimé. »

Elle explique ne pas pouvoir 's'arrêter', 'il faut que j'avance'. Le travail de prise de contact avec la part d'elle porteuse des souvenirs traumatiques fait systématiquement revenir un vécu d'impuissance, qui rencontre immédiatement une réaction de 'colère'. La colère, dirigée contre la part d'elle 'qui est vulnérable', explique qu'elle doit 'avancer', pour 'ne pas être du côté des faibles'. Il s'agit d'une réaction habituelle en réponse aux événements traumatiques, comme le détaille Judith Herman dans son livre de référence : La personne abusée exclut de sa conscience les représentations douloureuses et internalise un discours stigmatisant à l'égard d'elle-même, s'attribuant une honte et imputant sa responsabilité personnelle dans la survenue du trauma (identification à l'agresseur).⁶⁸ Le travail thérapeutique permettra alors un travail de *deuil* des pertes engendrées par les blessures (confiance, sécurité, innocence), permettant ensuite de rediriger et de transformer les affects réactionnels (comme la colère) vers une autre cible.

L'ambivalence autour de la poursuite du suivi provient de la difficulté du travail thérapeutique, un travail qui l'a 'perturbée', qui n'est 'pas très agréable', car il 'fait ressortir' des 'pleurs qui s'expriment tellement rarement'. Elle identifie 'la petite fille' qui 'doit venir dans un cabinet médical' pour 'pleurer' comme une représentation trop difficile à intégrer : 'je suis pas encore suffisamment mature, je pense, pour accepter toutes les images en moi'. Décidant néanmoins de poursuivre le suivi, elle explore peu à peu son vécu d'enfant agressée sexuellement. Elle prend contact avec une sensation de 'honte' qui retentit jusqu'à ce jour dans ses relations. Elle prend conscience qu'elle 'porte la dépression de sa mère'. Elle aborde le vécu de honte, associé au retour des affects traumatiques à sa conscience. Cette nouvelle relation ('je m'étais jamais questionnée là-dessus') engendre des conséquences relationnelles :

« Me questionner sur ce sentiment de honte, ça a permis de poser plein de choses. Vis-à-vis de mes proches, vis-à-vis de mon regard sur la société, mon regard sur mes enfants, et mon comportement face aux autres. Et mine de rien, ça m'aide à m'expliquer comment je fonctionne, et à peut-être corriger —c'est peut-être pas le

mot— ce que moi je vois comme une tare —une manière d'avancer que j'aime pas.
J'arrive peut-être maintenant à comprendre pourquoi elle est comme ça. »

Elle désigne sa souffrance et ses stratégies de coping sous le terme 'tare'. Graduellement, elle change de posture par rapport à cette 'tare' : plutôt que de tenter de la 'modifier' ou de la supprimer, elle va envisager de s'y adapter, ce qui représente, pour elle, une forme d'acceptation des événements qui se sont produits :

« Alors, peut-être que y'aura pas d'effet, et peut-être qu'en fait il faudra que j'accepte de vivre avec. Et juste de comprendre que si je suis comme ça, c'est parce que y'a eu ça, y'a eu ça, y'a eu ça. Voilà. »

La perspective qu'il n'y ait 'pas d'effet' ouvre la possibilité du *deuil*, qui consiste ici à reconnaître ses blessures ineffaçables. Une nouvelle perspective s'ouvre alors : plutôt que de lutter contre soi-même dans un combat épuisant, il serait possible d'accepter 'de vivre avec' et de 'comprendre' que les événements vécus nous ont faits tels que nous sommes.

d. Axe 4 — La relation thérapeutique, entre confiance et besoin d'autonomie

Ce quatrième axe d'expérience aborde les différents aspects de la relation thérapeutique. L'analyse retrouve certains aspects attendus, comme le prérequis d'une relation collaborative avec le thérapeute, basée sur la confiance et la bienveillance ; et d'autres soulèvent un questionnement qui semble plus spécifique à l'approche, en particulier l'attitude du thérapeute, qui est perçu soit comme actif et dirigiste (un 'guide'), soit comme passif et en retrait, 'silencieux'. La tension entre la possible dépendance au thérapeute et le besoin d'autonomie est abordée. Enfin, la dernière sous-section explore une éventuelle interférence entre les deux rôles du chercheur (thérapeute et interviewer durant l'ESD).

9. Le thérapeute, un guide bienveillant vers l'intériorité

L'analyse retrouve un résultat attendu pour toute étude d'un processus de psychothérapie, à savoir l'importance de la relation thérapeutique, fondée sur des valeurs humanistes au sens rogérien : les participantes rapportent 'se sentir soutenue' (Claire) dans le cadre d'un rapport 'de confiance' (Bérénice), 'bienveillant' (Emma).

Cette attitude de base ancre une relation avec le thérapeute qui permet d'établir un lien émotionnel, illustré par les manifestations affectives *transférentielles* : 'c'est comme si on prenait un peu soin de moi [pleure]' (Delphine). Ces manifestations impliquent l'ensemble de l'expérience vécue, notamment les sensations corporelles qui sont centrales au processus IFS : 'y a une sensation qui bouillonne, qui bouillonne, et qui monte comme ça, et qui a juste envie de dire "merci"' (Emma). La particularité du lien thérapeutique s'établit dans la relation individuelle — de personne à personne, et non pas de professionnel à patient :

« C'est pas vous qui faites la valeur de la pratique. C'est vous en tant qu'individu, mais pas en tant que statut. » (Bérénice)

L'attitude de neutralité bienveillante du thérapeute permet alors de projeter sur lui certaines parts de soi rejetées. Dans l'extrait suivant, une participante rapporte la projection d'une peur du jugement par le thérapeute, tout en constatant simultanément que le thérapeute n'exprime pas de jugement effectif :

« Même si des fois, en ce moment, j'ai un peu peur de votre jugement, si je prends du recul, à aucun moment vous ne m'avez fait ressentir que vous me jugiez. Ça aussi c'est assez paradoxal : intellectuellement, il n'y a pas de jugement, et en même temps mon ressenti c'est "mon Dieu, potentiellement on peut me juger". Ça par contre c'est perturbant. Là par contre il y a plusieurs parties de moi. En se disant "y'a aucun indice qui permet de me dire que vous me jugez, et pourtant j'ai quand même ça dans la tête". » (Bérénice)

La description d'un 'paradoxe' montre la scission en plusieurs parts qui s'expriment simultanément, en des lieux relationnels différents : une part émotionnelle semble reconnaître le thérapeute comme non-jugeant, alors qu'une part intellectuelle redoute le jugement du thérapeute. La dyscongruence entre ces deux postures permet de reconnaître la représentation projetée comme une part de soi :

« Ni dans vos propos ni dans votre attitude, je n'ai ressenti de jugement. C'est vraiment que moi, que mon rapport... » (Bérénice)

Cette projection correspond à une partie désavouée de soi (*disowned*). La phrase laissée en suspension traduit le processus réflexif en cours : il est possible d'amorcer une reconnaissance, dans ce qu'on observe à *l'extérieur*, d'une part de soi projetée, afin de la réintégrer (*re-own*).

En contraste avec l'aspect habituellement neutre de la posture thérapeutique, chacune des participantes assimile le thérapeute à un guide : 'vous nous guidez pour essayer de parler avec les différentes parties de nous-mêmes' (Bérénice). Loin d'une attitude d'écoute passive — 'd'habitude on me demande "comment ça va ?" et puis c'est tout' (Claire)— le thérapeute est perçu comme initiateur d'un mouvement : 'vous me conduisez un peu à aller vers l'intérieur de moi-même' (Claire). Ce mouvement a plusieurs modalités sensorielles, décrit sous forme visuelle — 'aller voir ces émotions-là' et kinesthésique — 'me rapprocher, ressentir ce qu'ils ressentent' (Amanda).

Néanmoins, le thérapeute est simultanément reconnu comme 'de manière générale, assez silencieux' (Delphine), ce qui l'a 'décontenancée' et, toujours dans la métaphore du mouvement, 'déroutée' — comme s'il lui était impossible de choisir le chemin à suivre, lorsque le choix de la direction à explorer lui est proposé en début de séance. Elle mentionne le 'besoin d'être guidée' (Delphine).

D'autre part, le fait de 'guider la communication' (Emma) n'est pas synonyme d'interférence du thérapeute par son propre contenu interprétatif. Une participante décrit la relation comme 'bienveillante', et détaille :

« Dans la manière de s'adresser justement à ces parties-là, et de guider la communication avec ces parties-là, c'est jamais... on va dire que c'est au bon vouloir de la partie, quoi. » (Emma)

Le fait de laisser la manière de communiquer au 'bon vouloir de la partie' permet de distinguer le rôle du thérapeute : celui-ci induit effectivement un mouvement, dans le sens où il conduit l'attention vers l'intérieur. Une fois à cet endroit, le thérapeute accompagne l'écoute réceptive de ce que l'intérieur a à dire. La phrase 'c'est jamais...' restée en suspens met en relief l'absence du 'vouloir' du thérapeute. En synthèse : le désir du thérapeute se manifeste dans l'attention portée à l'intériorité — le thérapeute veut en effet accompagner dans une certaine direction ; et une fois là, il s'efface pour permettre aux divers aspects de la personne de communiquer leur propre désir (le 'bon vouloir de la partie').

10. Autonomie et dépendance au thérapeute

La relation thérapeutique transférentielle, qui ne se cantonne pas à un échange professionnel, mais implique une attache affective, soulève une tension autour de la dépendance. Une participante se questionne et mentionne une ‘peur’ : d’un côté elle évoque un impact important des entretiens, qui pourraient conditionner ‘le reste de [s]a vie’, de l’autre, elle affirme ne pas vouloir y être assujettie —‘c’est quelque chose que je ne veux pas’ (Bérénice). Dans l’extrait suivant, elle rapporte que la présence du thérapeute lui permet d’explorer :

« ...le rejet de la partie obscure de moi-même. Mais j'ai pas cette conscience-là si vous êtes pas là. Quand je parlais de dépendance, c'est ça aussi : si vous êtes pas là, comment ça va se passer ? Je resterais toujours à me dire que tout ce que je fais de mal, c'est l'autre partie qui est à l'extérieur de moi ? La petite angoisse qu'il peut y avoir, c'est ça. » (Bérénice)

L’extrait reflète non pas la dépendance au sens de l’addiction, mais au sens de la nécessité d’avoir un partenaire réflexif pour différencier les parts de soi. Ce qui amène à la perspective, pour continuer à avoir ‘cette conscience-là’ et ne plus rejeter ‘la partie obscure de moi-même’, de poursuivre un travail thérapeutique de fond.

Réinterrogée ultérieurement sur sa peur de la dépendance, elle explique avoir trouvé une autonomie en fin de suivi, en diminuant son attache affective au thérapeute :

« Euh, sur la dépendance. Et le fait d'entendre votre voix, au départ. Aujourd'hui je l'entends plus du tout. Et en fait, je m'entends moi, me poser des questions. Qu'éventuellement vous vous pourriez me poser, en termes de pratique, et tout. Et du coup, la dépendance, je l'ai plus. Parce que du coup je vous ai tenu un peu à l'écart aussi. » (Bérénice)

Ce processus a été favorisé par l’introjection du thérapeute —la participante s’entend elle-même poser des questions que le thérapeute pourrait lui poser. Reconnaître l’introject comme une part de soi permet une forme d’autonomisation par rapport au thérapeute, et celui-ci semble porter en partie la responsabilité d’accompagner la séparation. La même participante explique en effet comment l’attitude du thérapeute, qu’elle a perçu comme plus distant (après la première conversation sur la dépendance), a pu favoriser son détachement :

« Vous m'avez un peu aidé aussi. En vous mettant en mode "glomériss" [rit]. C'est un mille-pattes qui se met en boule. Donc ça a favorisé un peu le détachement. Beaucoup même. Donc voilà, du coup j'ai saisi l'opportunité de travailler pour moi. » (Bérénice)

Une autre participante met en lumière la difficulté d'être autonome. Le thérapeute, qu'elle trouve 'un peu dur', aurait l'intention de lui 'faire dire des choses', en se 'taisant' ou en 'attendant qu'[elle] parle' (Claire). Le silence du thérapeute laisse libre cours aux interprétations : une autre participante, décrivant progressivement 'moins d'accompagnement' de la part du thérapeute, impute cela à une attente d'autonomie : 'je suis censée avoir compris un peu le mécanisme des séances', tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une interprétation de sa part : 'enfin, c'est ce que je me suis dit' (Amanda).

