

Intégrer la peur et l'angoisse comme données existentielles : L'utilisation de l'imaginaire onirique en thérapie

Philippe GROSOBOIS ¹, Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie

Herbert Schaffer écrivait en 1977 à propos de l'imagination :

« C'est une fonction psychique qui joue un rôle important dans l'exercice de certaines activités psychiques. Autrefois décriée comme « folle du logis », elle est aujourd'hui réhabilitée.

La fonction imaginative est à la base de toute créativité, de toute inventivité. C'est elle qui assure la vue prospective.

Dans sa fonction prospective, elle est tournée vers l'avenir, elle se préoccupe des problèmes que le sujet doit résoudre, elle anticipe sur ce qui pourrait se passer. »

C'est elle que le philosophe Gaston BACHELARD appelle l'imagination imaginante ou imageante.

L'imagination est génératrice de productions oniriques diurnes et nocturnes.

Dans sa technique psychothérapique, ADLER utilisait les productions de l'imagination des rêves nocturnes et diurnes. Il y recherchait les indices de la structure de la personnalité et le degré de développement du sentiment social. (2)

Sentiment social qui est désigné également par ADLER par les expressions de « sens social » ou « sens communautaire », c'est à dire un état affectif qui, selon lui :

- Résulte dès la naissance de ce que l'on nomme aujourd'hui les interactions précoces mère-enfant ;
- Est indispensable pour le développement de l'enfant ;
- Fonde le développement de la relation à autrui ;
- Passe notamment par le contact physique, autrement dit par le corps, dans le cadre de cette relation mère-enfant.

Comment les aléas du développement de ce sentiment social peuvent-ils être amenés à être travaillés cliniquement dans le cadre de certaines approches psychothérapiques faisant appel à l'imaginaire onirique, autrement dit une catégorie particulière d'imaginaire diurne pouvant être induit au cours des séances ?

Cela nécessite de se pencher, dans une perspective phénoménologique, sur le vécu des patients dans le cadre psychothérapique particulier qu'est l'utilisation de l'imagerie onirique, en insistant sur le vécu du corps, de l'espace et du temps sur un plan imaginaire (pas au sens lacanien du ternaire « réel-imaginaire-symbolique » - qui renvoie à une conception de la problématique œdipienne - mais dans une perspective phénoménologique et herméneutique au sein de laquelle Gilbert DURAND considère que l'imaginaire ou plutôt l'imagination symbolique est un facteur d'équilibration psychologique :

Dans les thérapeutiques comme le rêve éveillé, la méthode de « réalisation symbolique » de SÈCHEHAYE ou l'« onirothérapie d'intégration » de VIREL, « le changement de régime institue dans le champ de l'imagination d'abord, de la conduite ensuite, une rééquilibration symbolique. (3)

La peur, l'angoisse et l'imaginaire comme éléments du cadre psychothérapique

Autrement dit il s'agit ici de faire le lien avec le fait que certains dispositifs psychothérapiques déterminent une altération de l'état de conscience ainsi qu'un abaissement du niveau de vigilance ; ils sont en effet basés sur une mise en condition physique et psychologique préalable induisant une relative déconnexion vis à vis des repères sensoriels habituels de la veille et favorisant un vécu corporel imaginaire comportant une dimension anxiogène (du côté du lâcher prise, de l'abandon, de la régression).

¹ Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Institut de psychologie et Sociologie Appliquées, Université catholique de l'Ouest, Angers, ancien secrétaire de la Société Internationale des Techniques d'Imagerie Mentale (SITIM)
phil.grosbois@free.fr

Cette dimension anxio-gène, loin d'être un facteur pathogène, du fait qu'elle relève de la responsabilité du thérapeute et qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une relation de confiance suffisante – une alliance thérapeutique – constitue une sorte d'apprentissage, de familiarisation avec la peur et l'angoisse, une peur et une angoisse d'abord corporalisée puis s'exprimant sous forme d'un langage symbolique, celui des images et des scénarios imagés. Les effets psychothérapeutiques sont liés au fait que nous sommes amenés à travailler cliniquement des situations problèmes conflictuelles représentées symboliquement par ce vécu corporel imaginaire ainsi que ces imageries mentales.

