

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE EN THÉRAPIE INDIVIDUELLE
SELON LE CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES : UN RÉPERTOIRE D'INTERVENTIONS
PERSONNALISABLES DÉVELOPPÉ AUTOUR DES PRINCIPALES CIBLES THÉRAPEUTIQUES EN ART-THÉRAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MIA HÉBERT

OCTOBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont rendu cette thèse possible et qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours académique. En premier lieu, je remercie ma mère. Ta foi inébranlable en moi et ton soutien ont été des piliers sur lesquels j'ai pu m'appuyer durant les moments les plus difficiles. Ta patience, tes encouragements et ton amour inconditionnel m'ont permis de persévérer et de me surpasser. Merci de m'avoir transmis ta curiosité intellectuelle et un soupçon de ton immense créativité. Merci pour le don de ton œuvre qui a permis d'illustrer le répertoire d'interventions personnalisables de cette thèse. Merci également à mon père qui a été un modèle de persévérance. Depuis toute petite, grâce à toi, je savais que je ferais de longues études. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la relation d'aide, et d'avoir encouragé ma créativité tout au long de ma vie.

Je tiens également à remercier mon groupe d'écriture, en particulier Marie-Pier Malo, Stéphanie Tétreault et Solan Daoust-Cloutier. Vos conseils avisés et vos encouragements constants ont été une source précieuse de motivation. Ensemble, nous avons partagé des idées, des espoirs et des défis, et votre présence a rendu mon parcours bien plus riche. Nos retraites d'écriture resteront des moments mémorables! Merci à Catherine-Emmanuelle Drapeau qui a semé l'idée en moi de faire ce doctorat en psychologie. Tu n'as jamais douté que j'en étais capable. Merci à Maria Riccardi qui n'a jamais cessé de me téléphoner pour me demander comment ma recherche avançait! Tes encouragements m'ont donné la force de me dépasser.

Je tiens à exprimer ma gratitude au Dr. Pierre Plante, qui m'a accordé la liberté d'explorer ce sujet à ma manière. Merci d'avoir permis à ce processus de se déployer avec la même patience et confiance qu'un art-thérapeute, accompagnant avec soin les étapes du processus créatif — de l'incubation aux moments de doute, jusqu'aux éclairs d'inspiration — observant les premiers traits sur la toile blanche jusqu'à l'œuvre finale. Je suis également reconnaissante envers les professeur·e·s de la section humaniste, dont les enseignements et le soutien ont été fondamentaux. Merci à Dre Mélanie Vachon et à Dre Florence Vinit qui m'ont épaulée, de la conceptualisation jusqu'à la fin de cette thèse. Merci également à Anouck Hazan et à Andrée Laprise pour la révision de la langue.

Enfin, je souhaite remercier tous les membres de mon entourage pour leurs encouragements, et en particulier à mon conjoint, de qui je me sens aimée quoi que je fasse et qui a pris soin de moi à travers ce

processus exigeant. La créativité que nous cultivons au sein de notre relation est un ancrage et un moteur qui me permettent de persévérer dans les projets les plus ardues.

DÉDICACE

À toutes ces survivantes pour qui leur corps n'est plus
un lieu sécuritaire

AVANT-PROPOS

Note 1. Le féminin sera utilisé tout au long du texte pour désigner les survivant·e·s, par souci de représentativité, à l'exception des passages où il est pertinent d'inclure le genre masculin, par exemple en citant des études avec des participants masculins. Le reste du texte est écrit de manière épiciène.

Note 2. Le terme « survivante » plutôt que « victime » sera priorisé, à l'exception des passages portant sur l'événement d'agression, où nous choisirons les termes « victime » ou « personne agressée ». Le terme « survivante » est privilégié dans ce contexte, car il reflète une perspective qui reconnaît la résilience de ces personnes.

Note 3. Afin de contrer l'effet Matilda, phénomène défini par Margaret W. Rossiter comme la minimisation systématique de l'apport des femmes dans la recherche (Rossiter, 1993), le mot « auteure » sera utilisé lorsqu'il est approprié. Les noms complets des chercheuses seront également mentionnés lorsque cela sera pertinent.

Note 4. Le titre d'art-thérapeute n'étant pas un titre protégé au Québec, le terme « art-thérapeute professionnel·le » est utilisé dans cette thèse pour désigner les art-thérapeutes dûment formé·e·s à la pratique de l'art-thérapie et ayant obtenu un diplôme de niveau maîtrise dans le domaine.

Note 5. Depuis l'adoption du projet de loi n°21 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines), les art-thérapeutes professionnel·le·s doivent obtenir un permis de psychothérapie pour pratiquer la psychothérapie par l'art. Cette thèse est destinée aux art-thérapeutes professionnel·le·s autorisé·e·s à pratiquer la psychothérapie.

Note 6. Les données présentées dans cette thèse, notamment en ce qui concerne les statistiques, s'appuient principalement sur des études et écrits concernant les femmes, faute de recherches portant spécifiquement sur les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iv
AVANT-PROPOS.....	v
LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES TABLEAUX	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	4
1.1 Problématique des agressions sexuelles.....	4
1.1.1 Agression sexuelle : aspects corporels, émotionnels et cognitifs.....	5
1.1.1.1 Aspects corporels.....	5
1.1.1.2 Aspects émotionnels.....	7
1.1.1.3 Aspects cognitifs	8
1.2 Traumatisme de nature sexuelle	9
1.2.1 Symptômes post-traumatiques liés au corps.....	10
1.2.2 Symptômes post-traumatiques liés aux émotions	12
1.2.3 Symptômes post-traumatiques liés aux cognitions	14
1.2.4 Symptômes post-traumatiques liés aux comportements.....	16
1.2.5 Autres conséquences post-agression	17
1.2.5.1 Conséquences liées au corps	17
1.2.5.2 Conséquences liées aux émotions	19
1.2.6 Facteurs aggravants du traumatisme de nature sexuelle.....	21
1.2.6.1 Facteurs pré-traumatiques	21
1.2.6.2 Facteurs péri-traumatiques	21
1.2.6.3 Facteurs de maintien	22
1.2.7 Facteurs de protection et résilience face au traumatisme de nature sexuelle.....	23
1.3 Art-thérapie et traumatisme.....	26
1.3.1 Avantages de l'art-thérapie	27
1.3.2 Approches art-thérapeutiques dans le traitement du traumatisme	31
1.3.2.1 Apport des approches psychothérapeutiques ascendantes.....	32
1.3.2.1.1 Méthodes proposées par les thérapies ascendantes	32
1.3.2.2 Approches art-thérapeutiques ascendantes dans le traitement du traumatisme	38
1.3.2.2.1 Art-thérapie sensorimotrice	38

1.3.2.2.2	Art-thérapie focusing	39
1.3.2.2.3	Art-thérapie somatique	40
1.3.2.3	Approches art-thérapeutiques hybrides dans le traitement du traumatisme.....	41
1.3.2.3.1	Thérapies expressives informées par le traumatisme	41
1.3.2.3.2	Art-thérapie de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.....	41
1.3.2.3.3	Art-thérapie relationnelle basée sur les neurosciences	42
1.3.2.4	Approches art-thérapeutiques descendantes dans le traitement du traumatisme	43
1.3.2.4.1	Réponse instinctuelle au traumatisme	43
1.3.2.4.2	Art-thérapie cognitivo-comportementale	44
1.4	Continuum des Thérapies Expressives	46
1.4.1	Composantes du modèle	50
1.4.1.1	Niveau kinesthésique/sensoriel (K/S)	50
1.4.1.1.1	Composante kinesthésique (K)	50
1.4.1.1.2	Composante sensorielle (S)	51
1.4.1.1.3	Zone de transition créative du niveau K/S (Crk/s)	51
1.4.1.2	Niveau perceptuel/affectif (P/A)	52
1.4.1.2.1	Composante perceptuelle (P)	52
1.4.1.2.2	Composante affective (A)	53
1.4.1.2.3	Zone de transition créative du niveau perceptuel/affectif (Crp/a).....	53
1.4.1.3	Niveau cognitif/symbolique (C/Sy)	54
1.4.1.3.1	Composante cognitive (C).....	54
1.4.1.3.2	Composante symbolique (Sy)	54
1.4.1.3.3	Zone de transition créative du niveau cognitif/symbolique (Cr/sy).....	55
1.4.1.4	Dimension créative (Cr)	55
1.4.2	Médias, dimensions et variables (MDV)	57
1.4.2.1	Structure	58
1.4.2.2	Complexité	58
1.4.2.3	Caractéristiques des matériaux d'art.....	59
1.4.2.3.1	Médiateurs et distance réflexive	61
1.4.3	Évaluation dans le modèle du Continuum des Thérapies Expressives.....	61
1.4.4	Différents types de traitement à la suite de l'évaluation initiale.....	62
1.5	Sommaire du contexte théorique	64
1.6	Objectifs de recherche	65
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE.....		66
2.1	Approches méthodologiques	66
2.1.1	Procédure de collecte de données	67
2.1.1.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	68
2.1.2	Procédure d'extraction des données.....	69
2.1.3	Procédure d'analyse des données	70
2.2	Audience	71
2.3	Conflits d'intérêts et considérations éthiques	71
CHAPITRE 3 LES CIBLES THÉRAPEUTIQUES CONTEMPORAINES EN ART-THÉRAPIE POUR LE TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE		74

3.1 Premier article scientifique; Les cibles thérapeutiques contemporaines pour le traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte : Une revue de littérature visant à identifier les éléments communs en art-thérapie	75
3.1.1 Résumé	75
3.1.2 Introduction	75
3.1.3 Recherche et analyse de la littérature	76
3.1.3.1 Procédures de recherche	76
3.1.3.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	76
3.1.4 Résultats	77
3.1.4.1 Cible thérapeutique : aspects corporels	78
3.1.4.1.1 Sentiment de sécurité	79
3.1.4.1.2 Régulation du système nerveux autonome sympathique (SNAS)	79
3.1.4.1.3 Conscience corporelle	80
3.1.4.1.4 Réappropriation du corps et corporéité	80
3.1.4.2 Cible thérapeutique : aspects émotionnels	81
3.1.4.2.1 Régulation affective	81
3.1.4.2.2 Expression et identification des émotions	82
3.1.4.3 Cible thérapeutique : aspects cognitifs	82
3.1.4.3.1 Identification des ressources internes et externes	83
3.1.4.3.2 Souvenirs traumatiques	83
3.1.4.3.3 Cauchemars	85
3.1.4.3.4 Croyances et pensées	85
3.1.5 Discussion	85
3.1.6 Conclusion	86
3.2 Informations complémentaires au premier article	87
3.2.1 Résultats détaillés du premier article	87
3.2.2 Recommandations pour minimiser le risque de retraumatisation en art-thérapie dans le traitement du traumatisme de nature sexuelle	87
3.2.2.1 Cibles thérapeutiques liées au corps	88
3.2.2.2 Cibles thérapeutiques liées aux émotions	90
3.2.2.3 Cibles thérapeutiques liées aux cognitions	92
3.2.2.3.1 Posture de l'art-thérapeute	92
3.2.2.3.2 Démarrage et priorisation du travail sur les souvenirs traumatiques	93
3.2.2.3.3 Stratégies à prioriser lors du travail sur les souvenirs traumatiques	94
3.2.3 Lacunes des ouvrages recensés	99
3.2.3.1 Limites méthodologiques des ouvrages recensés	100
CHAPITRE 4 DISCUSSION PARTIE 1 : LE CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES COMME MODÈLE INTÉGRATIF POUR LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE	102
4.1 Deuxième article scientifique; Le Continuum des Thérapies Expressives comme modèle intégratif pour le traitement du traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte (CTE-TNSA)	103
4.1.1 Résumé	103
4.1.2 Introduction	103
4.1.3 CTE-TNSA; présentation	104
4.1.4 CTE-TNSA; cibles thérapeutiques	106
4.1.4.1 Cibles thérapeutiques corporelles	106

4.1.4.2	Cibles thérapeutiques émotionnelles	108
4.1.4.3	Cibles thérapeutiques cognitives	109
4.1.5	Conclusion.....	111
4.1.6	Informations complémentaires au deuxième article.....	112
4.1.6.1	Avantages du modèle du Continuum des Thérapies Expressives	112
4.1.6.2	Limites du modèle du Continuum des Thérapies Expressives	115
CHAPITRE 5 DISCUSSION PARTIE 2 : PRÉSENTATION DU RÉPERTOIRE D'INTERVENTIONS ART-THÉRAPEUTIQUES PERSONNALISABLES SELON LE MODÈLE DU CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES ET JUSTIFICATIF DES PROPOSITIONS.....		117
5.1	Répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisables	117
5.1.1	Défis rencontrés.....	117
5.1.2	Structure et philosophie	118
5.1.3	Justification des propositions art-thérapeutiques du répertoire personnalisable	126
5.1.3.1	Propositions entourant le corps; niveau K/S	126
5.1.3.1.1	Proposition 1 : Création d'un lieu sécurisant.....	126
5.1.3.1.2	Proposition 2 : Dessin bilatéral des réponses de survie du corps.....	128
5.1.3.1.3	Proposition 3 : Façonnage en argile d'un souvenir sensoriel positif	130
5.1.3.1.4	Proposition 4 : Tracé du corps et exploration intéroceptive avec la peinture tactile.....	132
5.1.3.2	Propositions entourant les émotions; niveau P/A	135
5.1.3.2.1	Proposition 5 : Dessin de la fenêtre de capacité	135
5.1.3.2.2	Proposition 6 : Mandalas fluides des émotions liées à l'agression.....	136
5.1.3.2.3	Proposition 7 : Masque des émotions intérieur-extérieur	138
5.1.3.3	Propositions entourant les cognitions; niveau C/Sy	140
5.1.3.3.1	Proposition 8 : Collage des ressources internes et externes	140
5.1.3.3.2	Proposition 9 : Dessin d'une reviviscence.....	142
5.1.3.3.3	Proposition 10 : Dessin de la ligne du temps.....	143
5.1.3.3.4	Proposition 11 : Dessin d'un moment clé d'un cauchemar traumatique	145
5.1.3.3.5	Proposition 12 : Dessin d'une croyance négative à propos du corps	147
CHAPITRE 6 LIMITES DE LA RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS		149
CONCLUSION		151
ANNEXE A CRITÈRES DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE		153
ANNEXE B ÉVALUATION INITIALE DU CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES.....		157
ANNEXE C EXTRAITS DU JOURNAL DE BORD RÉFLEXIF		159
ANNEXE D TABLEAU RÉSUMÉ DE LA RECENSION EXHAUSTIVE DE LA LITTÉRATURE SUR LES CIBLES THÉRAPEUTIQUES EN ART-THÉRAPIE.....		162
ANNEXE E RÉPERTOIRE D'INTERVENTIONS PERSONNALISABLES POUR LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE EN CONTEXTE DE THÉRAPIE INDIVIDUELLE SELON LE CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES		173
ANNEXE F OUTILS COMPLÉMENTAIRES		192

APPENDICE A PREUVE DE SOUMISSION ARTICLE 1 196

APPENDICE B PREUVE DE SOUMISSION ARTICLE 2 197

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Schématisation du modèle du CTE.....	46
Figure 2.1 Outil de sélection des ouvrages	68
Figure 2.2 Outil d'extraction et d'organisation des données pratiques.....	69
Figure 3.1 Outil de sélection des ouvrages	77
Figure 3.2 Organisation schématique des résultats	78
Figure 4.1 Schématisation hiérarchique du modèle du CTE.....	105
Figure 4.2 Caractéristiques des matériaux d'art de résistant/cognitif à fluide/affectif	106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Résumé des symptômes et des conséquences post-agression sexuelle	20
Tableau 1.2 Fenêtre de tolérance	35
Tableau 2.1 Résumé de la méthodologie	72
Tableau 4.1 Résumé du potentiel intégratif du Continuum des Thérapies Expressives	114
Tableau 5.1 Synthèse des interventions art-thérapeutiques du répertoire personnalisable	120

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

TNS Traumatisme de nature sexuelle

TSPT Trouble de Stress Post-Traumatique

CTE Continuum des Thérapies Expressives

CTE-TNSA Continuum des Thérapies Expressives pour le traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte

SNA Système nerveux autonome

SNAS Système nerveux autonome sympathique

RÉSUMÉ

À l'heure actuelle, il n'existe pas de répertoire d'interventions proposant l'utilisation du modèle du Continuum des Thérapies Expressives (CTE) auprès des adultes présentant un traumatisme de nature sexuelle (TNS). Cette thèse vise précisément à élaborer un répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisables autour des principales cibles thérapeutiques en art-thérapie en contexte de thérapie individuelle en empruntant ce modèle. La thèse se divise en six chapitres.

Le premier chapitre expose la problématique au cœur de ce projet, définit les éléments relatifs au TNS, explore l'art-thérapie et ses approches variées dans le traitement du TNS, et présente le CTE comme cadre d'intervention. Le deuxième chapitre décrit le cadre méthodologique de la recherche. D'une part, les deux premières étapes de la méthodologie d'intervention de Fraser et Galinsky (2010) sont adoptées pour établir un cadre d'intervention dans lequel s'inscrivent les propositions art-thérapeutiques du répertoire et produire un manuel. D'autre part, la taxonomie de Cooper (1988) est utilisée pour faire une recension exhaustive de la littérature dans le but d'identifier les cibles thérapeutiques en art-thérapie dans le traitement du TNS.

Le troisième chapitre est formé d'un premier article scientifique accepté pour publication dans la *Revue canadienne d'art-thérapie* et d'informations complémentaires à l'article. Il offre une revue de littérature exhaustive portant sur les différentes cibles thérapeutiques dans le traitement du TNS en art-thérapie. Il met en lumière les points de convergence entre les approches discutées au premier chapitre et illustre les différentes cibles à l'aide d'exemples concrets d'interventions. Ces cibles servent de lignes directrices pour le développement des interventions proposées dans le répertoire d'interventions.

Le quatrième chapitre constitue la première partie de la discussion de cette thèse sous forme d'un deuxième article scientifique et d'informations complémentaires à l'article. Ce dernier a été soumis pour publication dans la *Revue canadienne d'art-thérapie*. Il propose le CTE comme cadre intégratif dans le traitement du TNS chez l'adulte, désigné comme le CTE-TNSA. Il justifie son adoption comme modèle de traitement capable de rassembler et d'articuler les notions des différentes approches au sein d'un modèle unique et détaille son apport pour chaque cible thérapeutique. Le cinquième chapitre est la deuxième partie de la discussion de cette thèse. Il examine les interventions avancées dans le répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisables de manière à exposer le processus réflexif derrière ces propositions. Le répertoire (Annexe E) détaille plus spécifiquement les cibles thérapeutiques visées, les composantes du CTE mobilisées, les consignes artistiques et matériaux d'art recommandés, et propose une approche au déroulement des séances. Il inclut également des adaptations personnalisées et recommandations pratiques. Enfin, la thèse se conclut par un dernier chapitre qui aborde les limites de la recherche et propose des recommandations pour les recherches futures.