Simultanément, le silence du thérapeute implique une confrontation à des vécus d'impuissance. Dans l'extrait suivant, une participante reconnaît son vécu d'impuissance comme une émanation de son propre système intérieur —et non pas spécifiquement de la posture du thérapeute :

« Et des fois, comme vous parlez pas, je ne sais plus quoi dire, je cherche quoi dire. Je me sens un peu impuissante. C'est un ressenti hein, c'est pas... ça se ressent pas niveau enregistrement, je pense. Si jamais je réécoutais un enregistrement, je pense pas que je trouverais que vous soyez dur, mais c'est parfois mon ressenti. » (Claire)

Il s'agit donc là encore du retour d'une représentation refoulée, projetée sur l'attitude neutre du thérapeute. Ce vécu d'impuissance peut être transformé en 'opportunité', si le thérapeute 'ne lâche pas' (Bérénice). Le thérapeute qui reste dans une posture d'accompagnant, silencieux, en retrait, est comparé à une figure parentale, analogue à un souvenir du 'père' qui 'accompagne, soutient, sans jugement', au moment où la participante avait 'appris à faire du vélo sans les roues'. Le père qui 'ne bouge pas' permet de 'commencer à apprendre toute seule'. Une fois l'autonomie acquise, la même participante peut envisager sereinement la séparation : 'Je suis contente de vous quitter [rit]. Après, je sais pas si j'arriverai... [...] mais j'ai envie d'essayer' (Bérénice). Elle explique que 'l'autonomie' est une composante intrinsèque du 'contrat' thérapeutique. Cette autonomie, qui est 'un outil pour [s]e sentir un peu plus libre', permet d'envisager une poursuite du travail thérapeutique : 'si j'ai envie de passer au VTT, je peux voir quelqu'un d'autre' (Bérénice).

11. L'entretien de recherche, un bilan honnête

Étant donné que le thérapeute lui-même est l'initiateur de la recherche et l'interlocuteur des entretiens semi-dirigés, il semble évident que cette double fonction est susceptible d'interférer avec ce qui est dit au sujet de la relation thérapeutique. Interrogées sur une possible interférence, les participantes sont unanimes :

« Non, j'ai pas cette impression. Justement, le but de la démarche est aussi que ça m'aide. Ça me permet de faire le point en cours de thérapie, d'ajuster le tir, de poser mes questions. » (Amanda)

« J'en ai pas le sentiment. Je pense qu'on a fait le tour. » (Bérénice)

« Non, je pense que je dirais les mêmes choses si vous n'étiez pas mon thérapeute. » (Claire)

« Non. Non, j'ai l'impression d'avoir été assez sincère. » (Delphine)

« Je pense pas, non je pense pas. » (Emma)

Elles écartent un éventuel impact limitant, et affirment leur possibilité de s'exprimer librement. Une participante souligne le fait qu'elle a pu confier ses vécus d'étrangeté et ses éventuelles critiques, sans se restreindre : 'si j'ai trouvé ça bizarre, j'ai pas de problème à vous le dire' (Amanda). L'entretien de recherche trouve sa place comme 'suite logique' (Bérénice), et est mis à profit en tant que conclusion du suivi thérapeutique. Il est vu comme 'une sorte de bilan de tout ce qui s'est passé', 'moins dans l'émotionnel, plus dans le cérébral' (Bérénice).

e. Axe 5 — Un apaisement émotionnel et relationnel

Ce cinquième et dernier axe d'expérience explore les conséquences du suivi thérapeutique. D'une part, les conséquences observées dans le rapport à soi, via un apaisement émotionnel, une réduction de l'anxiété, et un apaisement partiel des symptômes psychiatriques ayant motivé la demande de suivi ; et d'autre part les conséquences relationnelles avec l'entourage, qui se traduisent par la possibilité de relations plus ouvertes et honnêtes.

Est également abordée la tension entre d'une part, un apaisement relationnel (relations décrites comme plus 'calmes') et d'autre part, les conséquences de la 'sincérité', à savoir la mise en lumière

de conflits avec les proches, ou la prise de contact avec des affects désagréables dans le cadre des relations aux autres.

12. Un apaisement émotionnel et symptomatique

Les séances induisent un effet apaisant immédiat. Ici, une participante met en contraste la prise de contact avec des représentations dérangeantes, et un apaisement physique et émotionnel :

« Émotionnellement je me sens à chaque fois apaisée, même si je peux avoir des images qui peuvent me troubler ou qui ne me plaisent pas —que je n'ai pas envie de voir, parce que je les connais, ce sont des choses qui viennent de mon passé. Mais en tout cas physiquement, je me sens apaisée. » (Bérénice)

La possibilité de *ressentir* des affects pénibles dans un cadre sécurisant, plutôt que les éviter, semble être précisément une des clefs de l'apaisement. À terme, les participantes se décrivent comme 'plus calme' (Bérénice), 'beaucoup plus tranquille' (Amanda). D'autre part le suivi thérapeutique permet une réduction de certains des symptômes ayant motivé la demande de suivi. Une participante ayant initialement reçu un diagnostic de trouble panique (plusieurs attaques de panique hebdomadaires avec retentissement fonctionnel), rapporte avoir 'ressenti l'effet, notamment sur l'anxiété' :

« Je faisais encore des crises quand on a commencé, des crises d'angoisse. Là j'en fais plus —sachant que j'ai pas pris de traitement médicamenteux pendant qu'on s'est vu. Je pense que clairement, ça a eu des effets là-dessus. » (Amanda)

La même participante décrit également une amélioration de ses troubles du sommeil 'je m'endors plus facilement', 'les nuits s'arrangent' (Amanda). On peut inscrire cette amélioration dans le cadre d'une réduction du retentissement thymique de l'anxiété. Les fluctuations d'humeur diminuent : le moral qui était 'en dents-de-scie' et faisait 'le grand-huit' se 'calme un peu' (Amanda).

Sur le plan du trouble du comportement alimentaire, une participante décrit une réduction de l'intensité des crises de boulimie : alors que 'les fréquences ont un tout petit peu diminué', elle rapporte également que 'l'intensité a beaucoup diminué, par contre' (Bérénice). En reconnaissant les crises de boulimie comme l'effet d'une part de sa personnalité, qui adopterait ce comportement extrême à visée de protection contre des affects négatifs, elle a pu cesser d'externaliser ce

comportement en l'attribuant à un locus extérieur. Ceci a permis de réduire le sentiment d'être 'possédée' et a abouti à des crises 'moins viscérales'. De plus, cette participante reprend peu à peu contact avec ses sensations corporelles, et 'se sent remplie plus rapidement'. L'effet étant que 'le volume de la nourriture que j'ingurgite' a 'diminué' (Bérénice).

Une participante ayant un diagnostic de trouble dépressif persistant, avec prédominance de l'aboulie, dit se sentir 'moins coupable' (Claire). L'atténuation de la culpabilité, interprétée comme une diminution de la lutte contre certaines parts de soi, donne la perspective de 'retrouver une certaine force' (Claire). L'hypothèse serait que l'énergie était auparavant investie dans un conflit intrapsychique permanent, se traduisant sous forme d'asthénie et d'aboulie. Il semble qu'une grande quantité d'énergie peut être dépensée à maintenir les mécanismes de défense psychique. Lorsqu'ils cessent d'être nécessaires, il n'est plus besoin de tout 'garder', et les tensions se 'relâchent' :

« En fait avant j'avais l'impression, en gardant tout, c'était aussi très compliqué. Je dépensais aussi énormément d'énergie en luttant contre moi-même, en essayant de réprimer, et tout, mais en fait je tenais en gros un peu sur les nerfs, quoi. Et là j'ai l'impression que tout se relâche, parce qu'en fait, mine de rien, il y a moins de tension, quoi. » (Bérénice)

La même participante, décrit cette 'acceptation des choses' comme 'nettement apaisante' : 'ça réduit énormément mon impulsivité' (Bérénice). Ceci peut être interprété comme une réduction de la tendance aux passages à l'acte. En observant et en acceptant de ressentir l'émotion pénible, il n'est plus nécessaire de chercher à l'atténuer par une action impulsive : 'si j'étais pas dans cette forme d'observation, je serais dans l'action, et en fait cette action, elle m'est pas forcément bénéfique' (Delphine).

La modification de la prise de décision est intimement liée à la perception de soi-même comme multiple. Une participante décrit comme ses décisions sont devenues 'moins unilatérales' (Bérénice). Tout comme si, auparavant, les décisions n'étaient prises que par une seule part d'elle-même, au détriment des autres qui pourraient porter la peur ou la réticence. Elle illustre ce processus avec l'exemple d'un voyage —où elle avait décidé de partir sous le coup d'une décision impulsive, sans prendre en compte sa propre peur ressentie par 'l'autre part de moi, qui prévient d'un danger' (Bérénice). Le passage à l'acte impulsif serait ainsi également un processus

d'exclusion de certains aspects de soi-même. Dorénavant, elle décrit un processus interne quasi-démocratique : en se plaçant en position médiane, elle peut écouter les avis des différentes parts d'elle-même et pondérer ses différents désirs, avant de prendre une décision : 'c'est une écoute de chaque partie' (Bérénice).

Les participantes mettent en lien l'atténuation symptomatique avec une meilleure connaissance d'elles-mêmes. Cette connaissance passerait par un 'recul' (Delphine) —interprété de manière littérale, il s'agit donc de prendre une certaine distance par rapport aux manifestations intérieures. Cette distance, permettant l'observation, rappelle la posture de dissociation par rapport à ses pensées et ses émotions, qui est au cœur des approches fondées sur la mindfulness (pleine conscience). Comme le rapporte une participante, cette distance permet d'éclairer certains aspects de sa personnalité —'y'a un côté "mise en lumière" sur plein de choses', ce qui 'permet de mieux appréhender le quotidien' (Emma).

Cette même participante attribue précisément des modifications de son expérience de vie quotidienne à un événement précis survenu lors d'une session. Elle rapporte la réconciliation entre deux aspects d'elle-même, illustré de manière imagée par la métaphore de deux hémisphères cérébraux qui se reconnectent :

« Depuis qu'il y a eu cette refusion de l'hémisphère gauche et l'hémisphère droit, je le sens dans mon quotidien. Le côté psychorigide, alors il a envie de se pointer, mais il est vite remis à carreau par l'hémisphère droit. Et y'a vraiment un travail ensemble. Je suis moins à la baguette, et c'est vraiment depuis. Oui, ça se sent dans mon quotidien. » (Emma)

Le travail avec les représentations, qui incarnent de manière métaphorique des aspects de sa personnalité, semble donc permettre un changement dans le 'monde réel'. En contraste avec ces effets bénéfiques, une participante note également un aplanissement global de ses ressentis, touchant également les émotions dites positives. Elle rapporte que 'tout est un peu plus plat', et que sa 'joie de vivre est un peu plus calme' (Bérénice). Elle évoque une certaine nostalgie à l'égard des affects positifs intenses que pouvait lui apporter son impulsivité :

« Des fois j'ai l'impression que ça peut limiter ma spontanéité. Parce que mine de rien, mon impulsivité me permettait des fois de faire des trucs bien [rit]. Pas tout le temps,

mais de temps en temps. C'était pas mal. J'ai pris un billet d'avion... du coup c'était positif, quoi. » (Bérénice)

Les modifications ne sont donc pas simplifiables à une réduction des symptômes. Le travail de bienveillance à l'égard des parties de soi semble engendrer des remaniements de l'ensemble des mécanismes de défense, ce qui nécessite ensuite un ajustement global de la manière 'd'être au monde'.

13. S'ouvrir aux autres

D'autre part, les modifications relationnelles avec soi-même se reflètent dans les relations interpersonnelles. Une participante évoque une attitude initiale réactive face au rejet : 'avant j'avais besoin de rejeter quand je me sentais rejetée' (Bérénice). Au cours du processus thérapeutique, elle apprend à développer une autre posture par rapport aux facettes de sa personnalité. Elle développe graduellement une relation avec une part d'elle-même qu'elle avait auparavant rejetée, 'la femme du puits'. Celle-ci avait perdu la 'confiance' des autres parts, en ayant mis la participante dans un état de 'vulnérabilité' qui était associée à plusieurs souvenirs : une expérience de rejet par des camarades de sport, et de conflit avec un ex-compagnon. La perspective de pouvoir 'accepter' cette part d'elle-même et ce qu'elle peut avoir à dire sur son passé et sur elle —et s'occuper ainsi directement de la part d'elle qui a souffert du rejet— donne des perspectives de modification des rapports à autrui :

« J'ai une légère tendance à ériger des potences ou à allumer des bûchers. Et là je me dis, en fait, j'ai pas besoin de tout rayer, je peux mettre ça de côté, et puis voir ce que je peux en faire, quoi. Voilà. Avant j'avais besoin de rejeter quand je me sentais rejetée, de repartir à zéro quand ça allait pas. Et là je me dis qu'il y a des alternatives. »
(Bérénice)

En particulier, elle identifie une moindre réactivité dans les relations aux autres, en particulier à ses parents qui la trouvent 'beaucoup plus calme', et une moindre tendance à se mettre en colère. Cet état de calme est associé à davantage de franchise et de sincérité dans les relations aux autres. Cette même participante déclare : 'je change aussi la manière de poser les discussions, ça modifie les ambiances...'. A l'occasion d'un entretien d'évaluation professionnel, elle évoque les entretiens passés, 'depuis 4 ans c'est toujours avec le même responsable, c'est assez tendu,

crispé’, et un vécu réactif, ‘je suis souvent en colère’. Dans une perspective systémique, elle observe une réaction *symétrique*, qui entraîne une rigidification de l’interaction : ‘du coup je vois que mon responsable est aussi en colère, du coup ça se fige’. Alors qu’habituellement, ‘soit je tombe dans le mutisme, soit dans l’énervement’, au décours du suivi elle a pu mener un tel entretien en étant ‘hyper calme’. La réaction symétrique ne tarde pas —‘en face de moi, mon responsable était aussi hyper calme’— ce qui apporte un dénouement bénéfique à l’enjeu relationnel : ‘j’ai le sentiment d’avoir été mieux entendue que les autres fois’. Le *contenu* de l’interaction n’a pas changé, mais le *processus* a été affecté : ‘je disais à peu près la même chose, mais pas de la même manière’ (Bérénice).