On peut faire ici l'analogie avec la cure psychanalytique qui aborde elle aussi de façon détournée le symptôme, les problématiques psychiques du sujet. Celles-ci sont en effet abordées sur une autre scène, celle des rêves nocturnes, des phantasmes et des associations libres d'idées en psychanalyse, celle de l'imaginaire onirique dans les cures utilisant l'imagerie mentale, scène sur laquelle le sujet transpose de façon symbolique ses difficultés psychiques.

Par ailleurs, la notion de dissociation, comme en hypnose, nous semble être à la fois une condition nécessaire et un facteur d'efficacité thérapeutique, outre le fait que cela permet de réhabiliter une dissociation non pathologique, facteur commun de ces approches, partagé avec les états de transe et l'époque où l'on utilisait en psychothérapie les hallucinogènes comme le LSD, soit au cours des années 1950-1960. Pierre JANET considérait d'ailleurs la dissociation tant comme un phénomène psychopathologique (réintroduit en 1911 par BLEULER sous le terme de *Spaltung* et repris notamment par Henri EY sous l'expression de « syndrome de dissociation » à propos de la schizophrénie) que comme un agent thérapeutique. (4)

Psychanalyse, psychothérapie et imagerie mentale

Comme le souligne Michel DENIS (5), si les images mentales sont depuis longtemps prises en compte dans la pratique clinique, le développement des méthodes psychothérapeutiques fondées sur l'imagerie est relativement récent. Les avantages attribués à l'imagerie mentale utilisées dans un cadre psychothérapeutique sont liées, selon celui-ci, à la valeur émotionnelle des images et au fait que les affects qu'elles expriment sont très peu fréquemment accessibles à l'expression verbale. Par ailleurs, l'imagerie s'avère être un moyen d'accès privilégié à la mémoire des périodes précoces de la vie, antérieures à l'apparition de la parole ou, du moins, à sa prédominance. Elle constitue ainsi, comparée à l'expression verbale – même si cette dernière a une place fondamentale lors des séances – une expression plus directe des aspects inconscients du psychisme, plus proche des processus primaires et moins soumise au mécanisme de censure.

Deux orientations psychothérapeutiques se sont intéressées au surgissement d'images mentales : d'une part la psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique ou apparentées, (mettant l'accent sur la "profondeur" des phénomènes psychologiques révélés par ces images, d'où l'ancienne appellation générique de « psychologie des profondeurs » désignant ces méthodes), d'autre part les thérapies cognitivo-comportementales (utilisant les principes du conditionnement).

Dans le cadre de la théorie freudienne, les images survenant spontanément (c'est à dire sans induction ni mise en condition préalable particulière lors d'une cure analytique ou d'une psychothérapie analytique) sont considérées comme des manifestations de la résistance du patient au travail analytique, autrement dit comme une régression temporaire à une forme de cognition plus primitive que l'expression verbale liée à la règle dite fondamentale de l'association des idées. Dans le même cadre théorique, une autre interprétation considère l'imagerie comme un langage privilégié de l'inconscient, au sens où les images sont l'expression directe, éruptive, dans le champ de la conscience, des idées et des sentiments refoulés. Celles-ci, en tant que représentations symboliques des conflits inconscients du sujet, sont alors considérées comme porteuses de sens et orientent l'évaluation psychopathologique ainsi que le processus psychothérapeutique.

Dans cette perspective, la fonction des images n'est plus seulement diagnostique du fait qu'elles constituent le matériau même du travail thérapeutique. Les méthodes les plus fréquemment citées sont le rêve éveillé dirigé (Robert DESOILLE), l'onirothérapie d'intégration (Roger FRÉTIGNY et André VIREL), la psychothérapie eidétique (Akhter AHSEN), la *Kathathymes Bilderleben* (l'imagerie affective guidée de Hanscarl LEUNER) et le cycle supérieur du Training Autogène (Johannes Heinrich SCHULTZ).