Mots clés : traumatisme, agression sexuelle, adulte, Continuum des Thérapies Expressives, art-thérapie.

ABSTRACT

At present, there is no compendium of interventions that applies the Expressive Therapies Continuum (ETC) model to adults who have experienced sexual trauma (ST). This thesis aims to develop a customizable repertoire of art therapy interventions centered on the main therapeutic targets in individual art therapy, using the ETC as a guiding framework. The thesis is organized into six chapters.

Chapter 1 introduces the central problem, defines key aspects of ST, explores art therapy and its various approaches in treating ST, and presents the ETC as a framework for intervention. Chapter 2 outlines the research methodology. On one hand, the first two steps of Fraser and Galinsky's (2010) intervention methodology were used to establish an intervention framework within which the proposed art therapy interventions are situated and to produce a manual. On the other hand, Cooper's (1988) taxonomy guided a comprehensive literature review to identify therapeutic targets in art therapy for treating ST.

Chapter 3 comprises a first scientific article, accepted for publication in the *Canadian Art Therapy Association Journal*, along with supplementary material. It provides an extensive review of the literature on the various therapeutic targets in art therapy for ST, highlights points of convergence with the approaches discussed in Chapter 1, and illustrates each target with concrete examples of interventions. These targets serve as guidelines for the development of the interventions included in the repertoire.

Chapter 4 forms the first part of the thesis discussion, presented as a second scientific article and additional information. This article has been submitted for publication in the *Canadian Art Therapy Association Journal*. It proposes the ETC as an integrative framework for treating ST in adults, referred to as ETC-ST, justifies its adoption as a treatment model capable of unifying concepts from different approaches within a single framework, and details its contribution to each therapeutic target. Chapter 5 constitutes the second part of the thesis discussion. It examines the advanced interventions in the customizable art therapy repertoire, outlining the reflective process behind these proposals. The repertoire (Appendix E) provides detailed information on the targeted therapeutic goals, the ETC components engaged, recommended artistic instructions and materials, and a suggested session structure. It also includes personalized adaptations and practical recommendations. Finally, Chapter 6 addresses the limitations of the research and offers recommendations for future studies.

Keywords: trauma, sexual assault, adult, Expressive Therapies Continuum, art therapy.

INTRODUCTION

Ces dernières années, les violences sexuelles ont été mises en lumière par des dénonciations sur les réseaux sociaux dans plus de 85 pays (Strum, 2017), illustrées par des mouvements féministes comme #metoo aux États-Unis, #balancetonporc en France et #moiaussi au Québec. Ces mouvements montrent l'importance de traiter ce problème de société et ont encouragé les survivantes à chercher un soutien thérapeutique, entraînant une augmentation significative des demandes d'accompagnement (RQCALACS, 2018). En même temps que ces mouvements prenaient de l'ampleur, nous développons notre pratique privée en tant qu'art-thérapeute professionnelle et recevons notamment des femmes consultant après avoir subi des violences sexuelles. Nous avons ainsi observé la souffrance que peut provoquer une agression sexuelle et l'atteinte au sentiment de sécurité de son propre corps. Cette conjoncture entre les dénonciations publiques et le développement de notre pratique privée nous a incitée à aborder l'une des plus grandes souffrances humaines : le traumatisme de nature sexuelle (TNS).

Les recherches neuroscientifiques et phénoménologiques s'accordent pour affirmer que l'agression sexuelle est d'abord une expérience corporelle et que le traumatisme qui peut en découler est un problème largement non verbal (Cahill, 2001; Chu, 2011; Merleau-Ponty, 1962; Levine, 2015; Ogden et al., 2021; Rothschild, 2000, 2014; Salmona et al., 2015; Schore, 2009; Simeon et Abugel, 2006; Gantt et Tinnin, 2009; van der kolk, 2014; Vinit et Therrien-Binette, 2022; pour n'en citer que quelques-uns). En effet, le corps est le lieu de l'agression et le souvenir s'y loge, sous forme de sensations corporelles et d'images mentales (Chu, 2011; Rothschild, 2000; Salmona et al., 2015; van der Kolk, 2014). Nous avançons qu'en élargissant les frontières des thérapies actuelles, en considérant l'importance du corps et en offrant une méthode d'expression non verbale pour révéler ce qui l'habite, nous pourrions mieux répondre aux besoins des survivantes. Des experts dans le domaine du traumatisme, tels que van der Kolk (2014) et Levine et Frederick (1997), considèrent que les méthodes de traitement du traumatisme devraient inclure la dimension non verbale en combinant des techniques ascendantes, ciblant davantage le corps, à des techniques descendantes, touchant davantage l'aspect cognitif. Van der Kolk (2014) souligne l'efficacité particulière des thérapies par les arts, incluant l'art-thérapie, qui reposent sur un mode d'expression non verbale et sur les arts visuels.

En fait, l'art-thérapie, grâce à son mécanisme d'action unique, cible à la fois les dimensions non verbales et verbales de l'expérience traumatique, en mobilisant d'abord la mémoire implicite, la mémoire du corps, en engageant ce dernier dans le processus créatif et en permettant la mise en images de ce qui l'habite (Elbrecht et Antcliff, 2014; Hass-Cohen, 2003; Malchiodi, 2012a). L'art-thérapie s'aligne tout naturellement avec la nature non verbale des souvenirs traumatiques, en offrant une possibilité d'expression du trauma « dans son propre langage – un langage de formes, de couleurs et de sensations » (Avrahami, 2006, p. 8; traduction libre). Ensuite, l'art-thérapie engage la mémoire explicite, c'est-à-dire la mémoire verbale et autobiographique, par l'exploration verbale des images créées. Ce mécanisme fait le pont entre les deux types de mémoires (Malchiodi, 2012a). L'art-thérapie a également le grand avantage de se baser sur les forces des survivantes, s'appuyant sur leur résilience et sur leur créativité pour générer des changements (Betensky, 1995; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2018; Morgan et White, 2003).

L'art-thérapie peut être pratiquée selon diverses approches, qu'il s'agisse d'approches ascendantes, telle que l'art-thérapie somatique, hybrides comme le *Trauma-Informed Expressive Arts Therapy* ou descendantes, telle l'art-thérapie cognitivo-comportementale. Chaque écrit dans le domaine propose des cibles thérapeutiques et des méthodes spécifiques pour traiter les symptômes traumatiques et renforcer les capacités de résilience des survivant·e·s. Cette diversité constitue une richesse, mais complexifie également l'orientation thérapeutique pour les art-thérapeutes professionnel·le·s. Trouver un cadre permettant de rassembler les notions des différentes approches au sein d'un modèle intégré devient alors essentiel. Le modèle panthéorique du Continuum des Thérapies Expressives (CTE), mieux connu sous le nom d'*Expressive Therapies Continuum*, s'est révélé porteur d'un potentiel d'intégration dans ce domaine. Il a été proposé par certains auteur·e·s comme cadre de traitement dans le domaine du traumatisme (Alfred, 2019; Feen-Calligan et Case, 2018; Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016; Riccardi et Rodrigues, 2023). Ce modèle polyvalent, utilisé auprès de différentes clientèles (p. ex. troubles alimentaires, dépendances), suscite de l'intérêt chez plusieurs auteur·e·s influent·e·s dans le domaine de l'art-thérapie et des traumatismes, tels que Noah Hass-Cohen, Cathy Malchiodi, Cornelia Elbrecht, Tally Tripp, Christopher Belkofer et Emily Nolan, qui s'accordent sur son importance et son potentiel. Le modèle génère également de l'intérêt chez les art-thérapeutes professionnel·les : l'étude de McGhee (2018) révèle que 69% des art-thérapeutes interrogé·e·s préfèrent le CTE à d'autres approches comme traitement des traumatismes.

Le potentiel intégratif du modèle réside entre autres dans sa capacité à être à la fois structuré et flexible, permettant ainsi d'aborder toutes les cibles thérapeutiques de manière ascendante ou descendante (Hinz, 2019; Malchiodi, 2020). Ce faisant, il rassemble les notions des différentes approches art-thérapeutiques dans le domaine du traumatisme sous un même chapeau et peut s'intégrer dans n'importe quelle approche (Chapman, 2013; Elbrecht, 2018; Kolodny, 2020; McGhee, 2018; Hetherington et Gentile, 2022; Malchiodi, 2020; Sheehan-Klein, 2024; Stickley et Wolf, 2021; Stockburger, 2021; Taylor, 2019). Le modèle se distingue également par sa capacité à s'adapter aux besoins spécifiques des survivant·e·s, leur permettant d'identifier un point d'entrée thérapeutique approprié et de fournir des lignes directrices pour un traitement personnalisé, sécuritaire et global, englobant les dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives du TNS (Lusebrink et Hinz, 2016). Enfin, il repose sur des principes neuroscientifiques, étant même qualifié de *Neuroscience-informed* par Belkofer et Nolan (2016). Il intègre les avancées de la neurobiologie du traumatisme, ciblant les fonctions associées aux mémoires implicite et explicite par des matériaux et des propositions artistiques spécifiques (Belkofer et Nolan, 2016; Hinz, 2019). Pour ces raisons, nous rejoignons Patrick et Pinna-Perez (2019) dans leur affirmation selon laquelle le CTE mérite une exploration plus approfondie en tant que cadre de traitement des traumatismes ainsi qu'Adeniyi (2014, p. 24) qui souligne que « la connaissance du CTE par les art-thérapeutes offre un cadre qui soutient les avantages de l'application de l'art-thérapie en tant que modèle de traitement pour les femmes adultes victimes de violences sexuelles » [traduction libre].

Dans la littérature, quelques pistes d'interventions proposant le CTE dans le traitement du TNS sont explorées, notamment par Lusebrink et Hinz (2016). Ces auteures présentent deux études de cas d'enfants illustrant un parcours thérapeutique ayant mené vers la résolution du TNS. Ces auteures suggèrent que le modèle, initialement appliqué aux enfants, pourrait être approprié aux adultes. Toutefois, aucun guide pratique n'a encore été proposé pour orienter l'application du modèle pour cette clientèle. Cette thèse comble cet écart en proposant un répertoire d'interventions personnalisables, composé de douze propositions art-thérapeutiques basées sur le modèle du CTE et centrées sur les principales cibles thérapeutiques du domaine. Ce répertoire couvrant les dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives du TNS chez l'adulte se veut un outil flexible et non séquentiel, destiné aux art-thérapeutes professionnel·le·s. Il peut être utilisé de manière ascendante ou descendante, selon les besoins uniques des survivantes.

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, le contexte théorique à partir duquel nos propositions art-thérapeutiques découlent est présenté. Les objectifs de recherche sont formulés en clôture du chapitre.

1.1 Problématique des agressions sexuelles

Les agressions sexuelles se définissent comme des actes de nature sexuelle commis sans le consentement de la personne (Santé et services sociaux Québec, 2017). Il s'agit d'une agression lorsqu'une personne n'a pas consenti, est un enfant, est sous l'influence de substances (alcool, drogues, médicaments) ou est paralysée par la peur. Ces actes violent les droits, l'intégrité et la sécurité de la personne, et peuvent s'exercer par manipulation, menace, chantage, force ou contrainte. Ils peuvent prendre diverses formes, avec ou sans contact physique, telles que des baisers à caractère sexuel, des contacts bucco-génitaux, des rapports sexuels avec ou sans pénétration, des attouchements, de l'exhibitionnisme ou encore l'incitation d'un enfant à se masturber, cette liste n'étant pas exhaustive (Santé et services sociaux Québec, 2017). Il est crucial de souligner que ces actes peuvent provoquer des réactions physiologiques d'excitation, mais étant automatiques et involontaires, elles ne doivent en aucun cas être interprétées comme un consentement (Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, 2023).

Bien qu'au Canada, ces actes soient des infractions criminelles, ils constituent un problème sociétal récurrent, que Godbout (2018) qualifie même de « phénomène endémique ». En effet, la prévalence de ces agressions est alarmante dans la population clinique et générale, touchant une femme sur trois et un homme sur six au cours de leur vie (Conroy et Cotter, 2014; Godbout, 2018). Cependant, ces données sont principalement basées sur les cas signalés, et aucune étude récente ne fournit une estimation représentative de la prévalence des agressions sexuelles au Québec (INSPQ, 2020). Selon l'étude DUC2 menée en 2013, 91,5 % des adultes ayant rapporté une agression sexuelle à la police sont des femmes, révélant la dimension genrée de cette violence (INSPQ, 2020; Gouvernement du Québec, 2001). De plus, les personnes autochtones ainsi que les personnes homosexuelles ou bisexuelles sont particulièrement susceptibles de subir ce type de violence (Perreault, 2015).

Les agressions surviennent dans des contextes variés, qu'ils soient intrafamiliaux, extrafamiliaux ou conjugaux (INSPQ, 2020). Contrairement aux croyances populaires, la majorité des agresseurs sexuels sont

connus de leur victime : dans 89 % des cas, il s'agit de connaissances, de membres de la famille, d'amis ou de partenaires intimes (Conroy et Cotter, 2014; Jewkes et al., 2002). Ainsi, l'agression sexuelle revêt dans la plupart des cas un caractère relationnel qui amplifie son potentiel traumatique, pouvant entraîner des conséquences majeures sur les plans physique, émotionnel et cognitif de la personne qui en est victime (Brillon, 2017; INSPQ, 2020). En fait, l'agression sexuelle peut affecter la personne dans sa globalité (CALACS, 2020; Wheeler, 2007).

1.1.1 Agression sexuelle : aspects corporels, émotionnels et cognitifs

Pour mieux comprendre comment l'être est affecté dans son entièreté aux suites d'une agression sexuelle, il est essentiel d'explorer les effets de l'agression sur les aspects corporels, émotionnels et cognitifs. Cela permet également de mieux saisir comment l'agression peut conduire à un traumatisme de nature sexuelle (TNS).

1.1.1.1 Aspects corporels

Nous explorons ici les aspects corporels de l'agression sexuelle sous deux angles. Tout d'abord, nous examinons les réactions du corps physique et ses réactions physiologiques lors de l'agression, en s'attardant particulièrement aux réponses de survie du système nerveux autonome sympathique (SNAS) qui peuvent perdurer post-événement (Levine et Frederick, 1997; van der kolk, 2014). Ensuite, nous abordons la notion de « corps vécu », terme phénoménologique qui désigne la conscience du corps allant au-delà de sa simple matérialité (Cahill, 2001; Foucault, 1990; Merleau-Ponty, 1962), en mettant en lumière comment l'être incarné en fait l'expérience de manière subjective.

Dans un premier temps, il est essentiel de souligner qu'en réaction à une situation potentiellement traumatisante telle qu'une agression sexuelle, le corps, en particulier son système nerveux autonome sympathique (SNAS), réagit au stress en activant des mécanismes de survie tels que le combat, la fuite ou encore le figement (connus comme *fight-flight-freeze*) (Herman, 1997; King et al., 2019; Levine et Frederick, 1997; Tinnin et Gantt, 2013; van der Kolk, 2014). Ces réactions du corps, visant à assurer sa survie, sont rapides et ne requièrent pas de processus réflexifs (Ringel, 2019). C'est ce que LeDoux (1996) identifie comme le *low road* (le chemin bas), qui est rapide par opposition au *high road* (le chemin haut), plus lent et qui implique une analyse cognitive du cortex préfrontal dans des situations non menaçantes, et donc moins urgentes, pour l'organisme. Lorsqu'une agression sexuelle survient, le chemin bas est activé : l'amygdale, partie du système limbique agissant comme un système d'alarme en cas de danger,

déclenche le système de réponse au stress, générant un afflux d'adrénaline et de cortisol au niveau des glandes surrénales nécessaire au combat ou à la fuite (Levine, 1997, 2010; Ogden, Pain et Fischer, 2006; Rothschild, 2000). S'il n'est possible ni de fuir, ni de combattre, le corps s'immobilisera en une réponse de figement (Verney et al., 2021), ce qui constitue la réponse la plus fréquente dans une situation où la peur et la crainte de survie sont activées (Brillon, 2017). Dans cette situation, l'amygdale envoie un signal au tronc cérébral de cesser tout mouvement, laissant la personne agressée involontairement paralysée (Hopper, 2015). Ce figement peut entraîner des états altérés de conscience, se traduisant par des réponses automatiques aux demandes de l'agresseur (soumission) et des états dissociatifs (Gishoma et Brackelaire, 2008; Tinnin et Gantt, 2013). Les états dissociatifs, qui impliquent une forme de déconnexion du corps et procurent une sensation d'irréalité, de détachement de soi ou même une perception extérieure de soi-même sont fréquents chez les victimes d'agression sexuelle. Ce mécanisme se met en place pour faire face à l'extrême souffrance et à la menace perçue de mort imminente (Gishoma et Brackelaire, 2008; Gantt et Tinnin, 2009; Herman, 1997; Silberg, 1998). En fait, il s'agit du dernier recours de l'organisme en réponse à une situation menaçante. Les états dissociatifs se révèlent être le facteur prédictif le plus significatif dans le déclenchement d'un TSPT chez les victimes d'agression sexuelle (Deblinger et Heflin, 1996; Ozer et al., 2003) et engendrent également une accentuation notable de la gravité des symptômes du TSPT (Bernat et al., 1998; Brillon, 2017; Marmar et al., 1999).

Dans un deuxième temps, il est important de prendre en compte la manière dont les victimes expérimentent l'agression sexuelle au plan corporel. Bien que l'agression soit généralement vécue comme douloureuse et désagréable, avec une dimension corporelle incontestable, elle est néanmoins une expérience individuelle singulière (Cahill, 2001), c'est-à-dire qu'il y a autant d'expériences d'agression qu'il y a d'agressions (Wakerley, 2008, p. 58). L'être humain étant une créature incarnée, il fait l'expérience de l'agression de manière subjective via le corps (Cahill, 2001; Merleau-Ponty, 1962). Ainsi, cette expérience invasive est avant tout celle du « corps vécu » (Ataria, 2016; Foucault, 1990; Merleau-Ponty, 1962; Rosen Saltzman et al., 2013). Certaines personnes décrivent les états de dissociation comme une légère sensation de déconnexion, tandis que d'autres les ressentent comme une expérience de quasi-mort. D'autres encore perdent leur sens de la proprioception, soit la reconnaissance de la position de leur corps dans l'espace, et subissent une déconnexion complète d'avec leur corps, comme si leur conscience était ailleurs qu'en elles-mêmes (Simeon et Abugel, 2006). Cette déconnexion peut engendrer une perception altérée du temps, ce qui fait en sorte que l'expérience peut être vécue comme « atemporelle » (Tinnin et Gantt, 2013). Certaines décrivent l'état de figement comme une perte de contrôle, une réaction intrinsèquement liée à l'effet de surprise traumatique, telle que décrit par Vinit et Therrien-Binette (2022) dans leur analyse

phénoménologique de récits de femmes. D'autres en parlent comme « l'expérience de la fragilité radicale [du] corps, une fragilité étrangère à l'expérience habituelle qu'elle[s] [ont] d'elle-même[s] » (Vinit et Therrien-Binette, 2022, p. 250). Ces témoignages, allant de la légère sensation de déconnexion à la perte de contrôle complète, illustrent le vaste éventail de l'expérience corporelle de l'agression sexuelle, et donc la multiplicité et la complexité dans la manière dont les victimes vivent les réponses de survie de leur SNAS.