La même participante décrit également une observation plus fine des états émotionnels de son entourage. Dans un contexte de changement d’orientation professionnelle qui lui est apparu comme ‘une évidence’, elle évoque la réaction de ses supérieurs hiérarchiques et rapporte le fait de ‘voir, en fait, tout le processus que eux ont, à l’annonce de mon départ’. Le fait d’être ‘plus dans la franchise’ n’est pas sans causer de remous :

« Avant je faisais très attention, je disais les choses, d’une manière un peu compliquée —j’avais peur que ce soit mal reçu. Là, c’est un peu plus cash, et du coup on me trouve peut-être plus calme, mais un peu plus sèche [rit] ».

Les conséquences relationnelles chez l’entourage illustrent la manière dont le système extérieur de l’individu s’adapte et peut se rigidifier de manière réactionnelle, en résonance avec son système interne. Toute modification du système interne (intrapSYCHIQUE) est susceptible de déstabiliser les équilibres relationnels externes (interindividuels).

Une autre participante évoque également des modifications relationnelles, dont les conséquences sont doubles. D’une part, elle mentionne ‘un impact énorme sur comment je me comporte avec mes enfants’ (Delphine). En effet, elle a pu révéler en elle la partie ‘petite fille angoissée’, et se détacher de ses stratégies habituelles d’anesthésie de l’angoisse, à savoir la consommation quotidienne d’alcool (elle n’y a plus recours), ou bien la minimisation de la souffrance par une partie protectrice, ‘ça va quoi, faut avancer’. Prêter ainsi attention à *l’enfant intérieur* a été associé, chez elle, à une nouvelle attention portée à ses enfants, pourrait-on dire, ‘extérieurs’ :

« Cette approche, en discernant toutes ces émotions, m'a permis de m'observer, mais aussi d'observer celles de mes enfants. Et donc d'être, peut-être, plus à l'écoute de comment eux s'expriment, et comment moi je m'exprime par rapport à eux. Et c'est assez intéressant. » (Delphine)

On retrouve un concept familier à la systémie : la correspondance entre les systèmes interne et externe. Tout se déroule comme si une certaine part du sujet entretenait, avec les autres parts de soi, des relations similaires à celles qui impliquent les individus externes qui leur ressemblent. Ainsi chez cette participante, l'attitude de banalisation des pleurs de détresse était déclenchée, aussi bien par 'la petite fille' intérieure, que par ses enfants. Toute modification relationnelle interne est donc simultanément observée dans les relations externes avec l'entourage. Cette idée a notamment été développée par les travaux de Karl Tomm sur l'internalized other⁵ —dès lors que l'on considère que l'introject d'un proche constitue une part de soi, s'établit alors une résonance entre le rapport à soi et le rapport avec la personne 'réelle'.

Cette participante retrouve ainsi une certaine fluidité relationnelle avec ses enfants, qu'elle décrit par le fait qu'elle 'apprend beaucoup de choses sur eux', ce qui lui permet de ne plus 'coller une étiquette de personnalité à un enfant, et puis une autre personnalité à un autre enfant'. Ceci traduit le fait que le désamalgame d'avec ses propres parts interprétatives permet d'être en relation avec l'autre tel qu'il est perçu à l'extérieur, au lieu d'être en relation avec ses propres projections internes plaquées sur autrui. Chez cette participante, cela se traduit par une prise en compte de la multiplicité de ses enfants : 'je m'aperçois que mes enfants ont pas qu'une personnalité, il se passe plein de choses en eux' (Delphine).

Ce même processus, considéré comme globalement bénéfique, engendre néanmoins des tensions relationnelles avec d'autres proches. Elle explique ainsi que 'ça a juste révélé quelque chose de très fort dans ma relation avec ma mère'. Et tout en mentionnant que 'l'issue elle est pas très bonne', elle affirme 'j'en suis vraiment très contente'. Prenant contact avec les parties d'elles affectées par l'abus sexuel infantile, elle apprend graduellement à entrer en relation avec la part d'elle 'petite fille angoissée'. Habituellement, les affects d'angoisse entraînent chez elle une réaction double, de 'colère' dans un premier temps, puis de 'culpabilité' dans un second temps. Suite à l'une des séances, elle a pu considérer ses griefs comme légitimes, ce qui l'a menée à

prendre la décision de les exprimer à sa mère. Dans l'extrait suivant, elle mentionne des conséquences assez larges, dans l'ensemble de ses relations affectives proches. Il est notable qu'elle évoque les aspects a priori négatifs ('elle veut plus entendre parler de moi') conjointement à un sentiment d'efficacité personnelle ('j'ai jamais été aussi sincère') :

« J'ai réalisé plein de choses : vis-à-vis de mes proches, vis-à-vis de ma sœur, vis-à-vis de ma mère, surtout elles-deux quoi. Donc mes proches *proches*. Et ma mère, voilà, un jour je lui ai dit tout ce que j'avais à lui dire. Et c'est marrant —enfin c'est pas drôle hein— mais en vrai, je crois que j'ai jamais été aussi sincère avec quelqu'un. Je crois que j'ai jamais été aussi sincère. Bon, ça se retourne contre moi, parce que je vois bien aujourd'hui qu'elle veut plus entendre parler de moi. Mais bon au moins, je suis honnête avec moi-même. J'ai dit les choses. Donc cette séance, oui, elle a eu un impact énorme. » (Delphine)

Un 'impact énorme' est donc attribué à une séance particulière, et les enjeux relationnels externes sont mis en perspective par rapport à l'importance des enjeux relationnels internes, qui passent ici au premier plan : 'au moins, je suis honnête avec moi-même'. C'est comme si cette participante avait décidé, coûte que coûte, de prendre soin de la part d'elle 'petite fille' qui a été abusée sexuellement et qui est à la source de l'angoisse et de la colère réactive, et ceci de manière *inconditionnelle*, quelles que soient les conséquences relationnelles externes —correspondant ainsi à un aspect du reparentage vers un *attachement sécure*.

Enfin, une dernière participante décrivait un isolement social progressif depuis le décès de son fils et le déclenchement consécutif du syndrome dépressif : 'en société, c'est très difficile pour moi de parler, je suis des fois à un repas avec d'autres personnes, et je ne dis pas un mot' (Claire). Là aussi, le système externe entre en jeu —'les gens m'évitent'— et un changement d'attitude interne —'je parle un peu plus'— offre de nouvelles perspectives relationnelles :

« Je suis peut-être un peu plus avenante quand je rencontre quelqu'un. J'engage plus facilement la conversation, je poursuis plus facilement la conversation. Avant, ça me fatiguait, j'arrêtais tout de suite. Je suis un peu plus ouverte, légèrement, sur les autres. » (Claire)

Sa description intrique l'isolement social avec l'asthénie ('ça me fatiguait'). Le désamalgame progressif d'avec la part d'elle aboulique et asthénique, visualisée sous l'aspect de 'la loque',

l'amène à considérer des perspectives de rétablissement, qui mettent en jeu sa relation la plus proche —avec sa fille :

« Je vais m'y prendre progressivement, avec l'aide de ma fille. Je vais me servir de ma fille en fait, de l'amour que j'ai pour elle. Progressivement, je vais essayer de faire des choses pour moi. Que ma maison soit propre, que mes affaires soient bien rangées. »
(Claire)

L'anesthésie émotionnelle incarnée par 'la loque' atténuait non seulement les affects douloureux, en rapport avec le décès de son fils, mais également les affects positifs. Ne pas pouvoir s'occuper de sa fille, 'lui faire à manger', était vecteur d'une intense 'culpabilité'. Apprendre à 'dorloter la loque' et à prendre soin des parts souffrantes d'elle-même lui permet de renouer, dans la relation avec sa fille, avec ses affects les plus propices à la mise en route d'une perspective de rétablissement : 'l'amour'.

Discussion

1. L'IFS, un langage de la multiplicité

L'étude qualitative des ESD, menés avec 5 participantes ayant reçu au moins 8 entretiens thérapeutiques fondés sur l'approche IFS, durant un suivi d'au moins 3 mois, a permis de dégager 13 thèmes, organisés en 5 axes d'expérience. Certains résultats étaient attendus, notamment ceux ayant trait à une description générale du processus psychothérapeutique. En particulier, les participantes ont mis leur symptomatologie en lien avec des événements traumatiques et des conflits interpersonnels ; elles ont détaillé une relation thérapeutique basée sur la confiance et l'accueil empathique des ressentis ; et enfin elles ont abordé les effets du suivi, sous la forme d'un apaisement émotionnel, d'une réduction symptomatique, et d'une mobilisation de leurs ressources sur le plan des relations interpersonnelles.

D'autres thèmes abordent plus spécifiquement l'approche IFS. Les participantes ont été initialement surprises, voire perturbées, par les outils utilisés : en particulier l'imagerie mentale, et l'abord du psychisme comme constitué d'une multiplicité de parts. Elles ont pu facilement s'approprier ces outils, et plusieurs d'entre-elles ont développé une pratique introspective autonome. Elles décrivent des parts d'elles-mêmes, partiellement changeantes d'une session à l'autre, et partiellement stables. En apprenant à s'en détacher, s'en dissocier, s'en désamalgamer, elles peuvent graduellement les observer, les écouter, et développer une relation empathique à leur égard au fil du suivi.

Ces parties de soi sont envisagées comme des fragments du moi clivés au cours du développement —sans pour autant y voir un aspect pathologique— et sont en rapport avec les concepts d'introjects (dans le champ psychanalytique) et d'internal other (dans le champ systémique). Elles peuvent être sujettes à un refoulement ou à une projection sur d'autres individus (en particulier le thérapeute), dans un mouvement défensif contre des affects pénibles liés à des événements traumatiques. Initialement, il est désagréable d'entrer en contact avec les parts de soi désavouées, exilées. Elles portent des affects difficilement gérables comme l'angoisse, ou représentent des parts de la personnalité difficiles à assumer, honteuses. Les participantes

décrivent une attitude commune d'évitement, sous la forme d'une polarisation entre des parts contrôlantes et les parts souffrantes.

Lorsqu'au cours du suivi, les participantes atteignent une sécurité suffisante pour cesser d'avoir recours à l'évitement, elles prennent contact avec les représentations traumatiques et peuvent alors reparer les parts blessées. Cette nouvelle relation de confiance envers soi-même permettrait de mener à un sens de soi sécuritaire. La description métaphorique, sous forme d'images, d'une transformation des parts de soi, illustre un processus de réconciliation avec soi-même. Il devient alors possible de se défaire des fardeaux du passé, et d'endosser de nouveaux rôles. L'apaisement, qui se manifeste aussi bien sur le plan des affects que dans les relations interpersonnelles, est en quelque sorte un effet secondaire, consécutif au développement d'une relation plus confiante avec soi-même.

2. Limites de l'étude

a. Validité de l'étude

Les études qualitatives ont des critères de validité distincts des études quantitatives, en accord avec les prémisses théoriques qui les sous-tendent. Lucy Yardley définit quatre éléments principaux : 1) Sensibilité au contexte ; 2) Engagement et rigueur ; 3) Transparence et cohérence ; 4) Impact et importance.⁴⁶ Comme il est d'usage dans le domaine de la recherche qualitative, on ne prétend pas ici à atteindre une objectivité, mais plutôt à entrer dans un dialogue fertile avec le lecteur. Il s'agit d'évaluer les études qualitatives au sein du cadre épistémologique dans lequel elles s'inscrivent. Un des aspects du 'cercle herméneutique', évoqué dans l'introduction, est que le chercheur tente d'élaborer du sens à partir de la manière dont les participants élaborent eux-mêmes du sens à partir de leurs expériences. Dans l'évaluation, il s'agit d'un nouvel élargissement : le lecteur élabore à son tour ses propres interprétations, à partir des interprétations que le chercheur tire de son matériel.⁵⁸ La qualité de l'étude correspond alors une évaluation subjective, par le lecteur, de la pertinence de l'argumentation du chercheur, en tenant compte des prémisses théoriques et de l'ensemble du processus argumentatif.