Il faut remonter à la période « pré-psychanalytique » des travaux de FREUD, en particulier l'époque de ses études sur l'hystérie avec BREUER ainsi que son travail sur le rêve, pour trouver trace de son intérêt pour les images mentales au sein de sa pratique clinique. Il était en effet amené

à utiliser de temps en temps une suggestion d'émergence d'un souvenir sous forme d'idées ou d'images. Il précisait à ce sujet qu'il cherchait à obtenir un état différent de celui de la pensée rationnelle propre à l'état conscient habituel et faisait discrètement allusion, de façon analogique, aux pratiques de divination utilisées par les voyantes... Les analystes qui commentent aujourd'hui les recherches cliniques de FREUD à l'époque où il n'avait pas encore abandonné l'hypnose - ce qui l'amenait à toucher le patient - se focalisent en général sur la question du pourquoi de l'abandon de l'hypnose et de l'interdit du toucher mais négligent le fait que celui-ci faisait appel indifféremment à une *libre association d'idées* ou une *libre association d'images*, prenant ainsi en compte la dimension affective et symbolique de ces dernières.

Voici un exemple clinique cité par FREUD dans son *Interprétation des rêves*, cas qui met en évidence, d'après celui-ci, « la dépendance intime et bilatérale entre la conscience et la censure », qui illustre pour nous le fait que FREUD n'interprétait pas encore ces productions imagées comme l'expression d'une résistance au traitement mais au contraire les favorisaient en tant qu'artifice technique possible et les appréhendaient au même titre que les éléments du rêve hypnique (nocturne). On notera en outre ce qui deviendra chez FREUD une dominante dans l'interprétation de l'activité onirique, à savoir la référence à la sexualité, plus particulièrement ici l'angoisse de castration et la problématique œdipienne :

« On m'amène un jeune garçon de quatorze ans qui souffre de tics convulsifs, vomissements hystériques, migraines, etc. *Pour commencer le traitement psychanalytique, je le prie de fermer les yeux et de me dire quelles images ou quelles idées lui viennent à l'esprit. Il répond par des images.* La dernière impression qu'il a eue avant de venir me trouver reparait sous une forme visuelle. Il avait joué aux dames avec son oncle, *il voit l'échiquier*. Il parle de la place des pions, plus ou moins favorable, des coups que l'on peut tenter. *Puis il voit sur l'échiquier un poignard, qui appartient à son père. Puis une faucille, ensuite une faux. Il a l'image d'un vieux paysan qui fauche le gazon devant la maison paternelle, pourtant bien éloignée.*

Au bout de peu de jours, j'avais compris le sens de cette accumulation d'images. Le garçon avait été impressionné par une vie de famille orageuse. Son père était un homme dur et coléreux, qui vivait en mauvais termes avec sa mère et ne connaissait d'autres moyens d'éducation que les menaces; il y avait eu divorce et l'enfant s'était trouvé séparé d'une mère tendre et douce ; un beau jour, le père s'était remarié et avait amené à la maison une jeune femme qui devait être la nouvelle maman. C'est aussitôt après que le garçon tomba malade.

La fureur contre son père, qu'il s'efforce d'étouffer, rassemble les images précédentes qui contiennent des allusions fort claires. La mythologie en a fourni les éléments. La faucille est celle avec laquelle Zeus a émasculé son père, et le paysan est Kronos, le méchant vieillard qui mange ses enfants et dont Zeus tire une vengeance si peu filiale. Le mariage du père est une occasion de lui retourner les reproches et les menaces qu'il fit autrefois à l'enfant parce qu'il jouait avec ses organes génitaux (le jeu de dames, les coups défendus, le poignard meurtrier). Voilà les souvenirs longtemps refoulés et leurs dérivés inconscients qui se sont glissés dans la conscience sous forme d'images en apparence vides de sens.