1.1.1.2 Aspects émotionnels

Les victimes expérimentent également une gamme complexe d'émotions et de sentiments pendant l'agression. Parmi les plus fréquemment répertoriés figurent l'impuissance, la trahison, l'humiliation, le dégoût, la peur, l'anxiété et même la terreur (Brillon, 2017; Finkelhor et Browne, 1985; Mullen et al., 1994; Spring, 2004). Elles peuvent aussi ressentir un sentiment d'abandon résultant de l'inaction des témoins, le cas échéant (Brillon, 2017). Certaines personnes se retrouvent submergées par cette gamme d'émotions, tandis que d'autres ressentent un engourdissement émotionnel et une dissociation par rapport à celles-ci (SAMHSA, 2014).

L'agression sexuelle, étant liée à la domination et au pouvoir, induit chez les victimes un sentiment d'impuissance, une sensation d'être piégée dans une situation où il n'y a pas d'issue (Brillon, 2017). Étant donné que les personnes agressées connaissent généralement leur agresseur, le sentiment de trahison est d'autant plus poignant, car c'est une personne à qui les victimes accordaient leur confiance qui les a trahies, et cette douleur peut persister longtemps après l'agression (Joseph et Linley, 2008). Conformément aux observations de Brillon (2017) ayant produit un guide à l'intention des thérapeutes dans le traitement du traumatisme, le sentiment d'humiliation se profile comme une expérience émotionnelle notable chez les victimes d'agression sexuelle, par la dimension déshumanisante de l'acte subi. En ce sens, les victimes rapportent s'être senties « réduite[s] à de simples corps-objets par leur bourreau [...] » (Vinit et Therrien-Binette, p. 249). De plus, la peur, liée à l'activité de l'amygdale, est une émotion prédominante lors d'une agression et peut persister pendant des années après l'événement (Calhoun et al., 1982; Ellis et al., 1981; Goodman et al., 1993; Kilpatrick et al., 1981). En fait, les émotions éprouvées durant l'événement influencent l'amplitude des réactions post-traumatique (Brillon, 2017). L'intensité de la peur, notamment, est directement corrélée à la gravité des symptômes post-traumatiques (Resnick, 1997). En somme, les personnes agressées parcourent un véritable bouleversement émotionnel pendant l'agression, qui façonne ensuite leur expérience post-événement.

1.1.1.3 Aspects cognitifs

Nous avons vu que l'agression affecte les victimes sur les plans corporel et émotionnel. Il en va de même pour le plan cognitif, où l'impact se manifeste principalement par des altérations des fonctions de la mémoire. Selon Wilber (1996) (cité dans Minton et al., 2015), l'être humain reçoit des informations lors d'un événement à travers trois voies : corporelle (systèmes sensoriels et kinesthésiques), émotionnelle (système limbique) et cognitive (néocortex). Lors d'un événement à potentiel traumatique comme une agression sexuelle, l'activité cérébrale associée au traitement de l'information de la voie cognitive diminue considérablement, ce qui empêche l'intégration des informations cognitives, et donc la formation des souvenirs de l'événement dans la mémoire autobiographique, une mémoire explicite et verbale (van der Kolk, 2014). Plusieurs études ont même montré que la région cérébrale associée au langage (aire de Broca) se trouve désactivée lors d'événements traumatiques (Levine, 2015; Rauch et al., 1996; Rothschild, 2014; van der Kolk, 2014). En fait, les parties du cerveau s'étant développées plus tard au cours de la vie, comme les aires du langage et le néocortex, sont les plus vulnérables aux menaces de danger, se désactivant en premier lieu lors d'événement traumatique, laissant place aux systèmes corporels et émotionnels. Dans ce contexte, les souvenirs de l'événement traumatique s'intègrent alors sous forme d'une mémoire sensorielle, et non verbale, des événements (images, sons, sensations, émotions, etc.), c'est-à-dire dans la mémoire inconsciente et non déclarative de l'humain, mémoire dite implicite (Chu, 2001; Rothschild, 2000; Salmona et al., 2015; van der Kolk, 2014, p. 60). Le lien entre les mémoires explicite et implicite n'a pas lieu ce qui a pour conséquence que la personne ressent des émotions et des sensations dans son corps « sans avoir accès au contexte » (traduction libre de Malchiodi, 2012a, p. 21), sans pouvoir s'exprimer de manière cohérente à propos de l'événement, ni mettre des mots sur son expérience (Schorer, 2009; van der Kolk, 2014). De plus, l'hippocampe, une région du cerveau associée à la mémoire, joue un rôle dans la consolidation cohérente et chronologiquement organisée des expériences personnelles. Toutefois, lors d'une agression sexuelle, cette fonction de l'hippocampe peut être perturbée, entraînant des souvenirs traumatiques dépourvue de structure narrative, manquant d'organisation temporelle, semblant même se situer en dehors du continuum temporel (Chu, 2011; Hayes et al., 2011; Scaer, 2005; Schorer, 2002, 2009; Scott et al., 2015). Les souvenirs de l'événement restent actifs, comme s'ils se déroulaient activement dans le présent, au lieu d'être intégrés comme événement passé. Cela fait en sorte que le traumatisme continue de se manifester dans le corps, par exemple par des reviviscences et d'autres symptômes du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Rothschild, 2000; Scaer, 2005).

Comme nous l'avons constaté, l'agression sexuelle peut affecter divers aspects corporels, émotionnels et cognitifs d'une personne au moment de l'agression. Ce qui est vécu durant celle-ci influence la gravité des réactions post-agression, certaines réponses normales pouvant même évoluer en symptômes (Bernat et al., 1998; Brillon, 2017; Deblinger et Heflin, 1996; Marmar et al., 1999; Ozer et al., 2003; Rothschild, 2000; Scaer, 2005). Dans la section suivante, nous abordons le TNS d'abord sous l'angle du TSPT, puis nous examinerons les conséquences spécifiques d'une agression sexuelle qui ne répondent pas aux critères diagnostiques du DSM-5-TR.

1.2 Traumatisme de nature sexuelle

Les agressions sexuelles, étant donné leur caractère intrusif et déshumanisant, sont hautement traumatisantes, potentiellement plus que les catastrophes naturelles ou les accidents (Brillon, 2017), car la dimension sexualisée de ces agressions aggrave l'impact traumatique pour en faire l'une des expériences les plus dévastatrices pour une femme (Haskell et Randall, 2019). La synthèse de données épidémiologiques de Jolly (2003) révèle que les études font consensus sur la prévalence élevée du TSPT tel que décrit dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) à la suite d'une agression sexuelle, estimé entre 17-65% chez les femmes (2020). Selon une étude récente du gouvernement du Canada (2021) menée dans le cadre de l'Enquête sur la santé mentale et les événements stressant, c'est 28,9 % des personnes ayant subi une agression sexuelle qui répondaient aux critères du trouble.

Dans le DSM-5-TR (2023), le premier critère diagnostique du TSPT (309.81; F43.10) constitue une exposition « à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (p. 386). Contrairement aux autres troubles répertoriés dans le DSM-5-TR, il est le seul dont l'étiologie est clairement identifiée comme étant une réponse à un événement spécifique et anormal. Peu importe le type d'événement terrible ayant causé le traumatisme, ils sont tous regroupés sous la même classification en raison du fait qu'ils causent les mêmes symptômes. Néanmoins, le TNS, qui réfère ici au TSPT causé par une agression sexuelle, présente certaines particularités qui seront détaillées ci-après.

Dans le DSM-5-TR, les symptômes de TSPT sont divisés en quatre grandes classes, soit les reviviscences (B), l'évitement et l'émoussement (C), l'altération des cognitions et de l'humeur (D) et l'hyperactivation (E). Les symptômes doivent être présents depuis au moins un mois (F) et doivent entraîner une souffrance ou une altération du fonctionnement (G). Une précision est aussi à indiquer concernant la présence de symptômes dissociatifs soit avec ou sans (1) dépersonnalisation ou (2) déréalisation (voir Annexe A pour

la liste détaillée des symptômes). Les différentes classes de symptômes mettent en exergue le postulat selon lequel, à la suite d'une expérience d'agression sexuelle, les perturbations ont la capacité d'atteindre une personne dans sa globalité, touchant ainsi les plans corporel, émotionnel, cognitif et comportemental. Dans le cadre de cette thèse, nous regrouperons et détaillerons ces symptômes au sein de ces catégories. Nous proposons ainsi une réorganisation des catégories du DSM-5-TR, tout en préservant ses fondements, afin de garantir une cohérence avec les diverses théories examinées.

1.2.1 Symptômes post-traumatiques liés au corps

Les symptômes post-traumatiques liés au corps incluent les symptômes dissociatifs et ceux d'hyperactivation, qui représentent, en quelque sorte, les deux faces d'une même médaille. En effet, les symptômes dissociatifs reflètent une hypoactivation du système nerveux autonome sympathique (SNAS), tandis que les symptômes d'hyperactivation résultent d'une activation excessive de ce même système. Explorons ces deux formes de réponses chez les survivantes d'agression sexuelle.

Comme nous l'avons vu, le SNAS peut mettre en place des réactions dissociatives durant l'agression sexuelle. Celles-ci peuvent persister par la suite sous forme de dépersonnalisation ou de déréalisation, ce qui correspond à deux types particuliers de TSPT que l'on retrouve chez les survivantes d'agression sexuelle (APA, 2016; Gishoma et Brackelaire, 2008). La dépersonnalisation se caractérise par le sentiment d'être « détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel) » (American Psychiatric Association [APA], 2016, p. 135). La déréalisation, quant à elle, se traduit par un « sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé) » (APA, 2016, p. 136). En bref, la personne ayant vécu une agression sexuelle peut se sentir déconnectée d'elle-même, de son corps ou de son environnement.

L'agression sexuelle peut aussi laisser le SNAS dans un état d'hyperactivation (van der kolk, 2014) se manifestant par des symptômes post-traumatiques tels que l'hypervigilance (E3), les réactions de sursaut exagérée (E4) et les perturbations du sommeil (E6). Ces symptômes trouvent leur fondement dans la persistance des réponses de survie du corps au-delà de l'événement initial (Levine et Frederick, 1997; van der kolk, 2014). Selon van der Kolk (2014), tant que le traumatisme n'est pas résolu, les réponses défensives continuent d'être actives (p. 66). Cette « énergie » mobilisée par l'organisme pendant l'agression et non déchargée se manifeste par la suite sous forme de symptômes corporels (Levine et

Frederick, 1997). L'organisme est plongé dans un état d'hypervigilance (E3) et continue alors de se mobiliser pour se défendre, même si la menace n'est plus présente. Le corps perçoit la menace comme une réalité immédiate, se manifestant maintenant de manière interne par des reviviscences. Cette vigilance accrue est aussi issue de l'appréhension agression future (Tinnin et Gantt, 2013). Ainsi, les réactions adaptatives du SNAS pendant l'agression deviennent inadaptées au contexte post-traumatique (Ogden et al., 2006).

Par ailleurs, le SNA ainsi que son système intéroceptif (jouant un rôle crucial dans la régulation des fonctions physiologiques et dans la perception des émotions), ont à la suite de l'agression développé une hypersensibilité (Rothschild, 2007; van der Kolk, 1994; Weber, 2019). Cette hypersensibilité, qui se reflète également sur certaines régions cérébrales liées aux fonctions sensorimotrices, cause des perturbations importantes sur le plan physiologique (Bedi et Arora, 2007; Fisher, 2019; Perry, 2006). Ceci se traduit par une augmentation des réactions du SNAS, amplifiant les réactions au stress quotidien et aux stimuli subtils ou manifestes rappelant l'agression (Fisher, 2019, p. 157). Il a été démontré que même en situation de repos, les personnes souffrant de TSPT manifestent une fréquence cardiaque supérieure à celle observée au sein de la population générale (Bedi et Arora, 2007), ce qui témoigne d'un état d'hyperactivation persistante et d'une vigilance constante du corps pouvant expliquer les réactions de sursaut exagérée (E4). En outre, l'agression laisse une trace sensorielle sur le système intéroceptif entraînant ainsi une hyperactivation (Rothschild, 2007; van der Kolk, 1994). Plus précisément, le traumatisme peut perturber la capacité de l'insula, le centre intéroceptif du cerveau participant notamment au traitement des signaux relatifs à la douleur physique et aux sensations musculaires, de réguler les sensations perçues dans le corps (Weber, 2019). Cette dysrégulation peut induire des réactions physiologiques telles qu'une respiration laborieuse, des tensions musculaires et des palpitations chez les survivantes, pouvant mener à des attaques de panique (Brillon, 2017; Campbell et al., 2009; Fisher et Ogden, 2009; Foa et Olasov-Rothbaum, 2001). Comparativement à d'autres groupes souffrant du TSPT, les survivantes d'agression sexuelle présentent plus fréquemment une anxiété générale diffuse, en plus d'une anxiété spécifique liée aux circonstances associées à l'agression (Foa et Olasov-Rothbaum, 2001). Le traumatisme altère également le fonctionnement de plusieurs autres régions clés du cerveau impliquées dans les fonctions corporelles. Par exemple, le tronc cérébral, qui régule le stress et la survie ainsi que le mésencéphale et le diencéphale, impliqués dans l'activité sensorimotrice, le sommeil et l'appétit, sont perturbés dans leur activité ce qui peut contribuer entre autres à des troubles du sommeil (E6) (Perry, 2006).

Finalement, il est courant que les personnes souffrant de TSPT oscillent entre deux tendances autonomes du système nerveux, soit les états dissociatifs caractérisés par une insuffisance d'activation et l'hyperactivation marquée par un excès d'activation (van der Hart et al., 2004; van der Kolk et al., 1996). Dans les deux cas, ces symptômes ont un impact sur la mémoire. La dissociation, en empêchant le traitement complet des informations liées à l'événement, peut entraîner une forme d'amnésie de celui-ci (D1), limitant ainsi la formation d'un souvenir cohérent (van der Kolk, 2014). Les symptômes d'hyperactivation, quant à eux, peuvent déclencher des épisodes de reviviscences (B), où la surcharge d'informations due à une activation excessive du système nerveux rend difficile le traitement des stimuli environnementaux, ce qui peut submerger les individus de souvenirs, d'émotions et de sensations corporelles intrusives, surgissant de manière inattendue (Ogden et al., 2021).

1.2.2 Symptômes post-traumatiques liés aux émotions

Maintenant que nous avons un aperçu des symptômes liés aux corps, examinons plus amplement ceux liés aux émotions. Ceux-ci se divisent en deux catégories soient les symptômes liés aux capacités de régulation émotionnelle (E1 et D6) et ceux liés à l'humeur et aux émotions (D5, D4 et D7).

Tout d'abord, il est important de souligner que les capacités de régulation émotionnelle post-agression sont largement influencées par l'expérience corporelle des survivantes. En effet, le corps est le réceptacle de l'expérience émotionnelle (Levine, 2010), ce qui fait en sorte que les symptômes corporels influencent la capacité des personnes à ressentir et réguler leurs émotions (Ogden et al., 2006). Par exemple, la présence de symptômes dissociatifs peut compromettre la capacité à ressentir des émotions comme en témoigne le symptôme D6, symptôme d'altération de l'humeur où la personne se sent détachée d'autrui. En cas de symptômes corporels d'hyperactivation, la capacité de régulation émotionnelle peut être atteinte, entraînant des symptômes de la catégorie E liés à la réactivité, comme l'irritabilité ou les accès de colère (E1) (Fisher, 2019). Fondamentalement, le traumatisme reconfigure le système émotionnel d'une personne, créant une réactivité plus élevée (Belkofer et Nolan, 2016). Dans cette perspective, plusieurs études démontrent l'impact de l'agression sur le système limbique, plus particulièrement l'amygdale, qui comme nous l'avons vu (voir section 1.1.1.2), joue un rôle central dans le traitement des réactions de peur liées à la compréhension émotionnelle (Calhoun et al., 1982; Ellis et al., 1981; Goodman et al., 1993; Kilpatrick et al., 1981; Pierson et Sinko, 2022; Scott et al., 2015). En fait, à la suite de l'événement traumatique, cette région peut devenir plus réactive, évitant le traitement par le cortex préfrontal, dont la fonction est d'inhiber les réponses de peur lorsque la situation n'implique pas de danger

réel (Ogden et Minton, 2000; Ogden et al., 2006; Levine, 1997, 2010; Rothschild, 2000; van der Kolk, 2002; Weber, 2019). Par ailleurs, le cortex orbitofrontal, situé dans la partie inférieure du cortex préfrontal et impliqué dans la régulation émotionnelle, peut être perturbé à la suite d'un événement traumatique, empêchant ainsi la personne de vivre ses émotions dans les limites de sa fenêtre de tolérance émotionnelle (Ogden et al., 2006). Cette fenêtre, concept développé par Siegel, correspond à un état régulé où ni l'hypoactivation ni l'hyperactivation ne prédominent. Il peut alors être très difficile pour les personnes présentant un TSPT de retrouver un état de régulation émotionnelle, car elles se retrouvent à ressentir 'trop peu' ou 'trop' leurs émotions (Fisher 2019; Siegel, 1999; van der Kolk, 1994).

Ensuite, l'humeur peut être directement atteinte à la suite d'une agression sexuelle, caractérisée par un état émotionnel négatif incluant des moments d'horreur, des craintes, de la colère, de la culpabilité ou de la honte (D4). En premier lieu, la peur se révèle être une émotion persistante, témoignant de niveaux de frayeur importants, et ce jusqu'à de nombreuses années post-agression (Calhoun et al., 1982; Ellis et al., 1981; Goodman et al., 1993; Kilpatrick et al., 1981). Cette émotion peut se généraliser, imprégnant toute la sphère relationnelle des survivantes, alimentant la méfiance et des craintes importantes dans leurs interactions (Fybish, 2019; Briere et Elliott, 1994; Lisak et Luster, 1994). En second lieu, une colère intense post-agression est souvent présente, se traduisant même parfois par de la rage, des tendances agressives et des idées de vengeance (Brillon, 2017). Le sentiment de culpabilité est également courant chez les survivantes d'agression sexuelle, qui se blâment de ne pas avoir pu se défendre ou empêcher l'agression, surestimant leur pouvoir dans la situation (Brillon, 2017; McElvaney et al., 2021; Spring, 2004; Vidal et Petrak, 2007). Ce sentiment est particulièrement prononcé chez les personnes socialisées en tant que femmes, qui ont tendance à s'attribuer la faute de l'agression (Brillon, 2017). Comparativement aux autres sous-groupes pouvant être diagnostiqués d'un TSPT, les survivantes d'agression sexuelle manifestent un niveau de honte plus élevé, en raison de la dimension sexuelle de l'événement et des stigmates sociaux associés à leur expérience (Wakerley, 2008). Cette honte est exacerbée lorsque la réaction de survie du SNAS impliquait une réponse automatique aux demandes de l'agresseur ou lorsque le corps a réagi à l'agression par une forme d'excitation sexuelle involontaire (Backos, 2021; Sigal, 2021).