Dans une étude utilisant l'IPA, la *sensibilité au contexte* se manifeste, entre autres, dans la justification de recours à la méthodologie qualitative —eu égard à la littérature existante (cf. Introduction)— ainsi que l'analyse fine du discours des participants. Ici, nous nous sommes appuyés sur un nombre conséquent de citations verbatim tirées des ESD, permettant au lecteur de vérifier la plausibilité des interprétations avancées. De plus, ces interprétations restent hypothétiques, et nous présentons les éventuelles généralisations avec prudence.

Le second critère de Yardley est *engagement et rigueur*. Il s'agit ici d'un investissement personnel, durant la collecte de données, afin de prendre en compte le vécu du participant (en particulier, être attentif à un éventuel stress dans la situation d'interview) ; et de pratiquer ensuite une analyse systématique et détaillée du matériel collecté (approche idiographique). La rigueur implique également le choix d'une population d'étude suffisamment homogène, sélectionnée de manière appropriée pour explorer la question de recherche. Dans notre travail, le choix de la population a été partiellement opportuniste : étant en poste dans une unité proposant des thérapies brèves pour des patients ayant certains diagnostics, nous avons, de fait, restreint notre population à ces profils. Néanmoins, notre population n'est pas homogène sur le plan des diagnostics psychiatriques. Cela donne l'avantage de brosser un tableau plus large des expériences thérapeutiques avec l'approche IFS. D'autre part, l'étude porte sur le vécu subjectif des outils thérapeutiques, ainsi le diagnostic ne devrait pas être un élément limitant *a priori* les interprétations que le chercheur donne à la manière dont les individus expérimentent ces entretiens. Néanmoins, on ne peut donc pas prétendre à une généralisabilité. De plus, l'approche IFS utilisant des outils parfois proches de l'hypnose, et travaillant usuellement avec des fragments de la personnalité, il est possible que des personnes ayant certains troubles psychiatriques (en particulier des diagnostics de troubles psychotiques) aient une expérience particulière de ce type d'entretiens, éventuellement néfaste. En l'absence de matériel collecté, il nous est impossible d'argumenter la pertinence de l'approche IFS dans ce cadre.

Le troisième critère est *transparence et cohérence*. Il s'agit ici de décrire précisément la méthodologie de recherche, incluant la manière dont les participants sont recrutés, l'élaboration du guide d'entretien, et les étapes de l'analyse. Outre le fait de décrire ces étapes, nous nous sommes attachés à présenter des thèmes et des axes d'expérience organisés en un ensemble

cohérent : les axes d'expérience reflètent différents aspects-clefs du processus thérapeutique (aspects intrapsychiques, aspects interpersonnels, relation thérapeutique, effets sur la symptomatologie). D'autre part, l'analyse doit être cohérente avec les prémisses théoriques avancées : en accord avec l'approche phénoménologique, nous avons porté attention à l'expérience vécue des participantes ; et en accord avec l'approche herméneutique, nous avons tenu compte de notre propre démarche interprétative et de nos préconceptions.

Enfin, le dernier critère est *impact et importance*, et reste à l'appréciation du lecteur ainsi que des autres chercheurs du domaine.

Comme on le voit, ces critères sont largement subjectifs. Pour limiter l'interférence de la subjectivité *d'une seule personne*, il est d'usage dans les méthodologies qualitatives de *triangler* le processus d'analyse afin d'identifier les interprétations et préconceptions propres du chercheur, et de soumettre le travail à une évaluation de sa pertinence et de sa cohérence, par des collègues. Dans le cadre de notre recherche, nous avons eu des réunions régulières avec deux professionnels du soin, Mme Judith Tran-Phong, titulaire d'un master de psychosociologie et sociologie clinique, et le Dr. Aliénor Valat, psychiatre. Ces réunions permettaient une discussion de la méthodologie d'analyse à chaque étape du processus, et une évaluation de la pertinence et de la cohérence des thèmes identifiés.

D'autre part, une des méthodes de référence pour évaluer la validité d'une étude qualitative est l'*audit indépendant*.⁶⁹ Il s'agit pour le chercheur d'assembler l'ensemble des éléments (depuis ses premiers questionnements sur la question de recherche jusqu'au document final, en passant par les transcriptions d'ESD), de telle sorte qu'un autre chercheur *pourrait* examiner l'ensemble du matériel et évaluer la cohérence du processus interprétatif et inductif. L'audit à proprement parler reste hypothétique et n'est habituellement pas réalisé : c'est le processus d'assemblage exhaustif des données qui constitue le critère de validité. En accord, nous avons compilé l'ensemble des données de recherche, et l'ensemble du travail —depuis les questions initiales jusqu'à l'élaboration du document final— a été supervisé par le Pr. Bernard Granger, directeur de thèse.

b. Un chercheur à différentes places

Nous ne discuterons pas ici des limites inhérentes aux méthodologies qualitatives, notamment le faible nombre de participants, la prise en compte de la subjectivité du chercheur et la non-généralisabilité des résultats. Ces arguments sont largement discutés dans la littérature concernant l'IPA, et ne sont pas considérés comme des obstacles à la recherche. Jonathan Smith et collègues affirment en effet que le nombre idéal de participants à inclure dans une telle étude se situe entre 3 et 6, permettant un processus idiographique détaillé ; et que la méthodologie utilise précisément la subjectivité du chercheur, non pas pour aboutir à des résultats généralisables, mais afin de générer de nouveaux savoirs interprétatifs concernant une expérience donnée.⁵⁸

Toutefois, dans cette étude, toutes les participantes ont été suivies par le même thérapeute, et celui-ci occupe également la place de chercheur. Ceci expose à une interférence entre ces deux rôles, soit que les participantes tiendraient un discours particulier au chercheur —du fait que c'était leur thérapeute— soit que le processus interprétatif du chercheur serait influencé pour cette même raison. Cette interférence est probable, et nous l'avons explorée de deux manières : d'une part, cette question était systématiquement adressée durant chaque ESD, et —comme on l'a vu dans la section Résultats— les participantes ont affirmé avoir pu énoncer librement ce qu'elles avaient à dire, en particulier leurs éventuels ressentis *négatifs* des entretiens ; d'autre part, la travail réflexif du chercheur (supervision, tenue d'un journal tout au long de la thérapie, écriture d'une section réflexive, et réunions régulières avec deux collègues) lui a permis de mettre à jour une partie de ses éléments contre-transférentiels, de ses attentes, et de ses préconceptions. On pourrait ajouter que ce double-rôle apporte même un avantage : la relation approfondie, durant plusieurs mois, entre thérapeute et participante peut contribuer à faciliter la relation de confiance, nécessaire à tout ESD ; et à enrichir les interprétations du chercheur, via une connaissance plus approfondie de la personne, de ses réactions émotionnelles, et de certains événements de vie marquants.

D'autre part, si les ESD avaient été réalisés par un chercheur non impliqué dans la thérapie, cela n'effacerait pas le fait que toutes les participantes ont été suivies par le même thérapeute : ainsi,

plutôt que d'être une étude sur l'expérience du processus IFS, ce travail pourrait être réduit à une étude de l'expérience des entretiens avec ce thérapeute. Afin de tenir compte de cette limite, le chercheur prenait des notes narratives après chaque séance, et auto-cotait le formulaire IFSAS. Celui-ci est normalement destiné à être coté par un observateur extérieur indépendant. Il y a donc là-aussi un recouvrement des différents rôles, et une possible interférence. Néanmoins, l'analyse des valeurs montre une fidélité au processus IFS, et l'auto-cotation a permis au chercheur d'effectuer un travail réflexif après chaque séance : en particulier, de se questionner sur les raisons de l'obtention de valeurs inhabituellement hautes ou basses. Là encore, la subjectivité du chercheur a donc une place importante, et c'est le travail réflexif et interprétatif qui nous a aidé à distinguer les éléments ayant trait à la relation thérapeutique, de ceux qui se rapportent au processus IFS à proprement parler.

Il s'agit toutefois d'un travail scientifique préliminaire sur le plan des prérequis méthodologiques : s'il devait être poursuivi et approfondi, il semblerait pertinent que plusieurs thérapeutes mènent les suivis, et que les ESD soient réalisés par plusieurs chercheurs, non impliqués dans la thérapie.

3. Ouvertures théoriques

a. Diverses 'approches' — des processus communs

Dans quel champ théorique l'IFS s'inscrit-elle ? Cette approche est née d'une branche de la systémie, la thérapie familiale stratégique. Celle-ci a été largement influencée par les travaux de l'école de Palo Alto et la descendance intellectuelle de Milton Erickson. L'IFS se situe ainsi au croisement de différents champs : hypnose, systémie, mindfulness, thérapies humanistes, et même TCC, de par sa proximité avec les approches fondées sur les états du moi (thérapie des schémas, appartenant à la 'troisième vague' des TCC). Il existe à ce jour une prolifération des 'approches' de thérapies (plus de 400 approches recensées), chacune avec sa dénomination particulière, dont de nombreuses se réclament d'un courant 'intégratif'.⁷⁰ Les études scientifiques dans le champ de la psychothérapie montrent un important recouplement entre ces approches, et identifient des *facteurs communs* d'efficacité, qui touchent davantage au processus relationnel qu'aux 'outils' proprement spécifiques. En particulier : l'alliance thérapeutique ; les attentes du patient ; l'implication émotionnelle durant les séances.⁴⁵ D'autre part, un des critères d'efficacité du

processus thérapeutique, retrouvé dans des formes très diverses de pratiques, serait le travail de *mentalisation*, à savoir la capacité de se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres, via une attention à sa propre expérience subjective.⁷¹

Malgré la diversité des appellations, l'étude du processus effectif de la thérapie montre un certain recouvrement entre les pratiques : l'étude d'Ablon et collègues applique une grille d'analyse du processus thérapeutique sur des enregistrements vidéos de sessions (*Psychotherapy Process Q-set*) menées avec des patients souffrant de trouble panique. Les auteurs retrouvent, dans la pratique des thérapeutes, un mélange d'éléments processuels caractéristiques d'approches qui se veulent pourtant distinctes sur le plan des valeurs et de la pratique, à savoir les TCC et les thérapies psychodynamiques. De plus, les éléments processuels identifiés ne correspondent pas aux déclarations des thérapeutes sur leur propre pratique (ainsi, un thérapeute qui se déclare 'd'inspiration analytique' peut se retrouver dans un processus typiquement cognitivo-comportemental 'à son insu'). Ainsi, plutôt qu'une évaluation des approches thérapeutiques en tant que 'packages' d'outils à appliquer, les auteurs proposent de s'intéresser aux différents éléments processuels composant une approche donnée, et à explorer l'impact de ces éléments sur l'expérience des patients.⁷²

b. L'IFS, une thérapie psychodynamique

Une revue récente synthétise les méta-analyses étudiant l'effet des psychothérapies psychodynamiques.³⁵ Sans tenir compte des différents courants théoriques de la psychanalyse qui en sous-tendent la pratique, l'auteur effectue un examen empirique des techniques effectivement utilisées en séance, par l'étude d'enregistrements vidéos et de transcriptions de sessions. Il liste 7 éléments caractéristiques des psychothérapies psychodynamiques :

1. Focus sur les affects et l'expression des émotions
2. Exploration des attitudes d'évitement cognitif et émotionnel
3. Identification des thèmes et motifs récurrents
4. Discussion des expériences passées (focus développemental)
5. Focus sur les relations interpersonnelles

6. Focus sur la relation thérapeutique

7. Exploration de la vie fantasmatique (et processus d'associations libres)

Quelle est la place de l'IFS dans ce contexte ? Cette approche est encore très peu connectée au corpus psychanalytique et aux autres approches du champ de la psychothérapie. Les manuels de pratique ont beau relier les concepts de l'IFS à quelques concepts théoriques psychanalytiques¹, le 'vocabulaire' de l'IFS reste néanmoins principalement autoréférentiel, et peu de publications ouvrent ses concepts à d'autres champs théoriques.

En s'appuyant sur les 7 critères mentionnés ci-dessus par Shedler, il semble que l'approche IFS remplisse chacun des critères, avec quelques nuances. Les points 1 (affects) et 2 (attitudes d'évitement) correspondent aux phases d'exploration initiales, où le sujet est amené à développer une relation avec les parts de lui mises en jeu, en particulier les parts exilées. Le point 3 (motifs récurrents) n'est pas explicitement exploré, étant donné que l'approche se focalise sur l'expérience relationnelle vécue dans 'l'ici et le maintenant'. Néanmoins, le processus thérapeutique amène à travailler de manière répétée sur les mêmes parts activées du sujet. Le point 4 (expériences passées) est abordé durant les phases de witnessing, où le sujet prend connaissance des images que les parts de lui souhaitent lui faire voir. Les points 5 (relations interpersonnelles) et 6 (relation thérapeutique) sont au centre de l'intérêt thérapeutique, avec l'exploration des parties chargées de rôles extrêmes et activées dans les situations relationnelles.