Ainsi la valeur théorique des études sur le rêve réside pour moi dans la contribution qu'elles apportent à la connaissance psychologique des psychonévroses. » (6)

De son côté, Anna FREUD, confrontée à l'obstacle majeur sur lequel bute à l'époque la technique psychanalytique classique, à savoir la psychanalyse de l'enfant, souligne que cela a conduit les analystes d'enfant à « chercher des techniques compensatrices », notamment celles faisant appel à l'imaginaire, telles que le jeu ou l'imagination libre ou induite ainsi que les rêveries. Elle écrit en 1927 :

« A côté de l'interprétation des rêves, celle des rêveries joue aussi un grand rôle dans l'analyse des enfants. Plusieurs, parmi ceux que j'ai soignés, étaient de grands rêveurs, et le récit de leurs fantaisies fut d'une grande utilité dans l'analyse. Il est, en général, très facile d'amener des enfants dont on a déjà gagné la confiance à raconter leurs rêveries. Ils les racontent plus facilement, ils ont certainement moins honte que l'adulte qui les taxe d'enfantillages. Tandis que l'adulte, précisément parce qu'il en a honte et les méprise, ne les apporte à l'analyse que tardivement et en hésitant, l'enfant, lui, les communique fort à propos déjà dans le stade difficile du début. » (7)

Le manque de disposition à l'association libre des idées chez l'enfant l'amène à faire appel occasionnellement à des productions d'images mentales suscitées chez celui-ci, procédé qu'elle définit curieusement comme différent, alors qu'il s'agit bien pourtant du même processus associatif portant non plus sur des idées mais sur des images :

« J'eus en traitement une fillette très douée pour le dessin, par conséquent très visuelle. *Je pouvais lui demander, à certaines occasions, lorsque j'étais à bout de ressources, de « voir des images ». Alors, les yeux fermés, ramassée sur elle-même, elle suivait avec une attention extraordinaire les choses qu'elle voyait en elle.*

Elle me donna un jour, de cette manière, l'explication d'un état de résistance qui durait depuis longtemps. Le thème de l'analyse était alors la lutte contre l'onanisme de l'enfant et le détachement de la bonne, vers laquelle la petite se réfugiait avec un redoublement de tendresse pour se protéger contre mes tentatives de libération.

Je lui demandais de « voir des images », et la première qui apparut en elle amena cette réponse: « La bonne s'en va en volant par-dessus la mer », ce qui signifiait, avec les images suivantes de diables qui dansaient autour de moi, que j'arriverais à l'emporter sur la bonne. Alors, la petite n'aurait plus aucune protection en face de son onanisme, et serait rendue "méchante" par moi. »

Evolution de l'usage psychothérapeutique de l'imagerie mentale

Suite aux expérimentations de FREUD et sa fille, se sont développées essentiellement dans les années 1910-1930 diverses méthodes psychothérapeutiques basées sur l'utilisation de l'imagerie dans une orientation psychanalytique (telles que la « méthode de la conscience imagée » de Carl HAPPICH ou la « méthode phantasmatique » de Léon Pierce CLARK. WIDLÖCHER considère que d'autres approches dissidentes de l'orthodoxie psychanalytique comme « l'imagination active » de Carl Gustav JUNG ou « l'onirothérapie d'intégration » d'André VIREL seraient moins fondées sur l'opposition entre processus primaires et secondaires que sur un imaginaire visuel :

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler combien un tel point de vue a exercé une influence stimulante sur tout un courant de recherches psychothérapeutiques qui ont tiré partie de l'imaginaire visuel, l'imagerie mentale de VIREL, pour réveiller et épanouir chez le patient une activité et une spontanéité disparues. Dans ces méthodes, l'imaginaire visuel est bien la voie privilégiée pour accéder au monde de l'imaginaire.