D'autres symptômes de la catégorie D, liés aux altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sont directement associés aux perturbations de l'humeur et des émotions. Cela se manifeste par un émoussement émotionnel, comme la perte d'intérêt (D5) et l'incapacité à ressentir des émotions positives (D7). Ces symptômes d'émoussement témoignent du chevauchement de plusieurs critères diagnostiques entre le TSPT et ceux observés chez les personnes souffrant de troubles dépressifs (Brillon, 2017; Ogden

et al., 2021). D'ailleurs, Gantt et Tinnin (2009) affirment que les états de figement durant l'agression peuvent mener à, ou encore imiter, des états dépressifs que l'on retrouve post-agression. Quoi qu'il en soit, on estime qu'environ la moitié des personnes ayant vécu une agression sexuelle présente aussi un diagnostic de dépression (Brillon, 2017; Kessler et al., 1995). En ce qui concerne le critère D7 qui consiste à une incapacité à ressentir des émotions positives, des études ont révélé que, à la suite d'un événement traumatique, certaines régions cérébrales telles que l'amygdale et l'insula deviennent moins réactives aux émotions positives (Brown et Morey, 2012). Ceci, en plus de la persistance des émotions négatives, entrave la capacité neurobiologique de l'individu à ressentir des émotions positives (Lanius et al., 2011).

1.2.3 Symptômes post-traumatiques liés aux cognitions

Les symptômes post-traumatiques liés aux cognitions concernent tout particulièrement la mémoire (B1, B2, B3, B4, B5 et D1) ainsi que les croyances et distorsions cognitives (D2 et D3) et les capacités cognitives (E5). Examinons plus en profondeur chacune de ces trois sous-catégories.

Premièrement, penchons-nous sur les symptômes liés à la mémoire. Ceux-ci englobent les symptômes de la catégorie des reviviscences (B1, B2, B3, B4, B5). Le terme reviviscence lui-même est parlant, car il signifie l'action de reprendre vie. Dans le contexte du traumatisme, c'est ce dernier qui reprend vie sous différentes formes. En fait, les symptômes de reviviscences (B) sont liés aux mémoires traumatiques, soit à la mémoire implicite qui refait surface. Ces symptômes incluent les souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants (B1), des rêves répétitifs liés à l'événement traumatique (B2), des réactions dissociatives (*flashback*) (B3), un sentiment intense de détresse lors d'exposition à des indices (internes ou externes) ressemblant à l'événement (B4) ainsi que des réactions physiologiques lors de l'exposition à des indices ressemblant à l'événement (B5). Ces symptômes sont le résultat d'informations sensorielles stockées dans la mémoire implicite sans lien avec la mémoire explicite. Les systèmes neuronaux sont complexes et interconnectés, c'est pourquoi des stimuli internes et externes peuvent faire surgir ces informations implicites (sensations, émotions et pensées) (King et al., 2019). Ces informations implicites opèrent comme des déclencheurs de reviviscences et de réactions du corps inadaptées au contexte présent (Brewin et al., 2010; Rothschild, 2007; Scaer, 2005; van der Kolk, 1994). De plus, puisque les souvenirs ne sont ni narratifs, ni situés dans un continuum temporel, n'importe quels stimuli ressemblant de près ou de loin à l'événement peuvent déclencher ces symptômes (Schiraldi, 2000 cité dans Gantt et Tinnin, 2009). D'ailleurs, le terme *ecmnésie*, synonyme de reviviscence ou *flashback*, provient des mots en grec ancien traduisant « hors » et « mémoire ». Ataria (2016) dépeint ce type de souvenirs hors du temps comme un

flot irréprouvable qui envahit le quotidien, comme si le corps s'efforçait de s'en débarrasser avec vigueur. Ces souvenirs sont encapsulés dans le corps et ressurgissent avec une intensité saisissante, faisant revivre la scène comme si elle se déroulait à nouveau.

En ce qui a trait aux cauchemars (B2), ils affectent entre 40% et 98% des personnes atteintes de TSPT et sont considérés comme un prédicteur de ce trouble chez les femmes victimes d'agression (Maher et al., 2006; Wittmann et al., 2007). En tant que forme de reviviscence, les cauchemars sont une répétition traumatisante de l'expérience initiale (APA, 2013), pouvant induire une confusion entre rêve et réalité au réveil en raison de leur intensité (Haeyen et Staal, 2021). Cette manifestation grave et perturbante est associée à des conséquences potentiellement dévastatrices, telles que l'abus de drogues, l'un des principaux facteurs de maintien du trouble, ainsi que les tentatives de suicide (LaCoursiere et al., 1980; Littlewood et al., 2016; Stewart, 1996).

L'incapacité de se rappeler d'un aspect de l'événement (D1) n'est pas un symptôme de reviviscence, mais plutôt considérée comme une difficulté liée à la mémoire, plus spécifiquement au niveau de la mémoire autobiographique, ou explicite. En raison de sa nature interpersonnelle et du fait que la dissociation est plus fréquente dans les TNS que pour d'autres types de traumatismes, le TNS se classe parmi les types de traumatismes qui entraînent le plus de « trous de mémoire », c'est-à-dire une amnésie partielle de l'événement (Brillon, 2017). De plus, selon une revue de littérature récente menée par Landmann et al. (2022), les agressions sexuelles impliquant une soumission chimique, c'est-à-dire l'utilisation de substances psychoactives sans consentement pour soumettre la victime ou la rendre inconsciente, peuvent avoir un impact significatif sur la capacité des victimes à se souvenir de l'événement. Leurs conclusions indiquent que ces agressions peuvent entraîner une amnésie totale ou partielle, observée dans 52% à 80% des cas, et qui peut même persister indéfiniment.

Deuxièmement, examinons une tout autre sous-catégorie de symptômes qui concerne le système de croyances et les pensées d'une personne aux suites d'une agression sexuelle. En fait, une vision plus pessimiste de la vie peut résulter d'une agression sexuelle, définie par Tinnin et Gantt (2013) comme la « mythologie de la victime » (*victim mythology*). Ce concept décrit un nouveau système de croyances, un récit psychologique distinct dans la vie des survivantes après l'agression, un changement qui peut avoir un impact sur la perception de l'efficacité personnelle et l'estime de soi des survivantes (Briere et Elliott, 1994; Finkelhor et Browne, 1985; Kilpatrick et Veronen, 1984; Mullen et al., 1994; Romans et al., 1996; Sack et al., 2010; Tinnin et Gantt, 2013). On parle ici des symptômes D2 et D3 qui impliquent des croyances

néglatives et des distorsions cognitives, affectant la perception de soi, des autres et du monde. Par exemple, les survivantes peuvent adopter des croyances telles que « je suis mauvaise » ou « c'est de ma faute » (Ogden et al., 2021, p. 48), qui peuvent entraîner des difficultés sur le plan de l'identité et de l'estime de soi (Menon et al., 2016). Lorsque l'agression survient pendant l'enfance, les répercussions sur le concept de soi peuvent être plus profondes, car l'enfant intègre la signification de l'abus dans sa compréhension de lui-même, des autres et du monde à un stade crucial de son développement identitaire (Saltzman et al., 2013).

Les survivantes rapportent aussi des changements dans leur croyances concernant leur niveau de sécurité dans le monde et leur vision du futur (SAMHSA, 2014). Tinnin et Gantt (2013) avancent que la nouvelle devise pour ces personnes devient « la sécurité avant tout » (p. 27). Les survivantes présentent alors des croyances telles que « tous les hommes sont dangereux » (Ogden et al., 2021, p. 48), ainsi que des distorsions cognitives (D3). Parmi les distorsions les plus communes on trouve la pensée dichotomique (percevoir la réalité sans nuances), l'inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuve), la personnalisation (se sentir responsable de l'événement), le raisonnement émotionnel (prendre ses émotions pour des faits), l'attention sélective (se concentrer sur les aspects négatifs uniquement), la surgénéralisation (tirer des conclusions générales à partir d'un événement) et la catastrophisation (surestimer les chances que l'événement traumatique se reproduise) (Brillon, 2017). Ces croyances et distorsions peuvent également engendrer une méfiance accrue dans le contexte des relations interpersonnelles des survivantes (Briere et Elliott, 1994; Davis et Petretic-Jackson, 2000; Lisak et Luster, 1994).

Enfin, une dernière sous-catégorie des symptômes cognitifs inclut des difficultés, comme la concentration (E5). Ces difficultés s'expliquent par un niveau de cortisol et d'adrénaline élevé à la suite de l'agression (Dass-Brailsford, 2007). Ces neurotransmetteurs, lorsqu'ils sont présents en excès, peuvent aussi altérer la capacité à donner un sens à l'expérience vécue et engendrer des difficultés en lien avec les fonctions du cortex préfrontal médian, situé dans l'hémisphère gauche du cerveau, comme la planification, l'anticipation, la prise de décision et les capacités attentionnelles (Dass-Brailsford, 2007; Ogden et al., 2006).

1.2.4 Symptômes post-traumatiques liés aux comportements

Une dernière catégorie de symptômes concerne ceux liés aux comportements, plus spécifiquement les symptômes de la catégorie C (C1 et C2) ainsi qu'au symptôme E2. Les symptômes de la catégorie C

consistent en un évitement persistant des stimuli associés à l'événement et se manifestent par des comportements préventifs ou en réaction à des sensations, des émotions ou des cognitions engendrant une détresse. On retrouve deux symptômes dans cette catégorie, soit un évitement des rappels internes (C1) c'est-à-dire des sensations, des sentiments, des souvenirs ou des pensées, et un évitement des rappels externes (C2) tels que des lieux, des personnes, des activités, des conversations ou encore des objets (APA, 2013). Selon Brillon (2017) et SAMHSA (2014), d'autres comportements visant l'apaisement ou l'évitement d'émotions douloureuses peuvent apparaître après une agression sexuelle. Par exemple, les victimes peuvent utiliser l'alcool et d'autres drogues ou présenter des comportements d'automutilation pour retrouver un sentiment de contrôle sur leur détresse émotionnelle. Ces comportements correspondent au symptôme E2, décrit comme des comportements impulsifs ou autodestructeurs. Un autre comportement autodestructeur découlant d'une agression sexuelle est décrit par Gantt et Tinnin (2009), soit l'exposition à des situations potentiellement traumatisantes, notamment par le biais de comportements sexuels à risque.

1.2.5 Autres conséquences post-agression

Nous avons à présent abordé les symptômes liés au TNS en passant par ceux liés au corps, aux émotions et aux cognitions. Dans cette section, nous abordons les conséquences spécifiques, qui, bien qu'elles ne soient pas considérées comme des symptômes selon le DSM-5-TR, découlent néanmoins de l'agression et impactent profondément les survivantes. Comme nous le verrons ci-après, ces conséquences se manifestent tout particulièrement sur les plans corporel et émotionnel.

1.2.5.1 Conséquences liées au corps

Des conséquences majeures au plan corporel sont également possibles en addition aux différents symptômes corporels. Il s'agit notamment des conséquences spécifiques à l'agression sexuelle telles que la contraction d'infections sexuellement transmissibles, dont souffrent jusqu'à 30 % des victimes, ainsi que le risque de grossesse, qui constitue environ 5 % des cas répertoriés aux États-Unis, comprenant les fausses couches, l'avortement ou la naissance (Allard-Dansereau et Frappier, 2011; Baril et Laforest, 2018; Holmes et al., 1996; Landmann et al., 2022). Des troubles sexuels peuvent également se manifester par une baisse du désir, des difficultés orgasmiques, une dysfonction érectile chez l'homme, ou encore par la peur ou l'incapacité d'avoir des rapports sexuels pouvant aller jusqu'à l'aversion sexuelle (Brillon 2017; Courtois, 2010; INSPQ, 2020). Ceci peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les rapports sexuels peuvent déclencher des *flashbacks* (B3) et réactiver les réponses de survie du SNAS (Anguelova, 2018; Becker et

al., 1982; Ellis et al., 1981; Nadelson et al., 1982). Les survivantes rapportent aussi des douleurs pelviennes et génitales (Courtois, 2010; Paras et al., 2009). En appui à ces constatations, les résultats de l'étude menée par Becker et al. (1982) sont préoccupants : plus de la moitié des personnes ayant subi une agression sexuelle présentent un type de dysfonctionnement sexuel post-agression. Ces différentes conséquences, jumelées aux symptômes corporels, entretiennent un sentiment de danger constant, empêchant les survivantes de se sentir en sécurité dans leur propre corps (Rothschild, 2008). En plus de ces conséquences majeures, des manifestations somatiques telles que des perturbations gastro-intestinales, des maux de tête, des tensions musculaires et des enjeux au niveau du système immunitaire peuvent également découler de l'événement traumatique (Edwards et al., 2012; SAMHSA, 2014; Thomas, 2015; Ulirsch et al., 2014; van der Kolk et al., 2005). La prévalence élevée de ces perturbations démontre qu'il n'y a pas de « [...] barrière étanche entre les dégâts psychologiques engendrés par les violences sexuelles et les désordres somatiques qu'elles entraînent » (Thomas, 2015, p. 254).

On peut facilement s'imaginer que les différentes conséquences possibles au plan corporel nommées précédemment peuvent avoir des impacts sur la relation au corps des survivantes. De fait, la relation au corps émerge comme un aspect central des répercussions post-agression, influençant profondément l'expérience subjective des survivantes. Comme le soulignent Vinit et Therrien-Binette (2022), « Lorsqu'une personne cesse de s'identifier à son corps parce que celui-ci est trop souffrant, sa subjectivité n'est plus ancrée dans la corporéité ; elle ne s'enracine plus dans un schéma corporel » (Vinit et Therrien-Binette, p. 251). Cette citation, tirée de l'étude phénoménologique de Florence Vinit et Anne-Sophie Therrien-Binette sur l'expérience corporelle des femmes à la suite d'une agression sexuelle, témoigne que ces traumatismes laissent des séquelles profondes sur la relation qu'une personne entretient avec son propre corps et sur la manière dont elle l'habite. Une des conséquences fréquemment observées à la suite d'une agression sexuelle est la perte de confiance envers son propre corps, celui-ci n'ayant souvent pas réagi comme souhaité durant l'événement (Vinit et Therrien-Binette, 2022). L'agression peut également laisser une empreinte traumatique sous forme de mémoires implicites, c'est-à-dire des sensations diffuses, des « traces sensorielles » et un malaise corporel général, souvent sans lien explicite avec les enjeux découlant de l'agression (Benzemma et Durif-Varembont, 2020; Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2014). Selon une perspective phénoménologique, la mémoire traumatique inscrite dans le corps colore le vécu, de sorte que chaque expérience corporelle est imprégnée du traumatisme, qui se fait sentir comme une présence constante dans la vie quotidienne (Ataria, 2014). L'expérience de soi et du monde devient fragmentée, déconnectée et teintée par le traumatisme. Cela peut se traduire concrètement par une

déconnexion du corps et une perte de contact avec soi-même (Belkofer et Nolan, 2016), un sentiment de fragmentation et de frontières altérées, des préoccupations liées à l'image corporelle (Goldner et Frid, 2022; Scaer, 2005; Sack et al., 2010) et même des modifications visibles de la posture corporelle (Ogden et al., 2021). Ce changement de rapport à soi et au monde peut mener à vivre une vie désincarnée (*disembodied*), c'est-à-dire que la personne peut arrêter d'investir son corps en limitant ses mouvements, par exemple, par peur de raviver les mémoires corporelles de l'événement (Ataria, 2016).

1.2.5.2 Conséquences liées aux émotions

Parmi les conséquences émotionnelles courantes de l'agression sexuelle, distincte des symptômes du TSPT et non répertoriée dans le DSM-5-TR, figure l'alexithymie. Celle-ci se caractérise par la difficulté à relier l'expérience physiologique des émotions à leur expression subjective, entraînant une incapacité à identifier les émotions vécues (Farges et Farges, 2002; Ogden et al., 2021; Sifneos, 1973, 1996). L'alexithymie se caractérise aussi par une difficulté à verbaliser l'expérience émotionnelle, concept appelé « aphasie émotionnelle » par Sifneos (1996), soulignant ainsi la difficulté à mettre des mots sur l'expérience. Cette difficulté peut également s'étendre à la conscience de ses propres états corporels, un concept nommé alexisomie (Bakal, 2001; Odgen et al., 2021). Dans ce dernier cas, les survivantes peuvent rapporter ne plus ressentir leur corps ou même avoir le sentiment d'être mortes (Ogden et al., 2021).

Il existe deux types d'alexithymie : la primaire, liée à un trait de personnalité stable, et la secondaire, résultant de facteurs traumatiques (Farges et Farges, 2002; Freyberger, 1997; Sifneos, 1988). L'alexithymie secondaire peut être induite par une agression sexuelle et être transitoire, agissant comme un mécanisme adaptatif pour composer avec la souffrance. En conséquence, il n'est pas rare que les survivantes aient du mal à comprendre et verbaliser leur expérience corporelle et émotionnelle et à recourir à leurs émotions pour orienter leur comportement (Ogden et al., 2021).

Comme nous venons de le constater dans la section sur les symptômes et conséquences entourant les agressions sexuelles, ces dernières ont le potentiel d'affecter une personne dans sa globalité. Le tableau 1.1 résume visuellement les divers symptômes et conséquences post-agression sexuelle au plan corporel, émotionnel, cognitif et comportemental. La section suivante aborde les facteurs aggravants du TNS ainsi que les facteurs de protection, en incluant une exploration du concept de résilience.

Tableau 1.1 Résumé des symptômes et des conséquences post-agression sexuelle

1. Symptômes liés au corps <i>Hyperactivation</i> Hypervigilance (E3) Réaction de sursaut (E4) Perturbation du sommeil (E6) Anxiété <i>Hypoactivation (réactions dissociatives)</i> Dépersonnalisation Déréalisation Conséquences liées au corps: Relation au corps, frontières corporelles, enjeux d'image corporelle, difficultés en lien avec la sexualité, manifestations somatiques, alexisomie
2. Symptômes liés aux émotions <i>Liés aux capacités de régulation</i> Irritabilité ou accès de colère (E1) Détachement (D6) <i>Liés à l'humeur et aux émotions</i> État émotionnel négatif persistant (D4) Perte d'intérêt (D5) Incapacité à ressentir des émotions positives (D7) Conséquences liées aux émotions : Alexithymie
3. Symptômes liés aux cognitions <i>Liés à la mémoire</i> Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants (B1) Cauchemars (B2) Flashbacks (B3) Sentiment intense de détresse (B4) Réactions physiologiques lors de l'exposition à des indices ressemblant à l'événement (B5) Incapacité de se rappeler d'un aspect de l'événement (D1) <i>Liés aux cognitions : croyances négatives et distorsions</i> Croyances négatives (D2) Distorsions cognitives (D3) <i>Liés aux capacités cognitives</i> Difficulté de concentration (E5) Conséquences liées aux cognitions : planification, anticipation, prise de décision et capacités attentionnelles
4. Symptômes comportementaux Évitement des rappels internes (C1) Évitement des rappels externes (C2) Comportements autodestructeurs (E2)

1.2.6 Facteurs aggravants du traumatisme de nature sexuelle

Trois types de facteurs, à savoir les facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et de maintien, modulent la sévérité du trouble de stress post-traumatique en termes de quantité, d'intensité et de durée des symptômes (Brillon, 2017). Selon cette même auteure, la connaissance de ces facteurs peut mener à une meilleure compréhension de la configuration spécifique des symptômes chez chaque personne, ce qui peut permettre de proposer un traitement plus ciblé et adapté. Examinons ces trois catégories de facteurs.