Enfin, le point 7 (vie fantasmatique et associations libres) est au centre du processus IFS, mais peut-être d'une manière différente de ce qui est habituellement entendu par le corpus théorique psychanalytique : en effet, les associations en IFS sont multimodales, c'est-à-dire qu'elles prennent la forme non-seulement de langage, mais d'images, de pensées, de sensations corporelles. Le thérapeute invite le patient à identifier, par l'observation de son expérience 'ici et maintenant', le flux de son expérience psychique. Il s'attache principalement à guider le patient sur l'observation du processus, plutôt que sur la verbalisation du contenu. En ce sens, le thérapeute interfère effectivement avec l'association libre, en suggérant au patient de porter attention à ses sensations, ou aux images mentales, etc. D'autre part, la chaîne associative est multimodale : un élément de langage peut s'enchaîner avec une sensation, puis une image, puis une pensée —et le

travail se poursuit sur le plan du processus, qui est verbalisé et discuté, sans même que le thérapeute ne soit nécessairement au courant du contenu des associations.

c. Aspects contre-transférentiels

L'IFS semble donc s'inscrire dans le champ psychodynamique, avec les nuances évoquées ci-dessus concernant l'importance donnée aux aspects corporels et sensoriels des représentations. Ces aspects ont déjà été discutés dans le champ psychanalytique : en effet, les manifestations transférentielles ne prennent pas place uniquement dans le *discours* de l'analysant, mais également dans les phénomènes non-verbaux, en particulier l'accès à des représentations imagées des conflits psychiques, et l'expression corporelle des émotions. De même, le thérapeute qui analyse son contre-transfert prête attention à tous les 'canaux de communication' langagiers et sensoriels : il ajuste inconsciemment son comportement au patient, et 'résonne' avec lui dans ce qui est décrit comme un 'accordage affectif'.⁷³

Serge Hefez décrit l'activité contre-transférentielle comme un ensemble de résonances, à savoir des manifestations, générées par le système psychique du patient, mais ayant lieu dans l'appareil psychique du thérapeute, et qui lui permettent de comprendre le fonctionnement du système thérapeutique. D'après lui —et dans la lignée de 'l'appareil à penser les pensées' de Wilfred Bion— c'est comme si les thérapeutes 'mettaient à disposition leur appareil psychique pour accueillir, héberger des éprouvés voire des pensées irreprésentables transmises par les patients'.⁷⁴ Il décrit 'l'attention flottante' du psychanalyste comme un état analogue à la transe hypnotique, permettant de mettre à disposition un 'espace psychique' qui déborde des 'frontières du moi'. D'autre part, il explicite l'aspect culturel du processus introspectif consistant à observer l'intérieur d'un 'soi délimité' —le fait de considérer l'existence d'un 'soi véritable', auquel on pourrait accéder par l'examen de son activité mentale, serait ainsi une conception particulière à la culture occidentale.

Cette problématique autour du soi/non-soi et des manifestations psychiques internes/externes est présente tout au long de notre analyse de l'expérience des participantes. Le processus IFS semble proposer un accès à des représentations imagées, qui représentent un 'soi' dont la structure est multiple, aux limites poreuses, et qui déborde le seul registre des expériences

‘internes’ —incluant des représentations vécues comme *autres* mais pourtant reconnues comme constituantes du soi (la ‘femme du puits’ de Bérénice) ; aussi bien que des représentations *internes* considérées comme non-constituantes du soi (les *internalized others*, représentations de figures parentales, à qui Amanda ou Claire ont pu ‘rendre’ des ‘fardeaux’ qui ne leur ‘appartenaient pas’).

Le thérapeute est également engagé dans une relation à son propre appareil psychique mal délimité : au cours des séances, certaines parts de lui activées se manifestent dans son propre espace mental, sous forme de pensées, images, émotions ou sensations, et interagissent avec sa propre version des représentations évoquées par le patient —le thérapeute peut ainsi se retrouver *amalgamé* à une part de lui qui souhaiterait aider, sauver, ou bien qui juge ou souhaiterait rejeter une certaine représentation évoquée dans son esprit par les propos de son patient. Son travail consiste alors à s’en désamalgamer et à négocier avec la part de lui activée (c’est-à-dire à analyser son contre-transfert durant la séance), afin de libérer son espace psychique afin de le laisser disponible pour la dramatisation des conflits de son patient.

d. Une forme de psychodrame

En mettant à disposition son *espace psychique*, où viennent se manifester des représentations transmises par son patient, le thérapeute s’inscrit dans un *jeu* thérapeutique avec son patient, comme le dit Winnicott : ‘la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute’.⁷⁵ Ces descriptions en termes spatiaux et ludiques évoquent la thérapie par le psychodrame. D’après Monique Selz, le psychodrame instaure un ‘espace de jeu’ qui donne accès, via la ‘dimension corporelle’, à une ‘figuration’ de l’activité psychique permettant la ‘dramatisation des conflits’.⁷⁶ Le ‘meneur de jeu’ lui-même ne joue pas : lorsque qu’il perçoit une manifestation dans son appareil psychique, il propose à un cothérapeute d’endosser le rôle et de le jouer.

L’IFS semble donc proposer des analogies avec la thérapie par le psychodrame. En IFS, le *Self* du thérapeute prend la posture du ‘meneur de jeu’ : il propose au patient d’identifier les différentes facettes de lui-même, qui sont alors ‘figurées’ sous forme de personnages dans l’espace mental —tout comme les cothérapeutes figurent les parts du patient dans l’espace réel du

psychodrame. Le thérapeute identifie également en lui-même les ‘personnages’ (contre-transférentiels) qui surviennent sur sa scène psychique, comme autant d’autres cothérapeutes générés par le jeu, qu’il peut solliciter pour comprendre la situation. Le patient qui se désamalgame progressivement de ses parties peut alors devenir *spectateur* de la scène jouée, qui représente ses conflits psychiques. Et dans l’espace du jeu, il peut mettre en route sa créativité pour donner une autre issue à la pièce. Comme si thérapeute et patient créaient à eux deux un appareil psychique plus ample, plus *contenant*, une scène de théâtre où les acteurs —ayant davantage d’espace— peuvent rejouer et réinventer la pièce qui se joue habituellement dans l’espace psychique du patient. Pour le dire avec Quinet, qui se réfère à ‘l’autre scène’ évoquée par Freud dans son étude des rêves, et à Lacan pour qui ‘l’inconscient est structuré comme un langage’ : on peut alors parler de ‘l’inconscient structuré comme un théâtre’.⁷⁷

e. Clivage et identité

Pour Edmond Marc, les psychothérapies se divisent en deux groupes selon leur abord de la notion de *régression* : le premier, incluant la psychanalyse, considère comme pathologique, mais inévitable, le retour à des stades archaïques de développement au cours de la cure ; et le second, autour des approches rogériennes et systémiques, utilise les fixations aux stades antérieurs comme des outils de progression.⁷⁸ Ces deux courants se recoupent : alors que Freud considère la régression comme un obstacle à la guérison, Sandor Ferenczi y voit l’opportunité, en développant un cadre *sécurisant*, de permettre un effet ‘réparateur par rapport aux traumatismes de l’enfance’. Envisageant le retour d’attitudes infantiles durant la cure, il juge que ‘nous n’estimons pas à sa juste mesure la profondeur de ce clivage’ : pour lui, la régression peut être utilisée pour favoriser un état de transe permettant abréaction et réparation. De même pour Donald Winnicott, les traumatismes infantiles entraînent la constitution d’un ‘faux-Self’, construit par adaptation à un environnement carenciel, qui ‘étouffe’ les affects authentiques. Offrir au patient, par une attitude empathique et ‘chaleureuse’, la possibilité de régresser jusqu’à la situation carencielle, lui permettrait de réhabiliter son ‘vrai-Self’ —et d’exprimer la colère relative aux carences primitives— afin de poursuivre son développement. Marc affirme donc que les développements ultérieurs de la psychanalyse, incluant des modifications du cadre habituel

de *neutralité*, permettent de mener à un travail positif avec les parties infantiles, bloquées à un stade de développement antérieur.

Chabert & Kahn rappellent que Freud élabore dès ses premiers travaux la notion de *clivage* à partir des travaux de Janet. Le fait que le moi soit clivable ‘explique sa capacité d’auto-observation’ —une part du moi peut ainsi développer une relation avec une autre part.⁷⁹ D’après elles, Freud n’a jamais réellement séparé les notions de *refoulement* (entraînant une répression d’affects pulsionnels intolérables) et de *clivage* (entraînant une négation d’une partie du monde extérieur). Il décrit des situations, en particulier dans la mélancolie, où ‘le moi [est] divisé, partagé en deux parties dont l’une s’acharne contre l’autre’. Les auteures affirment que la séparation stricte entre refoulement (mécanisme habituellement névrotique) et clivage (mécanisme habituellement psychotique) n’a pas lieu d’être : le clivage serait ‘un processus de défense courant, banal’, qui comporte néanmoins un risque de ‘déchirure du moi’, déchirure qui peut néanmoins ‘guérir’ via le ‘transfert’.

Dans le Vocabulaire de la Psychanalyse, le clivage est défini comme ‘la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l’endroit de la réalité extérieure [...] : l’une tient compte de la réalité, l’autre dénie la réalité en cause [...]’. Ces deux attitudes persistent côte-à-côte sans s’influencer réciproquement’.⁸⁰ Emmanuelle Bonneville, à partir des travaux de Geneviève Haag et René Roussillon, élabore un modèle de ‘multi-clivage de la personnalité’ chez des enfants ayant un trouble grave du comportement.⁸¹ Ses descriptions sont étonnamment proches de celles rapportées par nos participantes : une partie ‘machine’ qui ne ressent rien, une partie ‘terroriste’ qui agresse les autres —évocatrices des parts protectrices mentionnées par les participantes—, une partie ‘bébé à l’agonie’, solitaire et impuissant face à sa détresse —qui rappelle les parts infantiles, porteuses d’affects traumatiques, qui ont été *exilées*. Enfin, elle décrit également ‘une partie qui semble plus saine’ et ‘correspondrait à un objet soignant, attentif, empathique et consolateur’, qui correspond à l’état de *Self* de l’approche IFS, une figure d’attachement sécuritaire potentiellement présente (mais souvent masquée) au sein du psychisme de tout individu. L’effet des traumatismes précoces, chez des enfants dont les parents ont eux-mêmes d’importantes difficultés émotionnelles, aboutirait à ce ‘multi-clivage’ qui se caractérise par des passages ‘brutaux’ de l’identification d’une partie à une autre. Elle préconise de ‘ne pas se laisser leurrer’

par certaines parties prédominantes, qui en masquent d'autres, abordant ainsi le psychisme comme un ensemble interactionnel de parts relativement autonomes, en relation les unes avec les autres.

Pour René Diatkine, les relations interpersonnelles sont un modèle métaphorique permettant de décrire les conflits intrapsychiques.⁸² Il affirme : 'On a souvent dit que le "Moi", le "Surmoi", étaient des "personnes", ce qui traduit un indiscutable aspect de la réalité psychique'. La rencontre avec 'l'autre', qui est 'un support de projection', a lieu 'dans l'espace de l'illusion', qui correspond à 'l'espace transitionnel' de Winnicott. Dès lors, on retrouve la confusion induite par le travail IFS, et rapportée par les participantes, concernant leur *identité* : lorsqu'on se considère comme un être multiple, qui énonce 'je' ? Au sein d'un être ambivalent, *qui* prend la décision de parler au thérapeute, avec quelle intention, et qui parle *de* qui ou *pour* qui ? Giorgio Agamben, à partir d'un travail sur la linguistique et la subjectivité, affirme qu'il est impossible de transmettre par le langage la totalité de l'expérience vécue : 'Le *je* [...] est une réalité purement discursive, qui ne renvoie ni à un concept ni à un individu réel'.⁸³ L'utilisation du *je* permettrait de garantir une 'unité transcendant la totalité multiple des vécus'. Le *je*, artefact linguistique, formerait un 'centre unitaire' auxquels sont imputés les actes et les vécus, permettant de les y référer 'comme à leur titulaire'. Michel Foucault affirme ainsi que le sujet 'est une place déterminée et vide qui peut être effectivement remplie par des individus différents'.⁸⁴ On peut ici filer la métaphore de la scène de théâtre où l'espace est tour-à-tour occupé par différents personnages, auquel le sujet s'identifie. Mais plutôt qu'être l'un de ces personnages, le sujet serait alors peut-être *l'auteur* de la pièce.