En fait, si l'imagerie visuelle est prédominante dans ces approches, il faut cependant souligner que les méthodes accordant une importance fondamentale à la mise en condition préalable – qui présentent certains points communs avec la phase initiale des méthodes psychothérapeutiques de relaxation - favorisent un état de déconnexion relatif d'avec la réalité du monde externe et, par conséquent, que les productions imagées surgissant spontanément grâce à cet abaissement du niveau de vigilance ont leurs racines dans un vécu corporel cénesthésique. Ceci signifie qu'elles concernent donc, contrairement à la seule « visualisation mentale », tous les départements sensoriels ; ainsi une image mentale peut-elle être olfactive, tactile ou auditive, aussi bien que visuelle, au même titre qu'une hallucination. L'imaginaire sensoriel est le point de départ d'un imaginaire fantasmatique dans les approches onirothérapeutiques et il y a donc ici complémentarité entre vécu corporel et activité fantasmatique, au sens où les différents départements sensoriels vont « parler » de façon anarchique et où les filtres qui séparent habituellement chaque sensation particulière vont être levés.

L'onirothérapie et le Moi corporel imaginaire

Dans le cadre de l'onirothérapie d'intégration, cette mise en condition préalable présente des analogies avec les techniques d'isolement sensoriel utilisées afin de préparer les futurs cosmonautes soviétiques ; GAGARINE et LEBEDEV (8) en ont fait le récit en soulignant que ces expériences engendrent des déformations subjectives de l'image du corps et une imagerie mentale. VIREL la décrit ainsi : le sujet est habituellement allongé, les yeux fermés, dans une pièce obscure ou aux éclairages très atténués. Il lui est demandé d'oublier ce qu'il peut savoir de la concentration et de la relaxation. Ici, en effet, le sujet doit s'abstenir de tout effort, d'où le nom de décentration donné par VIREL à cette technique : « Toute attention doit s'effacer pour une *attente*. » Le but de la mise en condition n'est pas la recherche d'un état de relaxation, puisqu'il s'agit, précise-t-il, d'accepter les contractures qui précèdent, généralement, et parfois de façon douloureuse, le stade de « dissociation de l'image corporelle ».

Le sujet est amené à abandonner les filtres habituels imposés à ses perceptions sensorielles. Les mains semblent par exemple grossir, se déformer, changer de position, souvent de façon dissymétrique. Puis les divers « départements sensoriels » s'expriment de façon anarchique, comme le décrit VIREL :

« Le sujet, soudain, sent sa jambe droite s'allonger démesurément jusqu'au bout de la pièce et sa jambe gauche, au contraire, rétrécir ; il perçoit son corps comme se dédoublant, l'un au-dessus et l'autre au-dessous du divan ; ses mains, qu'il sait être là, sont perçues comme étant ailleurs. « *Je sais* », dit-il, « *que mes mains sont immobiles sur le divan mais je les perçois en l'air...* ». (9)

Autrement dit, sans aucun choix délibéré, chaque organe, chaque fonction va « parler » tour à tour. Il s'agit donc pour VIREL de rechercher une « perception anarchique » qui sera suivie, lors du retour au corps et à l'espace-temps réels d'une « réintégration synarchique » des perceptions sensorielles.

La décentration conduit ainsi le sujet à une perception désintégrée du corps réel dont il garde néanmoins conscience. Peu à peu vont surgir des images, d'abord corporalisées, puis des images mentales discontinues, enfin des paysages cohérents dans lesquels le sujet va imaginer se mouvoir, habitant un corps imaginaire comme dans les rêves hypniques. On peut ainsi dire que l'image naît du corps dans un décor (« *dé-corps* ») imaginaire dans lequel le sujet projette sur un mode le plus souvent visuel les difficultés psychiques qu'il avait précédemment incarnées sur un mode cénesthésique. Le sujet passe par des phases critiques qui représentent d'une certaine façon un apprentissage de la peur et de l'angoisse, à savoir se désolidariser de son Moi corporel réel au profit de la constitution d'un Moi corporel imaginaire. Cette perte des repères corporel et spatio-temporel correspond à un lâcher-prise, un vertige, une sorte de transe, d'autant plus acceptée qu'il y a une alliance thérapeutique, même si le sujet exprime au cours de cette expérience divers mécanismes de défense (par exemple la résistance aux consignes de décentration ou la difficulté à entrer dans un vécu corporel imaginaire). C'est justement le vécu subjectif de la décentration par le sujet, les modalités singulières d'entrée de celui-ci dans ce *dé-corps* qui seront porteuses d'indications précieuses sur le plan psychopathologique (très explicites par exemple chez les patients ayant des troubles de l'image du corps comme dans l'anorexie, la boulimie ou ceux atteints de troubles fonctionnels ou d'une pathologie psychosomatique).