1.2.6.1 Facteurs pré-traumatiques

Tout d'abord, la compréhension des facteurs pré-traumatiques, c'est-à-dire ceux présents avant l'événement traumatique, est essentielle pour appréhender la complexité des réponses individuelles aux événements traumatisants. Parmi eux figurent l'âge et le sexe de la personne, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans étant particulièrement vulnérables aux agressions sexuelles et au développement ultérieur du TSPT (Baril et Laforest, 2018). Les tensions préexistantes telles que la perte d'emploi, les conflits conjugaux ou les enjeux de santé peuvent également être considérées comme des facteurs pré-traumatiques (Brillon, 2017). De plus, les antécédents de traumatismes et les problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et la consommation abusive de substances peuvent prédisposer à une réaction traumatique. Certaines caractéristiques personnelles jouent également un rôle, notamment la croyance en un monde juste et bienveillant, ainsi que des croyances rigides à propos du monde, qui peuvent être remises en question par l'événement. En outre, les personnes ayant un style attributionnel interne auraient tendance à se blâmer davantage, ce qui pourrait aggraver les symptômes, en particulier les symptômes dépressifs. Des traits de personnalité tels que la rigidité, la difficulté à s'adapter aux changements et le narcissisme peuvent également influencer ces facteurs (Brillon, 2017).

1.2.6.2 Facteurs péri-traumatiques

Les facteurs péri-traumatiques, qui concernent les éléments présents pendant l'événement traumatique, revêtent une importance capitale dans la gravité de l'impact du traumatisme. Précisons d'abord qu'il existe deux types distincts d'événements traumatiques, soit les événements de type I, à caractère unique, et les événements de type II, à caractère répétitif. L'agression sexuelle peut relever de l'un ou l'autre, mais le type II est généralement associé à une prévalence accrue de symptômes (Brillon, 2017). Des éléments tels que le degré de violence, le degré de caractère déshumanisant de l'action, la perception du danger comme

étant potentiellement mortel, le degré d'interaction physique entre la personne agressée et l'agresseur, ainsi que le degré d'imprévisibilité de l'événement sont des facteurs déterminants. Aux facteurs présents pendant l'événement s'ajoutent l'intensité des émotions ressenties, la présence d'états dissociatifs et la ressemblance entre l'événement actuel et des traumatismes passés (Brillon, 2017). De plus, les agressions sexuelles qui ont eu lieu par soumission chimique peuvent exacerber la gravité des symptômes post-traumatiques. Comme nous l'avons vu, la soumission chimique affecte directement la capacité de récupération des souvenirs (D1) chez les victimes, entraînant une incertitude accrue quant aux événements survenus. Cette incertitude peut aussi causer une intensification des symptômes anxieux (Landmann et al., 2022). Parallèlement, un niveau élevé d'intoxication est associé à une intensification des symptômes d'intrusion post-traumatiques, exacerbant ainsi l'impact de l'agression (Jaffe et al., 2017). Lorsque la soumission chimique s'accompagne d'une soumission physique, les symptômes découlant de l'agression sexuelle, en particulier ceux d'hypervigilance et ceux relevant de la catégorie B tels que les réactions dissociatives et les souvenirs répétitifs, deviennent plus intenses (McConnell et al., 2020). Il convient de souligner que lorsque les personnes agressées sont inconscientes, elles tendent souvent à ressentir moins de culpabilité, compte tenu de l'évidence de l'absence de consentement (Peter-Hagene et Ullman, 2016).

1.2.6.3 Facteurs de maintien

Ces facteurs concernent les aspects qui se manifestent après l'événement traumatique et qui contribuent à maintenir ou à intensifier les symptômes. Ils englobent la qualité du réseau de soutien de la survivante, la reconnaissance du traumatisme, l'attribution de l'événement (influencée par le style attributionnel), les pensées résultant du traumatisme, certains traits de personnalité, les procédures judiciaires, les séquelles physiques, l'impact sur les sphères relationnelles et professionnelles des personnes agressées, ainsi que les comportements d'évitement (Brillon, 2017; Landmann et al., 2022).

Un manque de soutien empathique et une reconnaissance insuffisante du traumatisme par le réseau social et la société peuvent intensifier la culpabilité des survivantes, exacerbant ainsi leurs symptômes. De plus, le style d'attribution de la responsabilité des survivantes, ainsi que la consommation volontaire de substances au moment de l'agression, peuvent aggraver ce sentiment de culpabilité (Alempijević et al., 2007 cités dans Landmann et al., 2022; Brillon, 2017). Ainsi, un sentiment de culpabilité trop intense empêche certaines survivantes de se tourner vers leur réseau de support, ce qui agit comme un facteur d'aggravation des symptômes (Alempijević et al., 2007 cités dans Landmann et al., 2022; Brewin et al.,

1989; Brillon, 2017). De plus, les cognitions, les pensées négatives à propos de soi et du monde, ainsi que la conviction que les symptômes sont permanents, peuvent amplifier le niveau de détresse ressenti. En termes de personnalité, la tendance à être exigeant envers soi-même, la perception de soi comme faible à cause de la présence de symptômes ou conséquences, et la tendance à minimiser l'importance des émotions sont également des facteurs de maintien du TSPT (Brillon, 2017; Landmann et al., 2022). En outre, les procédures judiciaires peuvent être vécues comme traumatiques, les démarches étant le plus souvent très lourdes, car les survivantes sont souvent soumises à de multiples évaluations, comprenant des examens physiques (multipliés lorsque la personne a été droguée), et sont contraintes de décrire en détail l'événement traumatique à plusieurs reprises. Malheureusement, ces démarches judiciaires aboutissent rarement à une quelconque forme de justice, ce qui aggrave la détresse vécue (Brillon, 2017; Landmann et al., 2022). En ce qui concerne les séquelles physiques, ce sont celles qui sont les plus visibles et permanentes qui sont généralement les plus bouleversantes notamment la grossesse, les douleurs gynécologiques et les troubles sexuels (Allard-Dansereau et Frappier, 2011; Baril et Laforest, 2018; Holmes et al., 1996; Landmann et al., 2022). De plus, les symptômes post-traumatiques ou l'événement en lui-même peuvent aussi mener à des conflits et des ruptures relationnelles, ainsi que des obstacles dans le domaine professionnel. Notamment, des symptômes tels que les difficultés de concentration (E5), associés aux capacités cognitives, peuvent avoir des répercussions négatives sur le rendement et sur la capacité des survivantes à maintenir leur emploi. Finalement, d'autres facteurs contribuant au maintien du trouble incluent les comportements d'évitement, entres autres, représentés par les symptômes C1 et C2, ainsi que la consommation d'alcool et de drogues. Ces comportements peuvent aggraver certains symptômes, notamment ceux liés à la mémoire tels que les reviviscences (Brillon, 2017).

Maintenant que nous avons vu les facteurs aggravants, penchons-nous sur les facteurs de protection et de résilience du TSPT.

1.2.7 Facteurs de protection et résilience face au traumatisme de nature sexuelle

Le concept de résilience, tel que défini par Manciaux (2001), désigne la capacité à continuer à se développer et à envisager un avenir malgré des événements difficiles et traumatiques. Ce concept est omniprésent dans la littérature sur les traumatismes en raison de son rôle modulateur dans le développement du TSPT au sens où les personnes ayant des réponses de types résilientes sont moins sujettes à développer ce trouble, et surtout parce que cette capacité, qui peut être développée, module le pronostic (SAMHSA, 2014). C'est pourquoi certains auteur-e-s soulignent que la résilience occupe une

place centrale dans les recherches liées au domaine du traumatisme (Again et Wilson, 2005; Richardson, 2002). Le terme n'est pas nouveau, car déjà dans les années 1950, Emmie Werner effectuait un travail fondateur en observant le phénomène chez une large cohorte d'enfants (Werner et Brendtro, 2012). Elle définit le concept comme étant la capacité d'une personne à « rebondir » après [un traumatisme/une difficulté, etc.] et la définition a été reprise par plusieurs auteur·e·s plus récemment (Bonanno, 2008; Rutter, 2001; Werner et Brendtro, 2012; Wolin et Wolin, 1993; Worrall et Jerry, 2007). D'autres soutiennent que la résilience ne se limite pas uniquement à la faculté de se relever après une épreuve, mais englobe également la capacité de maintenir un bien-être malgré ces circonstances (Masten, 2001; Ungar, 2004; Worrall et Jerry, 2007).

De nombreux éléments ont été dégagés dans des études plus récentes, qui pourraient expliquer pourquoi certains individus, plus que d'autres, auraient de plus grandes capacités de résilience. Parmi les facteurs inhérents à la sphère individuelle, on note certaines dispositions telle que l'utilisation de stratégies de résistance au stress (Herman, 1992; Martin et al., 2006). À ce sujet, Brillon (2017) décrit un type de personnalité résiliente au stress, appelée *personality hardiness*, qui présente de solides capacités d'adaptation face à des événements traumatisants. Leur adaptation efficace découle de plusieurs caractéristiques, notamment leur propension à être proactifs, à se sentir en contrôle et à relever les défis (Kobasa et al., 1982). Pour les femmes ayant vécu un abus sexuel à l'enfance, présenter ce type de personnalité représente un important facteur de protection contre le développement du TSPT (Bartone, 2000). D'autres facteurs individuels jouent un rôle dans la capacité de résilience d'un individu, soit la flexibilité cognitive et émotionnelle, les habiletés de résolution de problèmes, et la capacité à faire preuve d'introspection et à conférer un sens à son vécu (Maddi, 2006; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000; Worrall et Jerry, 2007). Par ailleurs, la créativité et l'aptitude à faire preuve d'imagination sont des caractéristiques d'une personne résiliente (Harms, 2005; Hass-Cohen et al., 2018; Kalmanowitz et Ho, 2016; Leykin et al., 2013; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000; Waatkaar et al. 2004; Wolin et Wolin, 1993; Worrall et Jerry, 2007). À cet égard, les résultats de l'étude longitudinale menée par Werner et Smith (1992) (cités dans Worrall et Jerry, 2007) sont éloquentes : avoir un intérêt spécifique suscitant l'imagination et la créativité, tel que les arts, par exemple, est un facteur de protection déterminant face au développement d'un TSPT. Benard (2004) ajoute que ce type d'intérêt peut notamment offrir l'occasion de vivre des états de *flow* et de progresser vers l'auto-actualisation, des éléments qui contribueraient à la résilience. De plus, certaines croyances et certains traits de personnalité spécifiques agissent tels des facteurs de protection, contribuant à une meilleure adaptation aux situations stressantes et à une réduction des risques de développer un TSPT (Benard, 2004; Hermann, 1992; Kok et Fredrickson, 2013; Maddi, 2006; Martin et al.,

2006; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000; Worrall et Jerry, 2007). Parmi les croyances à propos de soi et du monde, on compte la confiance en ses propres capacités à surmonter les épreuves et à exercer un contrôle sur sa vie, décrits respectivement comme un locus de contrôle interne et un sentiment d'auto-efficacité élevé, ainsi que l'espoir en l'avenir et les croyances d'ordre spirituel (Benard, 2004; Hermann, 1992; Martin et al., 2006; Worrall et Jerry, 2007). La capacité d'une personne à se percevoir comme survivante plutôt que victime peut également agir comme un facteur de protection (Maddi, 2006; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000). Parmi les traits de personnalité, on retrouve la présence d'une estime personnelle solide, ainsi que l'optimisme, qui comprend la faculté à éprouver des émotions positives et le sens de l'humour (Benard, 2004; Kok et Fredrickson, 2013; Worrall et Jerry, 2007). En ce qui concerne les facteurs relationnels, la qualité et la disponibilité du réseau de soutien jouent également un rôle important (Littleton, 2010; Meredith et al., 2008). Cependant, la résilience ne se résume pas à la présence de certaines dispositions ou à un solide réseau de soutien, l'adaptation face à un traumatisme étant plus complexe. En effet, c'est l'interaction entre ces différents facteurs, jumelés au contexte et à la culture, qui sont déterminants (Harms, 2005; Manciaux, 2001). Selon les analyses de Manciaux (2001), la résilience se révèle être un processus dynamique, transcendant la simple qualité statique de la personnalité. Dans cette perspective, bien que des éléments génétiques puissent être impliqués, il est important de noter que cette variable n'est pas figée et peut donc être une cible d'intervention thérapeutique dans le traitement du TNS (Rutter, 1987; Worrall et Jerry, 2007).

En somme, les facteurs pré-traumatiques (âge, antécédents traumatiques, traits de personnalité) et péri-traumatiques (type de violence, dissociation) influencent la vulnérabilité au trouble et l'intensité des symptômes. Les facteurs de maintien, comme le manque de soutien et les comportements d'évitement, peuvent maintenir le trouble. En revanche, la résilience, caractérisée entre autres par la flexibilité cognitive et émotionnelle ainsi que des intérêts touchant la créativité et l'imaginaire, aide certaines personnes à mieux surmonter le traumatisme. Une compréhension de ces différents facteurs offre sans doute des pistes précieuses pour orienter des interventions thérapeutiques.

Dans ce chapitre, nous avons brossé jusqu'ici un portrait approfondi la problématique des agressions sexuelles en tant qu'expérience traumatique. La section suivante aborde l'art-thérapie dans le traitement de ce traumatisme, en présentant ses avantages et les différentes approches.

1.3 Art-thérapie et traumatisme

L'art-thérapie est une forme de psychothérapie qui sollicite la dimension non-verbale de l'expérience par l'utilisation des arts visuels (dessin, peinture, sculpture, collage, etc.) dans le processus thérapeutique (CATA, 2020). Historiquement, l'art-thérapie et les arts ont été utilisés pour soutenir les personnes et les communautés lors de situations potentiellement traumatisantes, telles que des guerres (Lobban, 2018; Loumeau-May, 2019; Schnitzer et al., 2021). Le désir de créer témoigne de l'élan de survie et d'expression chez l'humain, lorsque la terreur des événements le laisse sans mots. Cet élan, ce désir de créer est utilisé depuis longtemps comme méthode thérapeutique dans le traitement des traumatismes chez plusieurs populations, notamment les enfants (Gil, 2012; Klorer, 2012; Malchiodi, 2001; Steele et Kuban, 2012) et les vétérans (Collie et al., 2006; Malchiodi, 2012b). Une des pionnières du domaine est Margaret Naumburg qui avait détecté des indicateurs graphiques d'abus sexuels dans les dessins de ses client.e.s dans les années 50 (Spring, 2004). Spring (2004) a poursuivi le travail de Naumburg pendant de nombreuses années en étudiant les indicateurs graphiques et le langage symbolique de ces personnes. À partir des années 70, on recense plusieurs écrits concernant l'utilisation de l'art-thérapie aux fins de traitement du TNS plus spécifiquement (Allan, 1998; Backos et Pagon, 1999; Bonza et Fehlner, 1999; Brooke, 1997; Brown et Latimir, 2001; Burt, 2002; Carozza et Heirsteiner, 1982; Estep, 1995; Friedman, 1996; Finkelhor, 1979; Garrett et Ireland, 1979; Hagood, 2000; Hanes, 2000; Hargrave-Nykaza, 1994; Hazzard et al., 1986; Kelley, 1984; Keyes, 1983; Kotonias-Payne, 1997; Lefebvre, 2004; Lev-Wiesel, 1998; Miller, 1991; Meekums, 1999; Murphy, 2001; Pifalo, 2002; Powel et Faherty, 1990; Rubin, 1984; Spring, 1978; Spring, 1993; Sweig, 2000; Taylor, 1990; Waller, 1992; Zommer et Zommer, 1997). Plus récemment, on retrouve plusieurs auteur.e.s s'étant penché sur le traitement du TNS chez l'adulte (incluant l'abus sexuel à l'enfance, l'inceste, le viol et l'agression en contexte conjugal), en contexte individuel (Brown, 2010; Edwards, 2007; Elbrecht, 2013, 2018; Gerig Shelly, 2022; Malchiodi, 2020; Rei Solas, 2015; Rosen Saltzman et al., 2013), en contexte de groupe (Adeniyi, 2014; Becker, 2015; Carter et al., 2024; Goodarzi et al., 2020; Dutton et al. 2023; Huss et al., 2012; Luzzatto et al., 2022; Mouck, 2014; Murray et al., 2017; Nazarian, 2021; Pifalo 2009; Shuman et al., 2022; Stace, 2014), auprès d'hommes (Hogg, 2018) ainsi qu'auprès d'enfants et d'adolescents (Lustman, 2007; Lyshak-Stelzer et al., 2007; Malchiodi 2012c; 2007; Pretorius et Pfeifer, 2010).

Au cours de la dernière décennie, cette modalité psychothérapeutique a connu une montée en popularité significative en tant que méthode de traitement du traumatisme (Bowen-Salter et al., 2022; Nanda et al., 2010). Van der Kolk (2014) souligne même que l'efficacité des thérapies par les arts incluant l'art-thérapie

a été démontrée et que la faculté de ce type de thérapie à contourner les difficultés liées à l'expression verbale à la suite d'un traumatisme est un grand avantage. Penchons-nous maintenant sur les particularités de cette forme de psychothérapie, sous l'angle de ses avantages.

1.3.1 Avantages de l'art-thérapie

L'art-thérapie offre une palette d'avantages bien établis dans le domaine du traitement des traumatismes, quelle que soit leur nature.

En premier lieu, l'art-thérapie peut permettre de contourner les limites de l'expression verbale. En fait, Gantt et Tinnin (2009) affirment que le traumatisme est fondamentalement non-verbal, une idée soutenue par les recherches sur les réponses de survie du système nerveux autonome et les études d'imagerie cérébrale. Ces études révèlent que les régions impliquées dans le langage, désactivées lors de l'agression sexuelle, demeurent inactives lors de la remémoration du traumatisme, tandis que l'amygdale, associée à l'activation émotionnelle, montre une activité accrue (Bremner et al., 1992; Rauch et al. 1994 dans Talwar, 2007; van der Kolk, 2006). Les survivantes peuvent alors avoir du mal à trouver les mots pour décrire leur expérience, se trouvant submergées par des images et des émotions, ce que van der Kolk (2014) nomme la « terreur muette » (*speechless terror*). L'art peut alors traduire en images ce qui est laborieux ou impossible à exprimer par la parole, ce qui fait de l'art-thérapie un moyen unique de surmonter les limites de l'expression verbale. Selon Tinnin et Gantt (2013), la souffrance des survivantes découle du 'traumatisme non-dit' (*unspoken trauma*), et l'expression visuelle offre une voix à ce qui est indicible. À ce sujet, ces chercheur-e-s (2009) partagent un exemple simple évoquant la capacité de l'art-thérapie à offrir une alternative aux mots : ils soulignent que lorsque les survivantes se retrouvent incapables de s'exprimer verbalement, elles peuvent avoir recours au dessin afin de s'exprimer de manière non-verbale.