Nicolas Duruz, systémicien, décrit le système familial comme un 'système autopoïétique', c'est-à-dire un ensemble *couplé structurellement* avec son environnement.⁸⁵ En son sein, chaque élément se différencie en réponse aux stimulations de l'environnement, et acquiert une certaine autonomie, 'disposant d'une vie propre'. Ce terme, initialement introduit par Francisco Varela et Humberto Maturana, se réfère à la capacité, pour un système, d'engendrer spontanément sa propre organisation, en s'adaptant continuellement à des perturbations externes.⁸⁶ Mais l'expérience qu'ont les participantes des entretiens IFS permet d'élargir cette conception à la structure du moi : non pas —comme souvent considéré dans la culture occidentale— une instance

unifiée, cohérente, et stable, mais un système traversé de multiples courants, auxquels le langage tente inlassablement de donner une unité formelle. Le ‘monde interne’ et le ‘monde externe’ seraient liés par des relations de résonance, et l’un serait le modèle de l’autre par le biais des projections. La construction d’une intériorité correspondrait à la fabrication d’un ‘monde des illusions’, espace transitionnel métaphoriquement analogue au monde relationnel interindividuel. Dans cet espace métaphorique, l’individu serait composé de multiples éléments ‘autonomes’, générés de manière adaptative en réponse aux interactions changeantes avec l’environnement, et c’est de par les interactions entre ces éléments que se dégagerait l’illusion d’une unité.

Dès lors, le travail de thérapie s’apparente à la création d’un nouvel espace de dialogue intersubjectif, sécuritaire, dans lequel chaque part de l’individu peut être mobilisée et trouver une place. L’expérience particulière de la relation thérapeutique interindividuelle permettrait au système interne de modeler différemment les relations *internes* qui le composent. Mais surgit alors le risque de l’influence que peut exercer le système interne du thérapeute sur le système de son patient. Il s’agit donc, non pas de plaquer les modes relationnels du thérapeute sur ceux de son patient — fussent-ils favorables à la disparition des symptômes — mais, en libérant l’espace sur la scène intrapsychique partagée, de laisser émerger chez le patient ce ‘non-lieu’, ce ‘vide’, qui pourra *donner du jeu* aux personnages internes, permettant à la créativité intrinsèque du système de se manifester et de réarranger les relations internes comme elles doivent l’être.

4. Aspects réflexifs – Perspectives

Dans leur livre de référence sur l’IPA, Smith et collègues invitent les chercheurs à inclure une section réflexive sur leur propre processus d’apprentissage, abordant ce qui n’était pas attendu et ce qui a été surprenant.⁵⁸ Dans le champ herméneutique, Heidegger explique que nos perceptions naissent partiellement de nos préconceptions — ainsi le travail du chercheur consiste à expliciter ses préconceptions afin de s’en décoller, pour pouvoir tirer une connaissance supplémentaire du matériel.⁸⁷ Pour conclure ce travail de thèse, je vais donc à nouveau écrire à la première personne et aborder ce en quoi ma pratique a été transformée par ce travail, en tentant de formuler mes préconceptions et leur évolution. Les aspects scientifiques de ce travail sont intriqués avec des aspects personnels : le fait que j’étais simultanément à la place de

thérapeute, et de chercheur, ainsi que d'évaluateur de ma propre pratique, porte le risque que mon travail tourne en rond. La supervision et les réunions avec les collègues auront aidé à différencier ces différents enjeux, que j'aborde dans les sections ci-dessous.

a. Choix méthodologiques

J'ai choisi de travailler sur l'approche IFS car elle m'est rapidement apparue comme un outil simple, facilement utilisable, et parlant, dans le dialogue avec les patients dont j'ai eu à m'occuper au cours de mon internat de psychiatrie. Cette approche m'a servi de porte d'entrée à la thérapie psychodynamique, prise au sens large comme une manière de s'intéresser au sens des symptômes et à leur origine. Ce travail a pour force de jeter quelques ponts entre le langage de l'IFS —qui parle de Self, de parts protectrices, de parts exilées, de fardeaux et de rôles extrêmes, d'une manière parfois fermée sur lui-même et peu connectée à la littérature psychologique— et quelques termes du langage psychanalytique. Les participantes ne parlent pas le 'langage IFS' : elles parlent leur propre langage. Mais à travers ma grille de lecture, modelée et parfois rigidifiée par ma formation, j'ai perçu ce qu'elles disaient en 'termes IFS'. Néanmoins, en me rapprochant de leurs mots et en tentant d'en élaborer du sens, sans utiliser ma grille prédéfinie, j'ai dû faire appel à une autre littérature. J'y ai alors vu des mécanismes de défense, du clivage, de la projection. Il s'agit peut-être d'une fermeture de ma part —chercher à interpréter à partir de ce que d'autres ont déjà dit— mais simultanément, il s'agit d'une ouverture à un champ plus large, et d'un enrichissement, par le biais d'un dialogue avec quelques auteurs du champ psychanalytique. J'ai été assurément surpris par la direction que ce travail a prise en s'ouvrant sur ce champ d'étude. Les quelques pistes que j'ai identifiées, déjà explorées par de nombreux auteurs, seront pour moi des bases de travail pour ma pratique future de thérapeute.

Je me suis questionné sur la pertinence de réaliser une étude mixte, incluant des aspects quantitatifs —par le biais d'échelles de mesure de la symptomatologie. J'ai également hésité à décrire plus en détails l'évolution clinique au cours du suivi, et en particulier la prise (ou l'arrêt) des traitements médicamenteux, et la réduction (ou parfois l'exacerbation) des symptômes. J'ai pris le parti de ne pas faire passer d'échelles, et de ne pas détailler l'histoire psychiatrique. En

effet, des données chiffrées n'auraient pas permis de conclure, en termes de généralisabilité statistique : l'évolution des scores à des échelles aurait eu une valeur illustrative, mais il aurait été impossible d'imputer ces évolutions au suivi, à un traitement médicamenteux, ou aux effets spécifiques de l'approche IFS. D'autre part, l'étude s'attache à explorer le vécu de cette approche pour les participantes en tant qu'individus, et non pas en tant que patientes porteuses de tel ou tel diagnostic. Ces questions sont évidemment pertinentes pour la psychiatrie, mais devront être traitées dans d'autres études plus approfondies et dont la méthodologie aura été prévue pour y répondre.

b. Apports à ma pratique

Les entretiens thérapeutiques avec mes patients m'ont aidé à identifier mes propres zones sensibles, celles qui résonnent particulièrement avec le discours de mes patients, et la réflexivité permise par la recherche m'a permis de constater mes interférences, d'observer mes interprétations intempestives. Ayant démarré 'collé' au processus IFS, 'appliquant' un 'modèle de thérapie', j'ai pu graduellement m'en détacher. Et constater deux choses : d'une part l'importance de la posture thérapeutique, c'est-à-dire de ma manière d'être en tant que personne face à mes patients, et d'autre part l'influence de la théorie, du 'langage IFS', sur ma manière de comprendre et de réagir. Ma pratique est devenue moins interventionniste, davantage centrée sur l'écoute —une écoute que je souhaite attentive au langage verbal autant que non-verbal, et au dialogue avec mon patient autant qu'à mon dialogue interne.

Ce travail de recherche, en utilisant la méthodologie IPA, m'a ouvert à cette approche de recherche et à ses présupposés théoriques. J'ai pu ressentir directement l'aspect cyclique du 'cercle herméneutique', sous la forme d'une compréhension de l'ensemble de mon matériel qui allait s'approfondissant, à mesure que je me familiarisais avec chacun des énoncés des participantes ; et réciproquement d'une compréhension nouvelle des énoncés, à mesure que ma vision globale s'éclaircissait. L'analyse avait également une allure cyclique, avec des avancées soudaines et de longues phases de 'paralyse' où le matériel mûrissait. Nicolas Duruz affirme que 'le patient révèle à travers ses troubles psychiques une expérience d'habiter le monde'.⁴⁵ Ainsi, mon travail thérapeutique tend dorénavant à s'imprégner d'aspects phénoménologiques : plutôt

que d'intervenir par des interprétations ou des prescriptions, je cherche à faire préciser les mots de mes patients, en les invitant à détailler davantage ce qu'ils *cherchent à dire*. En les invitant à élaborer du sens autour de leur expérience vécue, il ne s'agit pas de viser une hypothétique 'vérité' —c'est plutôt comme si chacun de leurs mots était une 'porte', qui ouvre sur un chemin ou un paysage. Je m'attache à 'faire de l'espace' pour poursuivre les associations : lorsqu'ils ouvrent ces portes, ils peuvent ainsi raconter la *suite* de l'histoire, et peut-être d'une manière nouvelle. Tom Andersen, un des fondateurs de l'équipe réfléchissante en systémie, se réfère à ce processus comme l'exploration de ce qui se trouve *au sein des* expressions : pour lui, c'est comme si les mots énoncés *contenaient* des significations potentielles —lorsque le thérapeute répète les mots du patient, les lui renvoie comme un miroir, celui-ci peut alors écouter son propre énoncé d'une manière nouvelle et entendre, en lui, les significations qui y étaient contenues.⁸⁸

D'autre part, ce travail m'a aidé à appuyer une vision interactionnelle de la souffrance psychique. C'est-à-dire, considérer les troubles psychiatriques comme des réactions adaptées à l'environnement de l'individu, et pour lesquelles on peut donc utiliser le levier relationnel. La 'psychiatrie sociale', qui vise à intégrer le réseau du patient dès la phase aiguë d'un trouble psychiatrique, et tout au long du suivi —non pas simplement pour 'collecter des informations', mais bien pour permettre un travail relationnel à tous les stades de la crise— est actuellement en phase d'essor, et ses excellents résultats sont le motif d'un renouveau de la recherche dans ce domaine.^{50,89} La multiplication des programmes de recherche et des publications dans le champ des approches *dialogiques* (telles l'*Open Dialogue*, développé en Finlande pour la prise en charge des épisodes psychotiques aigus, et actuellement en plein essor au Royaume-Uni, en Allemagne et en Pologne), promeut une manière de traiter les troubles psychiatriques qui passe avant tout par le dialogue —non pas en polarisation avec l'approche médicale, mais de manière inclusive : il s'agit d'un dialogue qui fait intervenir les voix du patient et de son système familial, et également les voix médicales, psychologiques, sociales, etc.⁴⁴ Les valeurs qui sous-tendent ces approches ne sont pas novatrices en elles-mêmes : en effet, certains courants de la psychiatrie et de la psychanalyse considèrent les crises psychiatriques comme l'expression de conflits relationnels, internes ou externes, et mettent également l'accent sur le dialogue au premier plan de la prise en charge. Néanmoins, le développement de ces approches au sein du milieu

psychiatrique contribue à rééquilibrer la balance de pouvoir entre le patient et le discours médical : dans la lignée du mouvement du *recovery*, il s'agit ici de promouvoir une prise de décision démocratique, où les valeurs et les aspirations du patient tiennent une place importante.⁴⁸ Avec l'approche IFS, c'est une dynamique similaire qui m'a animé : de manière métaphorique, c'est au sein du système interne de l'individu que j'ai souhaité donner une place aux voix 'exclues', aux aspects désavoués de la personnalité, aux expériences désagréables qui ont été 'séparées', clivées ou refoulées. Là aussi, pour se détacher de la prise de décisions 'unilatérales' (pour reprendre le mot d'une participante) —qui reflèteraient alors la volonté d'une part de soi prédominante— et favoriser un processus décisionnel qui passe par une 'écoute de chaque partie' (Bérénice).