Le vécu corporel : psychogenèse et psychothérapie

La dimension régressive de cette approche renvoie sur le plan psychogénétique aux modalités de différenciation progressive du dedans et du dehors au cours du développement des relations objectales chez le bébé, dans la mesure où l'espace psychique interne de celui-ci se construit tout d'abord en référence à ses expériences corporelles sensori-motrices. Il est donc fréquent au cours des séances que ce vécu corporel fait de sensations passagères (telles que des douleurs, des contractures, des crampes, de chaleur, de froid, de lévitation, de giration, de chute, de déformation de certaines parties du corps) soient associées par le sujet à des souvenirs parfois très précoces dans son histoire, souvenirs même parfois refoulés jusqu'alors. Ce constat justifie l'utilisation (adaptée) de l'onirothérapie auprès d'enfants autistes et psychotiques en lien avec les travaux notamment d'Esther BICK (10) autour de la « fonction contenante » décrite par BION (11) et proche de la notion de « moi-peau » d'ANZIEU(12) : « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps. » D'ailleurs, Gisela PANKOW, à partir de sa pratique clinique auprès de psychotiques, considère la notion d'image du corps comme un repère pour le diagnostic et la psychothérapie des pathologies mentales. En travaillant autour de l'image du corps, elle cherche à reconstruire une fonction symbolique détruite dans la psychose et déformée dans la névrose. (13)

Psychothérapie et phénoménologie

Ces quelques repères situent implicitement l'onirothérapie d'intégration dans une perspective phénoménologique de l'approche du corps, dans l'héritage d'un MERLEAU-PONTY pour lequel notre corps n'est pas « dans » l'espace et le temps, il habite l'espace et le temps, expression de « l'être-au-monde ». (14) Cette conception du corps s'articule, nous semble-t-il, avec le phénomène de régression induit par le dispositif de l'onirothérapie – régression présente également dans l'hypnose ou les méthodes de relaxation – au sens où celui-ci peut conduire le sujet à vivre une image du corps enfoui dans les strates du passé, réactivant ce qu'il en a été des stades du développement affectif, de la relation d'objet et donc des processus d'identification. Dans l'expérience de l'onirothérapie, le corps est en effet investi affectivement et amène donc le patient à se renarcissiser ; nous rejoignons là le point de vue de DOLTO qui montre que l'image du corps est le support du narcissisme. (15)

Ceci nous amène à évoquer la question de l'efficacité thérapeutique des méthodes d'imagerie mentale onirique, notamment à partir de la notion de « schème d'intégration » de VIREL, dans la mesure où celui-ci considère que « l'imaginaire se structure par une continuelle dialectique de l'Homme et du monde extérieur qui conduit à la formation du schème spatio-temporel et du schème corporel selon un axe de développement dimensionnel » (16). Il s'agit en effet de favoriser la déstructuration puis la restructuration du « Moi corporel imaginaire », au sens où la dissolution puis la restructuration de celui-ci représentent pour VIREL une dissolution puis une restructuration du cadre spatio-temporel. En favorisant la dramatisation dans l'imagerie onirique de veille, sous les deux formes de l'abréaction et de la sublimation, s'opère du même coup une prise de conscience. Lorsqu'il y a altération de la perception de l'espace et du temps, il y a désorganisation du schème corporel. De nombreux travaux d'inspiration phénoménologique portant sur les vécus corporel et spatio-temporel dans diverses pathologies mentales – névrotiques et psychotiques – confirment d'ailleurs ce point de vue. L'onirothérapie établit ainsi une dialectique entre la conscience onirique et l'univers imaginaire dans lequel se meut le rêveur. C'est ici que s'opère une restructuration, parfois même indépendamment de toute analyse rationnelle des productions imaginaires. Au sortir de cette « aventure imaginaire », le sujet réintègre l'image de son corps réel, mais la perception qu'il en a est nouvelle. Le vécu onirique a changé le schème d'intégration, c'est-à-dire la perception globale du corps et celle de l'espace-temps, autrement dit le monde extérieur :