En deuxième lieu, l'art-thérapie peut permettre d'employer le corps comme point d'entrée du traitement. Les études ont souligné l'importance du corps dans le traitement des traumatismes, préconisant des approches ascendantes, qui débutent par le travail sur le niveau corporel, pour adresser les autres aspects du traumatisme (Belkofer et Nolan, 2016; Fisher et al., 1991 cités dans Ogden et al., 2006). Bien que l'art-thérapie puisse être pratiquée de différentes manières, elle peut s'inscrire dans ces approches en mettant l'accent sur le corps comme point d'entrée dans le traitement des traumatismes (Elbrecht, 2013; King et al., 2019; Lusebrick et Hinz, 2016). Plus spécifiquement, c'est l'acte de créer qui serait une activité sensorimotrice en soi, engageant le corps et particulièrement les mains dans le processus, ce qui permettrait de révéler ce qui l'habite (Elbrecht et Antcliff, 2014; Hass-Cohen, 2003; Malchiodi, 2012a). Ce

processus favorise une expérience profondément corporelle, sollicitant l'ensemble des sens (Loumeau-May, 2019), et fait de l'art un médium privilégié pour réinvestir son corps. Comme le souligne Murawska (2014), « l'art ne peut [...] naître que grâce à la corporéité humaine. En d'autres termes, la possibilité de créer des formes artistiques n'est donnée qu'à la subjectivité qui est incarnée » (p. 183). En ce sens, créer, est par le fait même, une expérience des plus incarnée. Selon Schaverien (2021), l'art-thérapie offre l'occasion de création d'images incarnées, qui sont une représentation visuelle profondément ancrée dans l'expérience corporelle, étroitement liée aux sensations, émotions et souvenirs corporels. Ainsi, elle ouvre ainsi un espace où le corps peut devenir un allié du processus de guérison du traumatisme.

En troisième lieu, cette forme de psychothérapie présente un mécanisme d'action qui convient tout naturellement au traitement des traumatismes, en raison du fait qu'il implique intrinsèquement les dimensions implicite et explicite de la mémoire traumatique (Malchiodi, 2020). King-West et Hass-Cohen (2008) expliquent que l'art-thérapie ne fait pas qu'accéder à la mémoire implicite, mais permet aussi l'établissement d'un dialogue entre la mémoire implicite et explicite de façon à offrir une voix au traumatisme. Plusieurs qualifient le processus art-thérapeutique de bilatéral, suivant les principes de la thérapie EMDR, puisqu'il peut impliquer les deux mains et stimuler les fonctions associées aux deux hémisphères cérébraux (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020; McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tripp, 2007, 2016, 2022).

Concrètement, les productions artistiques peuvent rendre visible ce qui est lié à la mémoire implicite, en passant par les sensations corporelles jusqu'à l'univers symbolique des cauchemars (Belkofer et Nolan, 2016). C'est d'ailleurs parce qu'elle a l'avantage de faire appel à ce type de mémoire que l'art-thérapie peut permettre la réminiscence de souvenirs traumatiques enfouis (Avrahami, 2006; Boyes, 2006; Edwards, 2007; Hinz, 2019; Malchiodi, 2021c; Spaletto, 1992). En effet, l'art ne se contente pas de contourner la dimension verbale, mais offre également un chemin direct d'expression. Prenons l'exemple des reviviscences, qui comportent souvent une forte composante visuelle, et pour lesquelles l'art fournit une voie directe de représentation de ces images (Loumeau-May, 2019) et une opportunité d'expression du traumatisme en son propre langage, de manière non verbale et visuelle (Avrahami, 2006, p. 8; Johnson, 1987). C'est en extériorisant des fragments de mémoires sous forme visuelle et en explorant verbalement les images créées que l'encodage dans la mémoire explicite devient possible (Armstrong, 2013; Malchiodi, 2012a; Steele et Kuban, 2003). L'art-thérapie se montre particulièrement efficace pour amener le traumatisme de la mémoire implicite vers la mémoire autobiographique (Lusebrink, 2004; Schore, 2001), notamment parce que le dessin facilite l'expression verbale et exploite le lien étroit entre mise en image

et narration, favorisant ainsi une récupération plus efficace des souvenirs déclaratifs (Gross et Haynes, 1998; Malchiodi, 2020; Lev-Weisel et Liraz, 2007).

En quatrième lieu, l'art-thérapie offre des moyens concrets de régulation. Donner une forme visuelle aux souvenirs traumatiques peut incontestablement susciter des réactions émotionnelles et physiologiques (King-West et Hass-Cohen, 2008), mais la production artistique, par ses frontières concrètes, agit comme un contenant sécuritaire de l'expérience traumatique (Avrahami, 2006; Cohen et al., 1995; Edwards, 2007; Huss et al., 2012; Johnson, 1987; Lefevre 2004; Pifalo, 2007; Sarid et Huss, 2010; Tripp et al., 2019). L'aspect symbolique et métaphorique de l'art peut également aider à contenir l'expérience en créant une distance sécuritaire, permettant une exposition graduelle et émotionnellement tolérable (Collie et al., 2006; Kalmanowitz, 2016; Lande et al., 2010; Malchiodi, 2020; Schouten et al., 2014; Spiegel et al., 2006).

Parallèlement, le contact avec les matériaux d'art peut favoriser une forme d'auto-régulation. En effet, ce contact peut rééquilibrer les réponses de stress et soutenir la régulation, et ainsi contourner les mécanismes dissociatifs (Ferguson, 2014; Hass-Cohen, 2016; McKinnon, 2019). Des études en neuroimagerie ont révélé que l'acte de création activerait le système cérébral de récompense en amplifiant les émotions positives, tout en diminuant le niveau de cortisol, ce qui apaiserait de façon significative les symptômes corporels du traumatisme pendant le processus (Chesnot et Chidiac, 2020; Collie et al., 2006; Gantt et Tinnin, 2009; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Kaimal et Muniz, 2016). Tripp (2022) affirme même que l'acte de création peut permettre l'engagement du système parasympathique, lié à la régulation et la relaxation, en opposition au système sympathique lié aux réponses de survie. Certains auteur-e-s suggèrent même que l'art-thérapie, avec ses nombreux avantages en matière de régulation, pourrait contribuer à reconditionner l'amygdale de façon à diminuer les états de peur récurrents (Cohen et al., 2006; Hass-Cohen, 2016).

En cinquième lieu, l'art-thérapie constitue une méthode privilégiée pour renforcer les capacités de résilience des survivantes. Elle est souvent définie comme une forme de psychothérapie qui soutient naturellement le développement des aptitudes de résilience dû au fait, notamment, qu'elle repose sur les principes de créativité et d'imaginaire (Wolin et Wolin, 1993; Worrall et Jerry, 2007). Le processus créatif favorise la résilience de plusieurs manières. Il permet de vivre des expériences de *flow* et d'auto-actualisation (Benard, 2004; Harms, 2005; Morgan et White, 2003; Wolin et Wolin, 1993; Worrall et Jerry, 2007) et de mobiliser des ressources personnelles moins accessibles verbalement, telles que la spontanéité, la capacité à éprouver de la joie et l'optimisme (Betensky, 1995, p. 141). Il stimule également

la flexibilité mentale et émotionnelle, ce qui contribue à contrer les effets rigides des réactions traumatiques et à favoriser la neuroplasticité, aidant à « déprogrammer » le cerveau de son état traumatique (Hass-Cohen et Carr, 2008; Huss et al., 2012; Sarid et Huss, 2010; Alfred, 2019).

Les productions artistiques créées en séances peuvent rendre visibles les capacités de résilience à la fois pour l'art-thérapeute et les survivantes, ce qui peut renforcer la confiance d'une personne en ses propres capacités (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2018; Morgan et White, 2003). Le processus peut soutenir un sentiment de contrôle, crucial au développement du sentiment d'auto-efficacité personnelle que Martin et al. (2006) identifient comme une composante clé de la résilience (Brooke, 1995; Ferguson, 2014; Hogg, 2018; Malchiodi, 2020; Martin et al., 2006; Morgan et White, 2003; Pifalo, 2002). Par exemple, la modification d'une image traumatique créée peut susciter un sentiment de contrôle et d'*empowerment* chez les survivantes en offrant une expérience de transformation de la souffrance et du traumatisme (Hass-Cohen et al., 2014; Hébert, 2025; Malchiodi, 2008). L'art-thérapie favorise également le développement et le renforcement de stratégies de résistance au stress et de gestion émotionnelle, telles que des mécanismes de coping, ce qui peut permettre aux survivantes de regagner du pouvoir face leur expérience traumatique, un autre élément que Martin et al. (2006) associent aux capacités de résilience (Hogg, 2008; Howard, 1990; Morgan et White, 2003; Wolin et Wolin, 1993; Worrall et Jerry, 2007). Enfin, les survivantes qui s'initient aux arts et au processus créatif peuvent développer un intérêt artistique en dehors des séances, ce qui constitue, comme souligné précédemment, un facteur important de résilience (Benard, 2004; Worrall et Jerry, 2007).

En sixième et dernier lieu, la contribution de l'art-thérapie réside aussi dans sa capacité à intégrer les différentes dimensions de l'expérience (corporelle, émotionnelle, cognitive) dans le traitement du traumatisme (Talwar, 2007). Plusieurs auteur·e·s soulignent d'ailleurs l'importance d'impliquer ces trois dimensions afin d'offrir un traitement qui cible le traumatisme dans son entièreté (Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020; Rankin et Taucher, 2003; Talwar, 2007), allant même jusqu'à affirmer qu'elles doivent être présentes toutes trois pour constituer 'la meilleure pratique' en termes de traitement du traumatisme (Tripp, 2022). L'art-thérapie est reconnue comme un traitement exhaustif, en partie grâce à la capacité du processus créatif à mobiliser de multiples régions du cerveau (Belkofer et Nolan, 2016; Hinz, 2019; Lusebrink, 2004, 2010; Tripp, 2007). Selon Malchiodi (2012a, p. 19), le processus art-thérapeutique stimule simultanément des régions du cerveau affectées pendant et après le traumatisme, notamment « [...] le cortex (symbolisation, prise de décision et planification), le système limbique (affect et émotion) et le mésencéphale/tronc cérébral (systèmes sensoriels et kinesthésiques) » [traduction libre].

En résumé, en contournant les limites de l'expression verbale, l'art-thérapie ouvre des voies de guérison souvent inaccessibles autrement. Sa compréhension du corps en tant que « lieu » du traumatisme permet d'en faire la porte d'entrée d'un traitement efficace. Elle favorise également la régulation émotionnelle et physiologique. Elle propose également un mécanisme d'action unique suscitant les mémoires implicite et explicite qui donnent une voix au traumatisme facilitant son encodage dans la mémoire autobiographique. Elle est une forme de thérapie qui soutient tout naturellement les capacités de résilience. Enfin, elle mobilise simultanément les dimensions corporelle, émotionnelle et cognitive, offrant ainsi un traitement holistique du traumatisme.

Dans la section suivante, nous examinons les approches art-thérapeutiques appliquées au traitement du traumatisme.

1.3.2 Approches art-thérapeutiques dans le traitement du traumatisme

Dans le cadre de la présente recherche et dans les prochaines sections, nous avons retenu les approches les plus significatives en art-thérapie dans le traitement du traumatisme. Bien que ces approches soient examinées dans le contexte du TNS, notons qu'elles peuvent être utilisées dans le traitement de différents types de traumatismes. Parmi ces approches, trois grandes catégories se distinguent : les ascendantes, les hybrides et les descendantes. Les approches ascendantes incluent l'art-thérapie sensorimotrice (*Sensorimotor Art Therapy*), l'art-thérapie de type focusing (*Focusing-Oriented Art Therapy*) et l'art-thérapie somatique. Les approches hybrides, un terme que nous utilisons pour désigner les approches qui intègrent des méthodes ascendantes et descendantes, comprennent les thérapies expressives informées par le traumatisme (*Trauma-Informed Expressive Arts Therapy*), l'art-thérapie EMDR (*EMDR Art Therapy*) et l'art-thérapie relationnelle basée sur les neurosciences (*Art Therapy Relational Neuroscience*). Enfin, les approches descendantes englobent la réponse traumatique instinctuelle (*Instinctual Trauma Response*) et l'art-thérapie cognitivo-comportementale.

Afin de mieux comprendre les principes et les techniques spécifiques aux approches ascendantes en art-thérapie, nous abordons tout d'abord les approches psychothérapeutiques ascendantes, car ce type de thérapie a posé les fondations de plusieurs approches art-thérapeutiques en regard aux méthodes utilisées.

1.3.2.1 Apport des approches psychothérapeutiques ascendantes

Nous tenons à mettre en lumière l'importance des approches émergentes en psychothérapie, en particulier les approches ascendantes, c'est-à-dire celles orientées vers le corps, pour le traitement des traumatismes. Ces approches connaissent un intérêt croissant aux États-Unis depuis les dernières années (Kuhfuß et al., 2021; Metcalf et al., 2016). Nous évoquons ici les modèles de thérapies suivants : *Somatic Experiencing* (Levine, 2010; Levine et Frederick, 1997), la psychothérapie sensorimotrice (Ogden et al., 2006), la thérapie somatique du traumatisme (Rothschild, 2000), la théorie polyvagale (Dana, 2018; Porges, 2011), le modèle de résilience au traumatisme (Grabbe et Miller-Karas, 2018; Miller-Karas et Leitch, 2007) et la thérapie de type focusing de Gendlin (1969, 1978). Le champ connaît une évolution constante, engendrant de nouvelles approches résultant de diverses combinaisons d'approches ascendantes, comme la thérapie Polyvagale-EMDR (*Polyvagal-Informed EMDR*) développée par Kase (2023). Ces approches s'alignent avec la neurobiologie du traumatisme, c'est-à-dire qu'elles reposent sur les constats neuroscientifiques ayant mis en lumière l'importance du corps dans le traitement du traumatisme (Grabbe et Miller-Karas, 2018; Levine et Frederick, 1997). Ces approches nous apparaissent importantes à considérer, car elles assoient des notions fondamentales qui font partie intégrante de la philosophie qui sous-tend nos propositions art-thérapeutiques au dernier chapitre.

L'élément commun à ces approches est l'utilisation de diverses techniques d'implication du corps dans le processus thérapeutique, ce qui permet de travailler les différentes composantes du traumatisme à travers le corps. Les thérapeutes travaillant au sein de ces approches accordent une attention particulière aux systèmes intéroceptif (relatif au sens viscéral), proprioceptif (lié à l'orientation spatiale) et kinesthésique (associé au mouvement) (Levine, 2010; Payne et al., 2015). En règle générale, le traitement est orienté vers le travail du corps et de ses mémoires par l'exploration consciente des sensations corporelles et par la libération des mouvements défensifs du système nerveux. Nous examinons en plus amples détails dans les prochaines sections la manière dont les thérapeutes abordent ce travail.

1.3.2.1.1 Méthodes proposées par les thérapies ascendantes

Les approches ascendantes dans le cadre du traitement du traumatisme s'appuient sur une série de méthodes. Les sections suivantes explorent en détails ces interventions, qui incluent le travail sur les sensations, la régulation du système nerveux, l'élargissement de la fenêtre de tolérance, ainsi que des techniques spécifiques comme la pendulation, la titration, le geste de réparation et les techniques

d'ancrage. Ces différentes interventions ont pour visée transversale le maintien d'un sentiment de sécurité, en veillant à ne pas surcharger le système nerveux ni entraîner de retraumatisation.

1.3.2.1.1.1 Travail des sensations

Les thérapeutes travaillant au sein des approches ascendantes, particulièrement dans le cas de la thérapie *Somatic Experiencing*, la thérapie sensorimotrice et la thérapie de type focusing, accompagnent les survivantes afin qu'elles puissent se centrer sans jugement sur leurs sensations et sur leurs processus corporels. Avec le soutien des thérapeutes, les survivantes apprennent à reconnaître les différents types de sensations, à identifier leur niveau d'activation, ainsi que leurs réactions au stress (Grabbe et Miller-Karas, 2018). Ogden et al. (2006) soulignent que dans le contexte de l'approche sensorimotrice pour le traitement des traumatismes, il est important d'être soucieux du rythme adopté lorsqu'il s'agit d'accroître la conscience corporelle. En effet, une augmentation progressive et lente est visée, afin de développer la capacité à gérer l'activation engendrée. Ces auteur·e·s indiquent aussi que l'apprentissage de la tolérance des sensations peut entraîner des modifications dans les régions de l'insula et du cortex préfrontal médian.

Les approches ascendantes peuvent utiliser des tracés corporels appelés Somagram, dans le but d'identifier les sensations présentes dans le corps. Lors de ce processus, les survivantes dessinent leurs sensations dans différents tracés du corps (division gauche-droite du corps, haut et bas, avant et arrière), aidant ainsi les thérapeutes à cibler les zones nécessitant une attention particulière (Mischke-Reeds, 2018). En parallèle, des questions verbales d'exploration axées sur la pleine conscience sont utilisées pour aider les survivantes à devenir conscientes de leurs sensations à leur propre rythme et à les ressentir en toute sécurité. Ces questions peuvent être de type « Qu'est-ce que vous ressentez dans votre corps maintenant? », « Quelle taille fait cette zone de tension - la taille d'une balle de golf ou d'une orange? », « Quelle sensation avez-vous dans les jambes maintenant lorsque vous évoquez l'abus? » (Ogden et al., 2021, p. 259). De plus, une attention particulière est portée aux déplacements et aux transformations de ces sensations physiques dans le corps, concept nommé séquençage (*sequencing*) (Ogden et Minton, 2000). Les survivantes sont aussi soutenues dans le développement d'un vocabulaire décrivant leurs sensations, où les thérapeutes proposent des termes tels que « brûlant », ou encore « engourdi » (Ogden et al., 2021). Ces derniers auteur·e·s nous informent que l'objectif d'identifier les sensations, au-delà d'une meilleure compréhension du corps et de ses réactions, est aussi de faire le pont avec les émotions, et donnent l'exemple d'une personne qui a identifié son mal d'épaules comme étant lié à une colère non-exprimée (Ogden et al., 2021). En ce sens, ils indiquent que de pister les changements visibles, mais parfois

subtils, dans le corps des survivantes en séance de thérapie peut les amener à associer certains marqueurs physiques à des émotions.