Cela m'a amené à revoir ma manière d'envisager le soin psychiatrique et les propositions thérapeutiques : en effet, lorsqu'on discute d'un traitement médicamenteux, d'une thérapie, d'un groupe, d'une admission en hôpital de jour, *qui décide ?* Qui accepte, qui est réticent, qui refuse ? Ce questionnement sur la nature de *ce qui prend les décisions*, sur la manière de faire des choix —et ce que cela dit sur notre identité— est le même qui m'a animé depuis le début de mon double-cursus, lorsqu'il s'était agi de choisir un laboratoire de recherche en neurosciences, étudiant ces questions avec les outils de la biologie. Gregory Bateson affirmait en 1970 que 'les concepts développés par les psychiatres dans le but de comprendre la famille en tant que système viendront à être appliqués dans la compréhension de l'individu'.⁹⁰ Ainsi, j'en suis graduellement venu à considérer comme crucial, dans toute situation où une décision doit être prise entre plusieurs acteurs, de chercher à connaître l'avis des parts initialement exclues ou écartées : c'est-à-dire, une fois l'indication posée, d'écouter les aspects de la personne qui souhaitent, tout comme ceux qui ne souhaitent pas, suivre le traitement proposé. Plutôt que de conférer le pouvoir de décision à une seule des facettes du patient —qui cherche peut-être à faire plaisir à son médecin, ou qui a peut-être peur des effets secondaires, ou qui veut peut-être se débarrasser rapidement d'un symptôme qui la gêne dans ses relations personnelles— il s'agit de favoriser un dialogue polyphonique, incluant les aspects masqués ou désavoués, afin de rendre le pouvoir de décision à la personne, considérée en tant que système.

c. Un langage désobjectivé

Le fait de parler de soi ‘en parties’ n’est peut-être pas sans risque. Il me semble que ce langage peut être précisément utilisé de manière *défensive*. En effet, confronté à une ambivalence, il est aisé de se retrancher derrière un ‘oui, une part de moi voudrait... mais une autre part de moi ne veut pas’, et ainsi dénier sa responsabilité en tant qu’individu entier. Nos choix ne deviennent plus les nôtres, et nous nous présentons comme agis par nos ‘parties’ : ‘ce n’est pas moi qui ai fait ça, c’est ma partie impulsive’. Il s’agit donc d’utiliser cette manière de parler avec précaution, et peut-être dans un cadre thérapeutique défini. Toni Herbine-Blank, une thérapeute de couple qui utilise l’approche IFS, précise dans son livre destiné à la formation des praticiens qu’il faut s’abstenir de référer au ‘langage des parties’ hors du cadre thérapeutique, sinon à s’exposer au risque de survenue de nouveaux blocages défensifs dans les interactions : ‘c’est encore ta partie alcoolique qui a fait des siennes !’ / ‘et voilà que ta partie contrôlante reprend le dessus’.⁹¹

Utiliser le ‘langage des parties’ peut faciliter la verbalisation des conflits intrapsychiques, mais le détachement par rapport à soi peut apporter au passage une confusion identitaire : ‘Qui suis-je, si je ne suis pas cette part de moi ?’ Il me semble donc que le thérapeute doit utiliser les outils interventionnels avec modération : selon le contexte, la phrase ‘Quelle part de vous dit cela ?’ peut apporter un éclairage, ou une confusion. À mon sens, c’est surtout son *écoute* qui doit prendre en compte la multiplicité de l’être qu’il a en face de lui.

Les apports fondamentaux de cette approche ne me semblent pas résider dans les artifices de *langage*, mais plutôt dans la *présence* à l’expérience interne qui est rendue possible lorsqu’on se focalise sur les interactions. Ainsi, on peut inviter la personne à observer la représentation d’une certaine part d’elle-même, et à identifier ce qu’elle ressent en l’observant. De même, on peut inviter une part à expliciter son ressenti lorsqu’elle se sent observée par le sujet. Ces outils, qui s’apparentent aux questionnements circulaires de la thérapie familiale —appliqués à l’échelle intrapsychique— semblent faciliter le retour d’affects et de représentations refoulées à la conscience. Le sujet va se mettre à ressentir ‘ce que ressent la partie’ ou à voir ‘ce que la partie veut lui montrer’, ou encore à entendre ‘ce que la partie veut lui dire’. C’est comme si le thérapeute facilitait un dialogue entre deux personnes, qui sont simultanément une seule

personne. Le thérapeute lui-même n'a pas à connaître le *contenu* de l'échange : il veille au *processus*. Or, lors d'un échange verbal, il y a toujours quelque chose qui *manque* : il est impossible de communiquer totalement son expérience interne à un autre individu. Mais la particularité de ce dialogue *interne*, parfois infraverbal, est qu'il semblerait possible à une partie de transmettre *entièrement* son ressenti à l'individu : c'est là qu'il se différencie réellement des dialogues externes. On voit dès lors une perspective de réponse à la désobjectivation induite par le 'langage des parties' : le sujet, en développant cette relation interne avec lui-même, récupère ses propres ressentis, et les *intègre*. Il ne perd pas sa capacité à dire 'je' : au contraire, son moi s'enrichit des représentations auparavant refoulées, et il devient capable de dire 'je' en leur nom.

Mais comment parler de quelqu'un d'autre que l'on perçoit comme multiple ? Pour restreindre à notre champ d'étude : comment poser un diagnostic psychiatrique si seule une des parts de l'individu présente un symptôme ? La personne qui porte en elle un 'petit garçon angoissé' doit-elle recevoir un diagnostic de trouble anxieux —ou bien seul son 'petit garçon angoissé' doit-il le recevoir ? Lorsque les manifestations symptomatiques sont externes, mesurables par un observateur extérieur, cette question peut être tranchée aisément ('le patient a X attaques de panique par jour'). Mais comment faire dans le cas où le diagnostic est posé en rapport avec les mots du patient ? Il semble que la nosographie psychiatrique, qui ne prend pas en compte la multiplicité des individus, n'ait pas les outils à sa disposition pour décrire les troubles des interactions internes. Peut-être le langage des parties peut-il amener de nouveaux questionnements nosographiques, afin d'envisager la souffrance psychique avant tout en termes de processus interactionnels, ce qui pourra ouvrir des portes vers de nouvelles manières de soigner *par le dialogue*.

Références

1. Schwartz RC. *Internal Family Systems Therapy*. Guilford Press; 1995.
2. Freud S. The Ego and the Id (1923). In: *The Id and the Ego and Other Works*. ; 1995. doi:10.1097/00000441-196111000-00027
3. Klein M. *Contributions to Psychoanalysis, 1921-1945*. Hogarth Press; 1948.
4. Jung CG. *Analytical Psychology: Its Theory and Practice: The Tavistock Lectures*. Pantheon Books; 1968.
5. Mudry TE, Strong T, Sametband I, et al. Internalized Other Interviewing in Relational Therapy: Three Discursive Approaches to Understanding its Use and Outcomes. *J Marital Fam Ther*. 2016;42(1):168-184. doi:10.1111/jmft.12110
6. Gazzaniga MS. *The Social Brain. Discovering the Networks of The Mind.*; 1985.
7. van der Kolk BA. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry*. 1994. doi:10.3109/10673229409017088
8. Surya Das L. *Awakening the Buddha within : Eight Steps to Enlightenment : Tibetan Wisdom for the Western World*. Broadway Books; 2009.
9. Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant : A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books; 1985.
10. Sweezy M, Ziskind EL. *Internal Family Systems Therapy : New Dimensions*. Routledge; 2013.
11. Spiegel L. *Internal Family Systems Therapy with Children*. Routledge; 2017.
12. Sweezy M, Ziskind EL. *Innovations and Elaborations in Internal Family Systems Therapy*. Routledge; 2016.
13. The Center for Self Leadership | All Parts are Welcome. <https://www.selfleadership.org/>.
14. Accueil - IFS Association. <http://ifs-association.com/>.

15. Home - PubMed - NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
16. PsycINFO. <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>.
17. Schwartz RC. Moving from acceptance toward transformation with internal family systems therapy (IFS). *J Clin Psychol*. 2013. doi:10.1002/jclp.22016
18. Mojta C, Falconier MK, Huebner AJ. Fostering Self-Awareness in Novice Therapists Using Internal Family Systems Therapy. *Am J Fam Ther*. 2014;42(1):67-78. doi:10.1080/01926187.2013.772870
19. Wark L, Thomas M, Peterson S. Internal family systems therapy for children in family therapy. *J Marital Fam Ther*. 2001. doi:10.1111/j.1752-0606.2001.tb01156.x
20. Prouty AM, Protinsky HO. Feminist-Informed Internal Family Systems Therapy with Couples. *J Couple Relatsh Ther*. 2002. doi:10.1300/J398v01n03
21. Wilkins EJ. Using an IFS informed intervention to treat African American families surviving sexual abuse: One family's story. *J Fem Fam Ther An Int Forum*. 2007. doi:10.1300/J086v19n03_03
22. Pais S. A systemic approach to the treatment of dissociative identity disorder. *J Fam Psychother*. 2009. doi:10.1080/08975350802716566
23. Schwartz RC, Grace P. The Systemic Treatment of Bulimia. *J Psychother Fam*. 1990;6(3-4):89-105. doi:10.1300/J287v06n03_06
24. Sweezy M. The teenager's confession: Regulating shame in internal family systems therapy. *Am J Psychother*. 2011.
25. Krug JA. Mediating inner conflict: A qualitative study on the relationship-building process with one's subpersonalities. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng*. 2013;73(11-B(E)).
26. Davis SD. Common and model-specific factors: What marital therapy model developers, their former students, and their clients say about change. *Diss Abstr Int Sect A Humanit Soc Sci*. 2005;66(2-A):775.
27. Davis SD, Piercy FP. What clients of couple therapy model developers and their former

- students say about change, part I: Model-dependent common factors across three models. *J Marital Fam Ther.* 2007. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00030.x
28. Davis SD, Piercy FP. What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part II: Model-independent common factors and an integrative framework. *J Marital Fam Ther.* 2007. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00031.x
 29. Carter SM. A study of the Internal Family Systems Model applied to remarried couples of stepfamilies in different stages of adjustment. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 1999;59(7-).
 30. Dolbier CL, Soderstrom M, Steinhardt MA. The relationships between self-leadership and enhanced psychological, health, and work outcomes. *J Psychol Interdiscip Appl.* 2001. doi:10.1080/00223980109603713
 31. Shadick NA, Sowell NF, Frits ML, et al. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: A proof-of-concept study. *J Rheumatol.* 2013. doi:10.3899/jrheum.121465
 32. Haddock SA, Weiler LM, Trump LJ, Henry KL. The Efficacy of Internal Family Systems Therapy in the Treatment of Depression Among Female College Students: A Pilot Study. *J Marital Fam Ther.* 2017. doi:10.1111/jmft.12184
 33. NREPP | SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/nrepp>.
 34. Foundation for Self Leadership – Adherence Scale. <https://foundationifs.org/research>.
 35. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *Am Psychol.* 2010. doi:10.1037/a0018378
 36. Lachenbruch PA, Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). *J Am Stat Assoc.* 1989. doi:10.2307/2290095
 37. Thurin J-M. Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN.* 2016;14(1):29-51.

38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*; 2016. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
39. Plagnol A, Pachoud B, Granger B, Sicard D. *Les Nouveaux Modèles de Soins : Une Clinique Au Service de La Personne.* Doin; 2018.
40. Seikkula J, Arnkil TE, Hoffman L. *Dialogical Meetings in Social Networks.* Karnac; 2006.
41. Kopta SM, Lueger RJ, Saunders SM, Howard KI. Individual Psychotherapy Outcome and Process Research: Challenges Leading to Greater Turmoil or a Positive Transition? *Annu Rev Psychol.* 1999;50(1):441-469. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.441
42. Whitley R, Crawford M. Qualitative research in psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2005. doi:10.1177/070674370505000206
43. Levant RF, Hasan NT. Evidence-Based Practice in Psychology. *Prof Psychol Res Pract.* 2008;39(6):658-662. doi:10.1037/0735-7028.39.6.658
44. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Fam Process.* 2003. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x
45. Duruz N. Faut-il en finir avec la pluralité des orientations en psychothérapie ? *Médecine & Hygiène.* 2006;26(2):69-77. doi:10.3917/psys.062.0069
46. Yardley L. Dilemmas in qualitative health research. *Psychol Heal.* 2000. doi:10.1080/08870440008400302
47. Vicary S, Young A, Hicks S. A reflective journal as learning process and contribution to quality and validity in interpretative phenomenological analysis. *Qual Soc Work.* 2017. doi:10.1177/1473325016635244
48. Koenig M. Rétablissement dans la schizophrénie et sens de soi. *Ann Med Psychol (Paris).* 2017. doi:10.1016/j.amp.2017.08.001
49. Whitaker R. Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Hum Psychol Psychiatry.* 2005. doi:10.1111/j.1468-

5922.2013.02021_5.x

50. Bergström T, Alakare B, Aaltonen J, et al. The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*. 2017;9(4):310-321. doi:10.1080/17522439.2017.1344295
51. Anderson H. In the space between people: Seikkula's open dialogue approach. *J Marital Fam Ther*. 2002. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb01185.x
52. Vullierme JL. *Miroir de l'Occident: Le Nazisme et La Civilisation Occidentale*. Toucan; 2014.
53. Frankl VE. Logotherapy and existentialism. *Psychother Theory, Res Pract*. 1967. doi:10.1037/h0087982
54. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. *Qual Inq*. 2002. doi:10.2307/330063
55. Earley J. *Self-Therapy: A Step-by-Step Guide to Creating Inner Wholeness Using IFS, a New, Cutting Edge Psychotherapy*. Mill City Press; 2009.
56. Audacity ® | Free, open source, cross-platform audio software for multi-track recording and editing. <https://www.audacityteam.org/>.
57. Releases · abentele/Erbele · GitHub. <https://github.com/abentele/Erbele/releases>.
58. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*.; 2009.
59. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In: *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. ; 2008. doi:10.1002/9780470776278.ch10
60. Blais M, Ph D, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d ' une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual*. 2006;26(2003):1-18. doi:10.1108/13555850610658282
61. NVivo qualitative data analysis software | QSR International.