Les sensations du corps morcelé, désintégré, de la néantisation font place à des images oniriques, à un environnement imaginaire que le rêveur voit surgir devant lui. C'est là que se situe le dédoublement du rêveur en un moi corporel imaginaire et un espace-temps imaginaire, autre projection de lui-même, symbolique non seulement de son espace-temps actuel mais de tous les espace-temps qu'il a vécus, de son origine intra-utérine jusqu'à maintenant, ici-même, mais qui plus est, symbolique aussi de ses possibles devenir, de tout ce à quoi il aspire et entre quoi il devra choisir. (17)

Bibliographie

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Institut de psychologie et Sociologie Appliquées, Université catholique de l'Ouest, Angers, ancien secrétaire de la Société Internationale des Techniques d'Imagerie Mentale (SITIM)

phil.grosbois@free.fr

² SCHAFFER H. Imagination in VIREL A. **Vocabulaire des psychothérapies**, Paris, Arthème Fayard, 1977, p. 162.

³ DURAND G. (1964) **L'imagination symbolique**, Paris, Presses Universitaires de France, 1976, 3^e Ed., p. 121.

⁴ BREULET M. La dissociation : de la distorsion identitaire à l'ouverture du Moi in MICHAUX D. (dir.) **Hypnose et dissociation psychique**, Paris, Imago, 2006.

⁵ DENIS M. **Les images mentales**, Paris, Presses Universitaires de France, 1979.

⁶ FREUD S. (1900) Psychologie des processus du rêve in **L'interprétation des rêves (Die Traumdeutung)**, Paris, Presses Universitaires de France, 1967, 2^e Ed., trad., p. 525-526.

⁷ FREUD A. (1927) Les moyens techniques de l'analyse des enfants in **Le traitement psychanalytique des enfants (Einführung in die Technik der Kinderanalyse)**, Paris, Presses Universitaires de France, 1981, 4^e Ed., trad., p. 33-34.

⁸ VIREL A. Décentration in **Vocabulaire des Psychothérapies**, Paris, Arthème Fayard, 1977, p. 89-90.

⁹ GAGARINE Y., LEBEDEV V. Les mystères du silence in **La psychologie et le cosmos**, Moscou, Mir, 1969, trad.

¹⁰ BICK E. (1968) L'expérience de la peau dans les relations précoces in MELTZER D. (1975) **Explorations dans le monde de l'autisme**, Paris, Payot, 1980, trad.

¹¹ BION W.R. (1962) **Aux sources de l'expérience**, Paris, Presses Universitaires de France, 1979, trad.

¹² ANZIEU D. **Le Moi-peau**, Paris, Dunod, 1985.

¹³ PANKOW G. Image du corps et objet transitionnel : données principales de l'image du corps, **Revue Française de Psychanalyse**, 1976, 2, p. 285-302.

¹⁴ MERLEAU-PONTY M. (1945) **Phénoménologie de la perception**, Paris, Gallimard, 1998.

¹⁵ DOLTO F. op. cit.

¹⁶ VIREL A. **Histoire de notre image**, Genève, Mont-Blanc, 1965, p. 294.

¹⁷ VIREL A. Hommage au docteur Marc GUILLEREY de Lausanne, pionnier des psychothérapies par les images mentales oniriques, **Psychologie Médicale**, 1989, **21**, 10, p. 1501-1507.