1.3.2.1.1.2 Travail du système nerveux

Les approches ascendantes portent une attention particulière au système nerveux et à ses réponses autonomes. Tout d'abord, les thérapeutes de ces approches font de la psychopédagogie à propos des réponses du SNAS qui ont lieu lors de l'agression (combat, fuite, figement) et de l'utilité de ces réponses. La visée des notions psychopédagogiques est d'aider les survivantes à mieux comprendre les réactions de leur corps pendant et après l'agression. Ensuite, ces approches, particulièrement le *Somatic Experiencing* et le modèle de résilience au traumatisme, misent sur la libération de l'énergie stockée dans le corps en offrant la possibilité aux survivantes de compléter les mouvements défensifs. Levine (1997) a observé que dans le règne animal, les animaux déchargent l'énergie stockée en se secouant ou en tremblant, ce qui leur permet de se réguler. Sur la base de cette observation, les thérapeutes de ces approches suggèrent de décharger l'énergie accumulée et de compléter les réponses, ce qui peut impliquer des actions telles que pousser contre un mur pour libérer la réponse de combat, ou encore bouger certaines parties du corps pour surmonter la réponse de figement (Grabbe et Miller-Karas, 2018; Levine, 2010). De manière générale, les thérapeutes de ces approches recommandent d'intégrer le mouvement pendant ou à l'extérieur des séances, surtout lors de moments d'hypoactivation ou d'hyperactivation du SNAS. Pour déterminer le moment opportun de pratique de ces exercices, il est recommandé de suivre le niveau de régulation de la personne en pistant des marqueurs physiques tels que le pouls, la posture, la respiration, la présence de tremblements et le tonus musculaire (Levine, 2010; Ogden et al., 2006), car ces indicateurs peuvent révéler l'état du système nerveux de la personne. Par exemple, une posture rigide peut indiquer une réponse de figement du système nerveux. Par la suite, le ou la thérapeute pourra refléter ses observations et encourager les survivantes à pratiquer le mouvement qu'elles auraient voulu faire afin de se défendre. L'action de compléter le mouvement est appelé Acte de triomphe (*Act of triumph*), un terme inventé par Pierre Janet, et repris par Levine et Ogden. Un exercice ayant une visée similaire consiste à inviter les survivantes à imaginer qu'elles courent plus vite qu'un tigre, ce qui réactiverait les circuits neuronaux liés à la fuite, offrant une opportunité de renégocier les réponses traumatiques en s'imaginant une fuite réussie (Mischke-Reeds, 2018).

1.3.2.1.1.3 Fenêtre de tolérance

Ces approches utilisent la notion de fenêtre de tolérance de Siegel (1999) pour travailler avec le corps en psychothérapie de manière sécuritaire. Selon Ogden et al. (2021), la préoccupation à l'égard de la fenêtre de tolérance devrait être constante tout au long de la thérapie. Ce concept décrit une zone où la personne ne se trouve ni en état d'hyperactivité, ni d'hypoactivité. Plusieurs auteur-e-s ont exploré des concepts équivalents qu'ils ont désigné autrement, par exemple la fenêtre thérapeutique de Briere (2002), la fenêtre de capacité de Malchiodi (2020), ou encore la zone résilience du modèle de Miller-Karas et Leitch (2007). La notion de fenêtre de capacité de Malchiodi ajoute une nuance, en mettant l'accent sur le fait que le but est d'aider la personne à accroître sa capacité à vivre en toute sécurité la présence ou l'absence de sensations. L'auteure amène la notion de restauration corporelle (*restorative embodiment*), qu'elle décrit comme un changement somatique visant l'expansion des capacités sensorielles des survivantes, qui s'effectue par des expériences sensorielles réparatrices en thérapie. Dans ce contexte, les sens deviennent une ressource thérapeutique ou le canal même de la restauration (Malchiodi, 2022). Il est ainsi impératif de maintenir et d'élargir la fenêtre de capacité, car en sortir peut s'avérer traumatique. Lanius et al. (2010) soulignent que quitter cette zone peut réactiver des mécanismes cérébraux impliqués dans les réactions traumatiques, rendant le langage inaccessible et entravant le travail thérapeutique. Ainsi, maintenir la fenêtre de capacité est essentiel pour assurer un travail thérapeutique sûr et efficace. Les interventions appropriées pour retourner à cette fenêtre varient selon les états : lors d'hyperactivation, on privilégiera des techniques plus actives mobilisant le corps, tandis que lors d'hypoactivation, on favorisera des méthodes de relaxation et de repos (Mischke-Reeds, 2018).

Tableau 1.2 Fenêtre de tolérance

Hyperactivation Sensation accrue Réactivité émotionnelle, colère Hypervigilance Images intrusives Traitement cognitif désorganisé
Fenêtre de tolérance Fenêtre thérapeutique Fenêtre de capacité Zone d'activation optimale Zone de résilience
Hypoactivation Absence relative de sensations Engourdissement des affects Désactivation des processus de traitement cognitifs Réduction du mouvement physique

Adapté d'Ogden et al. (2021, p. 68)

De plus, afin de rester dans cette zone, certains auteur-e-s suggèrent de favoriser la régulation en activant la branche ventrale du nerf vague du système nerveux. Contrairement à la branche dorsale, liée aux réponses de survie, cette branche est associée à l'engagement social et à la sécurité. Ainsi, son activation dans la relation thérapeutique offre à la personne une opportunité de régulation (Dana, 2018; Payne et Levine, 2015; Porges, 2011). Dana (2018) souligne que la co-régulation, vécue comme un sentiment de sécurité partagée et soutenue par la présence incarnée du thérapeute, facilite ensuite l'auto-régulation chez les survivantes. Concrètement, Porges (2011) propose d'activer cette branche par le contact visuel et certaines activations verbales. De plus, en complément à la dimension essentielle de la relation thérapeutique, plusieurs outils concrets peuvent être utilisés dans ces approches dès les premières séances de thérapie, afin de permettre aux survivantes de rester dans la fenêtre de capacité et de rendre le travail sur le traumatisme possible, dont la pendulation et la titration, le geste de réparation, les techniques d'ancrage et le développement des ressources (Grabbe et Miller-Karas, 2018; Miller-Karas, 2015; Ogden et al., 2006, 2021; Payne et al., 2015).

1.3.2.1.1.4 Pendulation

La notion de pendulation de Levine, également appelée oscillation par Ogden (Ogden et al., 2021) et double conscience (*dual awareness*) par Rothschild (Rothschild, 2000), implique l'alternance entre des sensations inconfortables liées aux expériences traumatiques et des sensations agréables ou neutres, ce qui a pour effet d'apaiser le SNAS. L'alternance entre ces deux états a pour but de maintenir les survivantes dans la fenêtre de capacité pendant le travail thérapeutique et, à plus long terme, de restaurer les capacités du système nerveux à penduler, c'est-à-dire à se réguler de manière naturelle. Pour guider les survivantes, les thérapeutes de ces approches les encouragent à surveiller leur niveau d'activation en prêtant attention à leurs réactions corporelles (Grabbe et Miller-Karas, 2018).

1.3.2.1.1.5 Titration

La titration est une technique utilisée pour aborder progressivement et en toute sécurité les souvenirs traumatiques. Emprunté au domaine de la chimie, le terme évoque un processus méticuleux pendant lequel une substance hautement réactive est infusée graduellement dans une autre pour éviter tout risque d'explosion. Dans le contexte thérapeutique, cette approche implique de débiter par l'évocation de souvenirs générant un faible niveau d'activation (par exemple, les conditions météorologiques le jour de l'événement traumatique), tout en restant attentif aux sensations présentes (Payne et al., 2015).

Progressivement, des souvenirs générant une plus haute activation sont explorés pendant que les survivantes demeurent centrées sur les sensations qu'ils suscitent. Grâce à la pleine conscience, pendant cette évocation, les tensions corporelles peuvent alors se libérer (Grabbe et Miller-Karas, 2018).

1.3.2.1.1.6 Geste de réparation

Un autre exercice visant à soutenir les survivantes dans la régulation de leur système nerveux est le geste de réparation (*gesturing*) (Miller-Karas, 2015). Il implique d'effectuer un mouvement spontané associé à la régulation, la confiance ou la joie, répété lentement en tandem avec le ou la thérapeute. L'objectif est ici de favoriser un apaisement en se concentrant sur les sensations que procure l'expérience. D'autres types de mouvements sont également possibles, tels que les mouvements évoquant la protection ou la libération (Miller-Karas, 2015).

1.3.2.1.1.7 Techniques d'ancrage

De manière générale, les techniques d'ancrage (*grounding*) consistent à se concentrer sur les sensations corporelles, à ressentir le contact avec le sol et à être pleinement présent dans l'instant (Carroll, 2018). Elles sont principalement employées lorsque les survivantes sont en état d'hyperactivation ou lors d'états dissociatifs, dans le but de retourner à un niveau d'activation optimal, et ainsi pouvoir poursuivre le travail sur les souvenirs traumatiques (Miller-Karas, 2015; Ogden et al., 2006, 2021). Concrètement, le ou la thérapeute peut proposer aux survivantes de se concentrer sur la sensation de leurs pieds au sol afin de se sentir supportée, de se centrer sur leur respiration, ou encore d'imaginer une image apaisante en gardant les yeux ouverts. D'autres techniques dans cette catégorie consistent à se focaliser sur les sens et de porter attention à l'environnement, à la manière de la pleine conscience (sons, température, textures, couleurs, etc.) (Miller-Karas, 2015; Ogden et al., 2021; van der Kolk, 2014). De plus, dans le cadre de la théorie polyvagale, Dana (2018) propose de dresser avec les survivantes une liste de leurs points d'ancrage, qu'elle désigne comme des ancrages vagal ventral. Ceux-ci peuvent concerner des actions, des lieux, des moments spécifiques ou des objets, tous susceptibles de renforcer le sentiment de sécurité. Ce processus peut aider les survivantes à mieux comprendre le fonctionnement de leur système nerveux et à activer la branche ventrale lorsqu'elles en ressentent le besoin.

1.3.2.1.1.8 Développement des ressources

Les outils de cette catégorie visent à identifier et renforcer les ressources internes et externes des survivantes afin de restaurer un sentiment de sécurité intérieure nécessaire au travail sur les souvenirs

traumatiques. En effet, selon Ogden et al. (2021), le renforcement des ressources va de pair avec le travail sur les souvenirs. Les ressources internes incluent la reconnaissance des forces personnelles, des valeurs, et des sensations internes qui procurent un sentiment de sécurité corporelle, ainsi que la remémoration de moments heureux ou de situations dans lesquelles les survivantes ont eu un sentiment de contrôle (Ogden et al., 2021; Payne et al., 2015). Selon Buckley et al. (2018), une expérience incarnée de la résilience est cruciale pour permettre aux survivantes de retrouver une connexion avec leur corps. Cela implique le développement de ressources incarnées, telles que la connexion avec le corps, l'exploration de ses sensations et l'apprentissage de la régulation émotionnelle (Buckley et al., 2018; Feldman, 2021; Kepner, 2003; Ogden et al., 2006). Des exercices somatiques axés sur l'auto-compassion et la connexion au corps, comme les alignements posturaux et le contact conscient avec le cœur et les viscères, peuvent contribuer à cette expérience incarnée de la résilience (Buckley et al., 2018). Par exemple, l'exercice du déploiement (*unfurling*) permet de ressentir le corps comme une ressource interne en symbolisant le processus de « sortir de sa coquille », tout en renforçant la conscience de la force et de la stabilité interne de la colonne vertébrale (Mischke-Reeds, 2018). Finalement, quant aux ressources externes, elles incluent le renforcement du réseau de soutien social des survivantes et leurs activités de loisirs (Miller-Karas, 2015).

1.3.2.2 Approches art-thérapeutiques ascendantes dans le traitement du traumatisme

Maintenant que nous avons survolé les bases communes des thérapies ascendantes, nous nous penchons sur les approches ascendantes en art-thérapie, qui, elles aussi travaillent avec le corps en premier lieu pour traiter le traumatisme.

1.3.2.2.1 Art-thérapie sensorimotrice

L'art-thérapie sensorimotrice se base sur l'approche sensorimotrice en psychothérapie. Comme nous l'avons vu, cette dernière approche, développée par Pat Ogden et ses collègues dans les années 1980, intègre à la fois des techniques de thérapie du corps et de thérapie par la parole pour traiter des traumatismes et autres troubles émotionnels. Cette approche se distingue par l'idée que le corps joue un rôle crucial dans le stockage et le traitement des expériences traumatiques et émotionnelles. En art-thérapie, c'est Cornelia Elbrecht (MA), art-thérapeute, qui s'est penchée sur cette approche, en créant notamment l'*Institute for Sensorimotor Art Therapy* en Australie, où elle enseigne l'art-thérapie sensorimotrice. Elle propose entre autres des méthodes de traitements du traumatisme de façon ascendante, axées sur la dimension du corps. Dans un premier ouvrage (Elbrecht, 2013), elle décrit trois étapes dans le traitement avec l'argile (*Clay Field Therapy*) soit l'exploration, l'intégration et la

stabilisation. Dans son plus récent livre (Elbrecht, 2018), elle propose une approche sensorimotrice bilatérale impliquant une série d'exercices faisant l'utilisation rythmées des deux mains dans la création de dessins, de manière à susciter les fonctions associées aux deux hémisphères cérébraux. Cette approche, basée sur les principes de la thérapie de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR), intègre les notions de Levine (2015) et van der Kolk (2014), ainsi qu'Ogden et Ficher (2015). L'auteure la décrit comme une forme de méditation active qui se concentre sur les sensations internes et qui permet de réguler l'activation du système nerveux par le mouvement et les sens. L'approche offre divers avantages, notamment en fournissant des outils d'autorégulation, et en aidant à atténuer l'hyperactivation et les symptômes dissociatifs. Un chapitre de son livre est également consacré à l'application de l'approche sensorimotrice de dessin guidé sous la lunette du modèle du Continuum des Thérapies Expressives.

1.3.2.2.2 Art-thérapie focusing

L'art-thérapie focusing, est basée sur la thérapie focusing développée par Eugene Gendlin dans les années 1960. Cette dernière une approche psychothérapeutique se distingue par l'exploration des processus internes à travers le *felt sense*, ou ressenti corporel. Le *felt sense*, cette sensation corporelle « vivante » et subtile, contient des informations cruciales à propos de l'expérience émotionnelle et psychologique d'une personne. C'est une forme de connaissance corporelle implicite qui, lorsqu'explorée, peut permettre de générer du sens. Le focusing invite à porter une attention bienveillante à ses sensations corporelles, en adoptant un point de vue de curiosité, et ce en six étapes. En art-thérapie, les étapes sont les mêmes que celles développées par Gendlin (1981), avec l'ajout d'une dimension créative : (1) Dégager l'espace avec l'art en dessinant un *All fine place*, (2) choisir une difficulté sur laquelle travailler et se concentrer sur le ressenti corporel associé, (3) trouver une image mentale qui résonne avec le ressenti corporel, (4) trouver les matériaux d'art qui correspondent au *ressenti corporel* et exprimer le symbole ou l'image mentale par l'art, (5) poser des questions et dialoguer avec l'art et (6) recevoir et accueillir ce qui émerge du ressenti corporel et de l'art (Rappaport, 2010). Cette approche appliquée au contexte art-thérapeutique a comme avantage de proposer l'expression du ressenti corporel sous forme visuelle, rendant alors visible les sensations corporelles (Rappaport, 2008). Cette approche a été étudiée par Laury Rappaport (1998; 2010; 2015), qui a proposé dès 1998 son utilisation dans le traitement du TNS. Ses propositions, toujours pertinentes, incluent le travail sur le sentiment de sécurité par l'art, avant d'aller vers la mise en image des souvenirs traumatiques. Zielona-Jenek et al. (2019) ont récemment appliqué l'approche art-thérapeutique en groupe auprès de femmes ayant vécu un traumatisme de nature interpersonnelle (dont 81% ont vécu

une agression sexuelle). Leur programme, dont les propositions artistiques sont largement axées sur le corps, visent à favoriser la corporéité. Les résultats de l'étude montrent que cette approche a aidé la plupart des participantes à se réapproprier leur corps, en réduisant les perturbations liées à leur expérience corporelle, telles que les difficultés de régulation et les problèmes d'image corporelle. Lubbers (2019) a également proposé un protocole (*Bodymap Protocol*) basé sur le focusing auprès de neuf adultes présentant un traumatisme psychologique. Les résultats de son analyse phénoménologique indiquent que son protocole de tracé du corps grandeur nature permet la mise en image du *felt sense* de manière sécuritaire tout en favorisant la corporéité, la régulation et l'accès à des mémoires implicites.

1.3.2.2.3 Art-thérapie somatique

En psychothérapie, plusieurs approches sont considérées comme faisant partie du spectre des approches somatiques, notamment le *Somatic Experiencing* et la thérapie sensorimotrice. En art-thérapie, c'est Johanne Hamel, psychologue et art-thérapeute québécoise, qui a développé au cours des quatre dernières décennies l'approche somatique, traitant notamment des douleurs chroniques et des traumatismes. Son travail s'étend au-delà du Québec, avec des contributions significatives en Europe, aux États-Unis et en Thaïlande. Son approche s'inspire des travaux de Levine (*Somatic Experiencing*), ainsi que des écrits de van der Kolk et des études Scaer entourant la mémoire, en y intégrant des fondements gestaltistes, jungiens et humanistes. Elle est l'auteure du livre *Somatic Art Therapy: Alleviating Pain and Trauma Through Art*, auquel plusieurs art-thérapeutes ont contribué, dont Sophie Boudrias, Mylène Piché et Patcharin Sughondhabirom. L'art-thérapie somatique utilise l'art pour explorer les sensations physiques subjectives, rendant visible le soma, facilitant ainsi la prise de conscience des états émotionnels et favorisant leur expression. Au cœur de cette approche se trouve la méthode des quatre cadrans, développée par Hamel en 1997 et inspirée par les travaux d'Achterberg (1985), Siegel (1994) et McNiff (1992). Ici, l'on utilise une feuille de 18 x 24 pouces divisée en quatre sections représentant respectivement le symptôme physique pour accéder au soma (corps physique), l'origine du symptôme, la guérison complète du symptôme et, finalement, le lien entre les premier et troisième cadres. Cette approche offre l'avantage de permettre une visualisation claire du processus de guérison et de comprendre le message existentiel de la sensation. Hamel (2021) propose également divers types d'interventions complémentaires à cette méthode, notamment le (*Hand-on-healing*) qui propose d'ajouter une couleur de guérison dans les images ainsi que l'exploration du soma dans des tracés du corps grandeur nature ou miniature.

1.3.2.3 Approches art-thérapeutiques hybrides dans le traitement du traumatisme

Penchons-nous maintenant sur les approches art-thérapeutiques que nous qualifions d'hybrides, c'est-à-dire qui englobent différents principes et méthodes ascendants et descendants.