- <https://www.qsrinternational.com/nvivo/home>.
62. R: The R Project for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>.
 63. Cassanas J. Questionnement circulaire et identification. *Dialogue Can Philos Assoc*. 2003;161(3):53-64. doi:10.3917/dia.161.0053
 64. Pancheri E. Psychothérapie individuelle d'orientation systémique. *Psychothérapies*. 2003;23(2):113-121. doi:10.3917/psys.032.0113
 65. Steiner T. *La thérapie orientée vers les solutions. Avec les enfants, adolescents et leurs familles*. Toulouse: ERES; 2018.
 66. Golse B, Braconnier A. *Clivages : Du Bébé À l'adolescent, Entre Séparation et Rupture*. Éditions Érès; 2016.
 67. Maes J-C. Essai de (re)définition des mécanismes de clivage. *Psychothérapies*. 2005;25(2):81-89. doi:10.3917/psys.052.0081
 68. Herman J. *Trauma and Recovery*. BasicBooks; 1992.
 69. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods (5th Ed.)*; 2014. doi:10.1097/00001610-199503000-00004
 70. Chiland C. Pour une méta-théorie de la psychothérapie. *Perspect Psy*. 2012;51(4):356-363.
 71. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment. *Psychoanal Inq*. 2013. doi:10.1080/07351690.2013.835170
 72. Ablon JS, Levy RA, Katzenstein T. Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy*. 2006;43(2):216-231. doi:10.1037/0033-3204.43.2.216
 73. Haynal-Reymond V. La "danse" du thérapeute avec son patient. *Psychothérapies*. 2010;30(2):83-88. doi:10.3917/psys.102.0083
 74. Hefez S. Contre-transfert et résonance : le thérapeute en présence du patient. *Cah Crit thérapie Fam Prat réseaux*. 2010;n° 45(2):157. doi:10.3917/ctf.045.0157

75. Winnicott DW. *Jeu et Réalité : L'espace Potentiel*. Gallimard; 1975.
76. Selz M. Cadre, jeu et indications au psychodrame. *Le Coq-héron*. 2014;217(2):13-20.
doi:10.3917/cohe.217.0013
77. Quinet A. L'Inconscient structuré comme un théâtre. *Savoirs Clin*. 2010;12(1):188-195.
78. Marc E. La régression thérapeutique. *Gestalt*. 2002;23(2):29-50.
79. Chabert C, Kahn L. Il y a clivage et clivage. *Le Carnet PSY*. 2015;190(5):20.
doi:10.3917/lcp.190.0020
80. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de La Psychanalyse*.; 1981. doi:10.1016/0022-3999(67)90034-7
81. Bonneville E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *Psychiatr Enfant*. 2010;53(1):31-70. doi:10.3917/psy.531.0031
82. Diatkine R. Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Vol 2. Quadrige. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004:1039-1087.
doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.1039
83. Agamben G. *Ce Qui Reste d'Auschwitz : L'archive et Le Témoin*. Payot & Rivages; 2003.
84. Foucault M. *L'archéologie Du Savoir*. Gallimard; 1969.
85. Duruz N. La psychothérapie individuelle d'orientation systémique : une thérapie sans famille ? *Thérapie Fam*. 2011.
86. Varela FG, Maturana HR, Uribe R. Autopoiesis: The organization of living systems, its characterization and a model. *BioSystems*. 1974. doi:10.1016/0303-2647(74)90031-8
87. Leung K-W. Heidegger's Concept Of Fore-structure And Textual Interpretation. *Phainomena*. 2011;79:23-40.
88. Anderson H, Jensen P. *Innovations in the Reflecting Process: The Inspirations of Tom Andersen*. Karnac; 2007.

89. Thomas SP. Open-Dialogue Therapy: Can a Finnish Approach Work Elsewhere? *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(10):613-613. doi:10.3109/01612840.2011.608314
90. Bateson G. A systems approach. *Int J Psychiatry.* 1970;9:242-244.
91. Herbine-Blank T, Kerpelman DM, Sweezy M. *Intimacy from the Inside Out: Courage and Compassion in Couple Therapy.* Taylor & Francis; 2015.

Annexes

1. Annexe 1 – IFS Adherence Scale

IFS Adherence Scale Inter-rater Reliability Study	
<p>Based on the IFS construct definitions, after reviewing the recorded session and noting visual and auditory observations of both therapist and patient/client for consistency with such constructs, please rate the following statements. For each statement, please make the most appropriate choice; choose 0 if you consider the corresponding construct not to have been "observed in the session" (i.e., statement as presented is not valid in your assessment) and choose 1 if the construct has been "observed" (i.e., statement as presented is valid).</p>	
OVERALL PROCESS (Direct Access)	
	No (0) Yes (1) Not Sure
1. The therapist used ONLY the process of Direct Access with the "part(s)" of the patient/client.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
If you chose Yes for the above statement, please go directly to Statement 13.	
If scale used in print, this page is left blank for notes.	

IFS Adherence Scale | Inter-rater Reliability Study

OVERALL PROCESS (Self & Insight)

	No (0)	Yes (1)	Not Sure
2. The therapist helped guide the patient/client to access Self.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. The therapist was able to facilitate the process of Insight for the client.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INITIAL STAGES

	No (0)	Yes (1)
4. The therapist was able to help the patient/client identify and contract with a part at some point i the during the session.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. The therapist identified when the patient/client was blended with a part, evidenced by using implicit or explicit direct access.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. The therapist assisted the patient/client in unblending from a part by asking questions that facilitated "unblending."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. The therapist assisted the patient/client in reporting how the patient/client felt toward a part.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. The therapist established that the patient/client had unblended from a part.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDENTIFYING & WITNESSING STAGES

	No (0)	Yes (1)
9. The therapist helped the patient/client identify a Protector part.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. The therapist assisted the patient/client in identifying an Exiled part.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. The therapist helped guide the Self of the patient/client to witness the client's part(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RETRIEVAL & UNBURDENING PROCESSES

	No (0)	Yes (1)
12. The therapist helped guide the Self of the patient/client to lead the part in a retrieval or unburdening process during the session.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. The therapist used one or many prompts to achieve this objective.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

THERAPIST'S DISPOSITION

	No (0)	Yes (1)
14. Did the therapist display one or more of Self's "C" characteristics (see below)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Did the therapist displayed one or more of Self's "P" characteristics (see below)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IFS Adherence Scale | Inter-rater Reliability Study

If Yes to either, please check all the "C" or "P" characteristics that were observed.

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Compassion | <input type="checkbox"/> Creativity | <input type="checkbox"/> Persistence |
| <input type="checkbox"/> Calmness | <input type="checkbox"/> Courage | <input type="checkbox"/> Perseverance |
| <input type="checkbox"/> Curiosity | <input type="checkbox"/> Connectedness | <input type="checkbox"/> Playfulness |
| <input type="checkbox"/> Clarity | <input type="checkbox"/> Patience | |
| <input type="checkbox"/> Confidence | <input type="checkbox"/> Perspective | |

16. Did the client make reference to any of these constructs?

- No (0)
 Yes (1)

17. If none of these constructs were observed, what is your interpretation or explanation?

This IFS Adherence Scale was developed by a group of mental health, medical and research professionals (Lois Ehrmann, PhD; Pamela Krause, LCSW; Francois Le Doze, MD; Toufic Hakim, PhD; and Nancy Wonder, PhD) and is accompanied by a series of constructs about the IFS model. This scale is the property of the Foundation for Self Leadership, but researchers are encouraged to use it in their research and are encouraged to offer donations to the Foundation at www.FoundationIFS.org/donate to advance IFS research.

The IFS Therapy protocol was developed by Richard Schwartz, PhD, as Internal Family Systems Therapy in the early eighties. You may read more about IFS on www.FoundationIFS.org or www.SelfLeadership.org.

(c) Copyright 2014 Foundation for Self Leadership.
Use permitted for research. Donations to the Foundation are encouraged (www.FoundationIFS.org).

For questions, please contact the Foundation for Self Leadership or write to Research@FoundationIFS.org.

2. Annexe 2 – Guide d’entretien semi-dirigé

1. Que vous a apporté ce suivi thérapeutique ?

Relance : Quels effets sur le plan des symptômes ?

2. Pourriez-vous décrire votre expérience du travail avec les différentes parts de vous-même ?

3. Quel intérêt / quelles particularités trouvez-vous à ce travail ?

4. Quelles limites / inconvénients trouvez-vous à ce travail ?

5. Comment avez-vous perçu le rôle / l’attitude de votre thérapeute ?

Relance : Le fait que ce soit moi —votre thérapeute— qui fasse passer cette interview interfère-t-il avec vos réponses ?

6. Souhaitez-vous évoquer ou détailler une séance qui vous a laissé des impressions ?

Relance : Est-ce qu’une certaine part de vous souhaiterait donner ses propres impressions ?

7. Avez-vous des suggestions concernant les modalités de la thérapie ? (durée, fréquence, etc.)

Relance : Comment avez-vous trouvé les modalités thérapeutiques dans votre cas ?

8. Souhaitez-vous ajouter des commentaires libres ?

Relance : Idées ou suggestions par rapport à l’approche IFS, à la recherche dans ce domaine ?

Entretiens thérapeutiques fondés sur le modèle *Internal Family Systems* : une étude qualitative.

Résumé : Le modèle *Internal Family Systems* (IFS) est une approche de thérapie individuelle systémique récente. Des études quantitatives préliminaires suggèrent son efficacité dans les troubles anxieux et dépressifs. Néanmoins, indications et format thérapeutique ne sont pas codifiés, et aucune étude qualitative de l'IFS n'a été publiée à ce jour dans le champ psychiatrique. Cette étude explore l'expérience d'un suivi psychothérapeutique fondé sur l'IFS, chez des patients suivis en unité de psychiatrie ambulatoire, avec une méthodologie d'analyse phénoménologique interprétative. Des entretiens semi-dirigés ont été conduits avec cinq participantes. Cinq axes d'expérience ont émergé : (1) un dialogue intérieur imagé et profond ; (2) un travail bref et intense de connaissance de soi ; (3) clivage et réconciliation ; (4) la relation thérapeutique entre confiance et besoin d'autonomie ; (5) un apaisement émotionnel et relationnel. Les entretiens thérapeutiques ont été perçus comme surprenants, parfois perturbants, et le travail avec la multiplicité du psychisme a mené les participantes à des questionnements sur leur identité. Le suivi thérapeutique a permis de ré-expérimenter des affects clivés et refoulés suite à des événements traumatiques ; de cesser d'avoir recours à l'évitement expérientiel ; et de mener à la réconciliation avec les aspects désavoués du moi. Le processus thérapeutique de l'approche IFS est discuté, la rapprochant du champ des thérapies psychodynamiques. Cette approche utilise la régression et le clivage de la personnalité comme outils de travail, pour conduire une forme de psychodrame intérieur. Le processus réflexif du chercheur est également discuté.

Mots-clefs : psychothérapie ; systémie ; psychanalyse ; étude qualitative ; analyse phénoménologique interprétative (IPA) ; internal family systems (IFS) ; psychiatrie ambulatoire.

Using the Internal Family Systems model in therapeutic interviewing: a qualitative study.

Abstract: The Internal Family Systems (IFS) model is a recent systemic individual therapeutic approach. Quantitative preliminary studies suggest its efficacy in anxiety and depressive disorders. However, indications and therapeutic format are not codified, and no qualitative study of IFS has been published in the psychiatric field to this day. The present study explores outpatient psychiatric patients' experience of an IFS-based psychotherapeutic follow-up, using interpretative phenomenological analysis. Semi-structured interviews were conducted with five participants. Five superordinate themes emerged: (1) an deep and visual internal dialogue; (2) a brief and intense work of self-awareness; (3) personality split and reconciliation; (4) the therapeutic relationship between trust and need for autonomy; (5) an emotional and relational assuagement. Therapeutic interviews were seen as surprising, sometime disturbing, and working with psychic multiplicity led participants to question their identity. The therapeutic follow-up allowed the re-experiencing of affects that were split and repressed following traumatic events; the letting go of experiential avoidance; and the reconciling with disowned parts of the self. The therapeutic process of the IFS approach is discussed, bringing it close to psychodynamic therapy. This approach uses regression and personality split as working tools, to conduct a kind of internal psychodrama. The reflexive process of the researcher is also discussed.

Keywords: psychotherapy; systemics; psychoanalysis; qualitative study; interpretative phenomenological analysis (IPA); internal family systems (IFS); outpatient psychiatry.

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15 rue de l'École de Médecine
75270 Paris Cedex 06**