1.3.2.3.1 Thérapies expressives informées par le traumatisme

Les approches de type *trauma-informed* (ou approche informée par le traumatisme) reconnaissent l'impact omniprésent du traumatisme sur la vie des survivantes et visent à créer des environnements et des interactions qui le comprennent et le respectent, en mettant l'accent sur la sécurité, la collaboration et l'agentivité. Des figures éminentes comme Herman, van der Kolk et Ogden ont contribué à son développement. En art-thérapie, Cathy Malchiodi, psychologue et art-thérapeute américaine, a développé une approche nommée *Trauma-Informed Expressive Arts Therapy*, intégrant diverses modalités artistiques (arts visuels, mouvement, musique, jeu, etc.), et un institut qui lui est dédié. L'approche repose sur les principes *trauma-informed*, en cela qu'elle considère le traumatisme psychologique lié à divers troubles, affectant tous les âges, constituant une expérience *corps-esprit*, comprenant les symptômes comme des stratégies d'adaptation normales, considérant essentiel de redonner du pouvoir d'action aux survivantes et s'appuyant sur les principes de résilience pour surmonter le traumatisme. Ses méthodes d'intervention sont un assemblage d'interventions ascendantes et descendantes, mettant l'accent sur le narratif du traumatisme, le corps, et proposant des techniques de stimulation bilatérale et des exercices tels des tracés du corps (*body outline*). Elle met également l'emphasis sur l'importance de l'alliance thérapeutique comme moteur de changement et comme élément déterminant dans le succès de la thérapie. Son approche est en partie inspirée du CTE. En effet, elle consacre une partie de son livre à l'apport de ce modèle dans son programme thérapeutique en faisant référence aux écrits fondateurs de Kagin et Lusebrink (1978), et se penche brièvement sur l'idée d'une approche visant à traiter le traumatisme basé sur le CTE (*Trauma-Informed Expressive Arts Therapy Continuum*) (Malchiodi, 2020).

1.3.2.3.2 Art-thérapie de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

À l'origine, la thérapie de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires, de l'anglais *Eye Movement Desentitization and Reprocessing (EMDR)* a été développée en 1987 par Francine Shapiro, une psychologue américaine. L'approche thérapeutique intègre des éléments des thérapies centrées sur le corps, ainsi que des thérapies psychodynamiques et cognitivo-comportementales. Son protocole en huit étapes (e.g., historique, préparation, évaluation, désensibilisation, ancrage, scan corporel, clôture et réévaluation) permet de revisiter les expériences traumatisantes en incluant les sensations, émotions et

pensées associées, tout en utilisant des mouvements oculaires guidés pour atténuer l'intensité émotionnelle du traumatisme (Covers et al., 2019). Basée sur la stimulation bilatérale, cette méthode facilite le transfert des souvenirs traumatiques du cerveau émotionnel vers le cortex cérébral. Son efficacité a été démontrée dans la réduction des symptômes liés au TNS (Lalot et al., 2021). En art-thérapie, l'approche s'inspire des principes de la stimulation bilatérale de la thérapie EMDR. Davis et al. (2023) ont exploré son intégration dans leur récent livre, soulignant son utilité dans divers contextes thérapeutiques, y compris le traitement des traumatismes. Tobin (2006), quant à lui, applique les principes EMDR en créant deux mandalas, représentant respectivement un lieu sécurisé et les forces intérieures, puis dessinant une image représentant le pire moment traumatique sur une feuille placée entre les deux mandalas. En alternant le regard entre les deux mandalas, les survivantes sont amenées progressivement à réduire l'activation associée à l'image traumatique. Quant à eux, les protocoles de McNamee (2006), Talwar (2007), Tripp (2007, 2016, 2022) et Tripp et al. (2019) impliquent une forme de stimulation bilatérale basée sur les principes EMDR, mais en utilisant les deux mains, plutôt que par les mouvements oculaires. Leur protocole a comme points communs avec l'EMDR l'accès aux souvenirs par le corps, l'identification des émotions et croyances associées aux souvenirs, puis la modification des croyances inadéquates agissant telle une forme de restructuration ascendante.

1.3.2.3.3 Art-thérapie relationnelle basée sur les neurosciences

L'approche de l'art-thérapie relationnelle basée sur les neurosciences (*Art Therapy Relational Neuroscience, ATR-N*), développée par Noah Hass-Cohen, psychologue et art-thérapeute américaine, s'inspire des travaux de Judith Herman, ainsi que des approches psychothérapeutiques basées sur la résilience, de la théorie polyvagale, des théories de l'attachement et de certaines techniques de la thérapie cognitivo-comportementale. D'autres contributeurs incluent Joanna Clyde Findlay, Richard Carr, Jessica Vanderlan, Alyssa Banford Witting et Rebecca Bokoch. Basée sur des principes neuroscientifiques, cette approche met l'accent sur la création d'un sentiment de sécurité et sur la relation thérapeutique comme fondements essentiels pour la reconsolidation sécurisée des souvenirs, et leur ancrage dans la mémoire explicite. En ce sens, l'approche privilégie une posture thérapeutique empreinte de douceur, de bienveillance et d'acceptation inconditionnelle, renforcée par des techniques telles que la troisième main de Kramer (*third-hand*) et le *mirroring*. Des directives créatives orientées vers la sécurité et l'exploration de relations sécurisantes soutiennent également le développement d'un lien de confiance, condition préalable à la reconsolidation sécurisée des souvenirs traumatiques. Pour faciliter cette reconsolidation, l'auteur propose une procédure nommée CHECK, qui consiste à dessiner une ligne du temps de

l'événement, puis à choisir un moment spécifique à représenter et développer pour celui-ci un titre et un récit, pour finalement modifier l'image. Cette méthode vise à redonner du pouvoir aux survivantes et à réduire les distorsions cognitives, et offre une réduction de l'anxiété et des comportements d'évitement, ainsi qu'une meilleure résilience (Hass-Cohen et al., 2014). Afin de renforcer la résilience, l'auteur propose également une deuxième procédure appelée *Four-Drawings Protocol*, guidant la création de quatre dessins, soit une représentation du traumatisme, un autoportrait, une illustration des ressources internes et externes qui ont aidé à faire face au traumatisme, et un second autoportrait. Cette séquence favoriserait la restructuration cognitive en permettant aux survivantes de se percevoir différemment.

1.3.2.4 Approches art-thérapeutiques descendantes dans le traitement du traumatisme

Une dernière catégorie d'approches existe, soit les approches descendantes en art-thérapie. Penchons-nous sur les particularités de ces approches.

1.3.2.4.1 Réponse instinctuelle au traumatisme

La Réponse instinctuelle au traumatisme, ou *Instinctual Trauma Response*, désigne la réaction de survie du cerveau et du corps face à un événement traumatisant. Cette approche a été développée par Linda Gantt, art-thérapeute, et Louis Tinnin, psychiatre, et est enseignée depuis 2006 à leur institut, l'*ITR Training Institute*, aux États-Unis. Au cœur de cette approche se trouve la procédure art-thérapeutique appelée *Graphic Narrative Processing* (2000, 2002, 2007a, 2007b, 2009), qui vise à intégrer les expériences passées dans le présent. Le processus de traitement consiste à rendre conscients et historiques les souvenirs traumatiques et à réparer la dissociation traumatique grâce au dialogue externe avec les différentes parties de soi (*parts work*). Cette approche s'inspire notamment du travail de Goulding et Schwartz (*Internal Family Systems*), ainsi que de la psychologie des parties (*Parts Psychology*) de Lorick (2011), et est catégorisée en tant qu'approche cognitive (Rubin, 2016). La procédure consiste à créer un récit visuel traumatique d'environ huit dessins en mettant en image différentes scènes d'avant, pendant et après l'événement (i.e. une image avant, l'état de surprise traumatique, l'état de fuite/combat, l'état de figement, l'état de conscience modifiée ou dissociée, l'état d'obéissance automatique, les tentatives d'autoréparation et une image après marquant la clôture) (Tinnin et Gantt, 2013). Les survivantes dessinent d'une perspective détachée, comme si elles étaient plutôt témoins des scènes, dans le but de maintenir une distance émotionnelle sécuritaire. Elles dialoguent ensuite avec chaque aspect d'elles-mêmes représenté dans les dessins, par le biais de techniques telles que la réponse d'écriture bilatérale (*bilateral writing response*), qui implique l'utilisation des deux mains dans le processus d'écriture, ou

encore par le dialogue en vidéo (inspiré de la technique de la chaise vide de Perls (1969) en thérapie gestaltique). Lorsque la séquence des dessins et des dialogues est complétée, l'art-thérapeute affiche les dessins et raconte l'histoire aux survivantes (Gantt et Tinnin, 2009). Cette approche permet non seulement de créer une distance émotionnelle, mais aussi d'offrir aux personnes survivantes une écoute différente, imprégnée d'autocompassion. Les résultats de recherche ont montré que 89% des participant-e-s à leur programme d'art-thérapie pour le traitement des traumatismes ont connu une amélioration significative (Gantt et Tinnin, 2007a).

1.3.2.4.2 Art-thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est une approche thérapeutique qualifiée de descendante, car elle propose que le changement s'effectue largement par les processus de pensée. Actuellement, elle est l'approche psychothérapeutique dominante en Amérique du Nord, l'Association canadienne pour la santé mentale recommandant exclusivement cette thérapie pour le TSPT (ACSM, 2024). Bien que l'approche cognitivo-comportementale en tant qu'approche art-thérapeutique ne soit généralement pas la méthode prévalente, elle existe depuis les années 1970, développée entre autres par Ellen Roth et Jamie Rhyne. Cette approche est maintenant pratiquée par de nombreux art-thérapeutes et est synthétisée dans le livre de Marcia Rosal (2018) *Cognitive Behavioral Art Therapy: From Behaviorism to the Third Wave*. Plusieurs auteur-e-s spécialisés dans le traitement du traumatisme définissent leur approche comme étant de nature cognitivo-comportementale (Becker, 2015; Naff, 2014; Pifalo, 2007; Rankin et Taucher, 2003; Rosen Saltzman et al., 2013; Stace, 2014). De plus, de nombreux autres auteur-e-s intègrent dans leur pratique les principes fondamentaux et techniques de la thérapie cognitivo-comportementale, incluant la psychopédagogie, la restructuration cognitive, les techniques d'exposition et les méthodes de relaxation (Carter et al., 2024; Hass-Cohen et al., 2014; Lubow, 2009; Luzzatto et al., 2022; Lusebrink et Hinz, 2016; Lyshak-Stelzer et al., 2007; Mouck, 2014; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Naff, 2014; Nazarian, 2021). Les méthodes de relaxation de la TCC, telles que la relaxation progressive de Jacobson et les techniques de respiration (diaphragmatique et de contrôle respiratoire) sont largement répandues dans le domaine de l'art-thérapie, de nombreux auteur-e-s alliant ces stratégies au processus créatif.

Il est important de noter qu'il existe plusieurs dérivés de l'approche traditionnelle de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement des traumatismes, notamment les variantes associées dites de troisième vague comme la Thérapie d'acceptation et d'engagement de Steven Hayes, Kirk Strosahl et Kelly Wilson, la thérapie dialectique de Marsha Linehan et les thérapies basées sur la pleine conscience (incluant *Mindfulness-Based Stress Reduction* de Jon Kabat-Zin et *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* de Zindel

Segal, Mark Williams et John Teasdale). Les approches de troisième vague sont davantage centrées sur le client, intégrant des notions des thérapies humanistes et des principes bouddhistes. Utilisées dans le traitement du TSPT, elles encouragent les survivantes à confronter leurs souvenirs traumatiques avec acceptation et non-identification, et se concentrent sur l'utilisation de compétences de pleine conscience pour faciliter le changement, en utilisant des techniques d'ancrage et des métaphores, et en travaillant sur les dichotomies de pensée (Ringel, 2019; Woidneck et al., 2014). En art-thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale de troisième vague intégrant la pleine conscience est souvent utilisée, se combinant aux approches ascendantes et descendantes. De ce fait, certains auteur·e·s, comme Goodarzi et al. (2020), proposent une approche art-thérapeutique basée sur la pleine conscience dans le traitement du traumatisme.

Notons qu'il est commun dans l'approche cognitivo-comportementale d'utiliser la technique de thérapie par révision et répétition d'imagerie mentale (*Image Rehearsal Therapy*) de Krakow et al. (1993, 2000) pour le traitement des cauchemars (Brillon, 2017). La technique comprend trois étapes, soit l'exposition, la réécriture et la répétition. L'objectif est d'aboutir à un changement cognitif en rédigeant une version modifiée de l'histoire, puis en l'intégrant par le biais d'une relecture répétée (Brochu et al., 2023). En art-thérapie, cette méthode a également été proposée et adaptée par plusieurs auteur·e·s dont Haeyen et Staal (2021), Kehr et Haeyen (2024) (*Imagery Rehearsal Based Art Therapy*) et Versulys (2021) (*Nightmare-Rescripting Art Therapy*), à la différence que le processus consiste en une mise en image du cauchemar et une modification de l'image, plutôt qu'un processus d'écriture.

En somme, les approches art-thérapeutiques, qu'elles soient ascendantes, hybrides ou descendantes, jouent chacune un rôle spécifique dans le traitement des traumatismes de nature sexuelle (TNS), à l'image des organes essentiels d'un organisme vivant. Chaque approche propose des cibles thérapeutiques et méthodes qui lui sont propres, mais cette richesse soulève un défi : l'absence d'une structure unificatrice — une peau, des os et des ligaments pour relier ces organes et former un tout cohérent. Cette fragmentation dans le domaine complexifie l'orientation du traitement pour les art-thérapeutes professionnel·le·s. C'est dans ce contexte que le Continuum des Thérapies Expressives entre en scène. Nous avançons que ce modèle offre une structure flexible capable de rassembler en un tout cohérent les méthodes des diverses. Penchons-nous plus amplement sur les bases théoriques du modèle.

1.4 Continuum des Thérapies Expressives

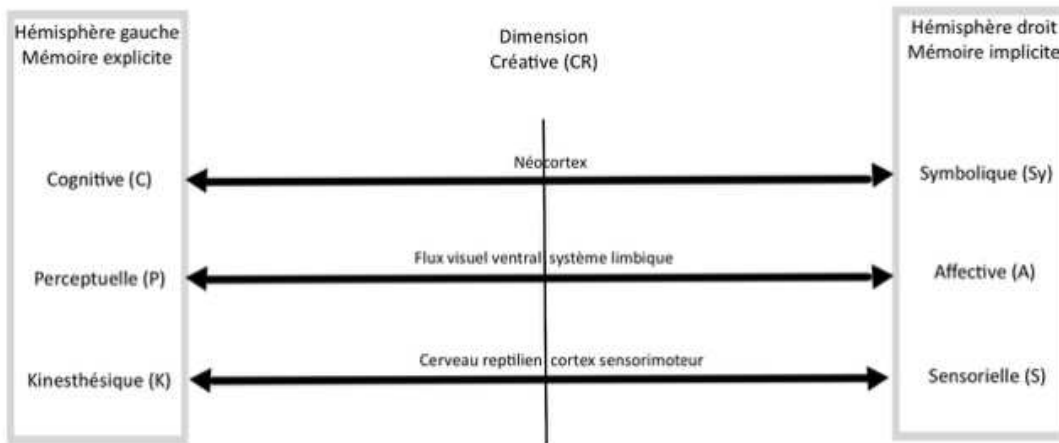
Le modèle du Continuum des Thérapies Expressives (CTE), en anglais *Expressive Therapies Continuum* (ETC) est un modèle panthéorique pouvant servir de cadre d'intervention en art-thérapie. Il a été développé à l'origine par Kagin (Graves-Alcorn) et Lusebrink en 1978. Hinz (2009a, 2019) a poursuivi le développement du modèle, notamment en proposant un guide pratique décrivant les propriétés thérapeutiques de l'expression créative visuelle. Il propose une vision holistique qui considère la personne dans sa globalité et dans son rapport au monde. Selon le modèle, la manière dont une personne interagit avec les matériaux d'art est le reflet de la façon dont elle entre en relation avec le monde au quotidien, révélant ses modes d'adaptation, ses ressources et ses zones de vulnérabilité. Il propose une thérapie centrée sur la personne, basée sur le dialogue, la transparence, le respect et l'accord mutuel à propos des objectifs thérapeutiques et du déroulement des séances (choix des matériaux, thèmes, etc.). La personne est soutenue et encouragée à faire ses propres choix thérapeutiques au fil du processus, devenant ainsi une véritable partenaire active de son traitement (Hinz, 2019). Ce cadre à la fois flexible et structuré s'adapte à différentes approches thérapeutiques, devenant un canevas pour les art-thérapeutes de tout horizon. Il offre un cadre suffisamment structuré pour guider le processus, tout en ayant la flexibilité nécessaire pour que chaque trajectoire puisse s'y déployer de manière singulière. Cette double qualité permet à l'art-thérapeute de s'appuyer sur un cadre clair et d'ajuster des propositions de manière sensible aux besoins spécifiques de la personne (Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016).

L'application du modèle est variée et s'étend à différentes populations, incluant les personnes présentant des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (Hinz, 2009b) ou des épisodes dépressifs (Hinz, 2015). Récemment, plusieurs auteur-e-s adoptent le modèle comme cadre de traitement du traumatisme (Alfred, 2019; Feen-Calligan et Case, 2018; Gorinsky, 2022; Kolodny, 2020; Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016; Riccardi et Rodrigues, 2023) ou discutent de sa pertinence en tant que modèle (Belkofer et Nolan, 2016; Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020; Tripp, 2022). Le modèle a été appliqué à divers contextes traumatiques, y compris auprès d'enfants présentant un TNS (Lusebrink et Hinz, 2016), d'une adolescente avec une déficience intellectuelle et un TNS (Lusebrink et al., 2013), d'une femme souffrant de traumatisme psychologique (Alfred, 2019), de personnes souffrant simultanément de dépendance et d'un traumatisme (Kolodny, 2020; Feen-Calligan et Case, 2018) ainsi qu'auprès de populations militaire et vétérane (Gorinsky, 2022; Riccardi et Rodrigues, 2023). Enfin, son utilisation s'étend aux traumatismes collectifs, raciaux et coloniaux (Grand'Maison, 2020; Stockburger, 2021; Truong, 2023; Whyte, 2020, 2023), ce qui démontre sa polyvalence.

Il est présenté ici pour le traitement du traumatisme sous l'éclairage des neurosciences. Celles-ci permettent de mieux comprendre comment les expériences traumatiques s'inscrivent et parfois se figent dans le cerveau et le corps, et comment l'acte créatif peut soutenir une transformation en résonance avec la vie quotidienne des survivantes. Le modèle du CTE est l'un des rares à avoir exploré la neurobiologie de l'art-thérapie (Kapitan, 2014). Kapitan (2014, p. 51), dans son texte sur la neurobiologie, l'art-thérapie et le trauma, souligne l'importance du travail novateur de Lusebrink dans le développement du modèle du CTE en tant que « pilier dans le développement de la neurobiologie de l'art-thérapie » [traduction libre]. Cette démarche positionne le CTE de manière avantageuse pour formuler des propositions cohérentes en accord avec la neurobiologie du traumatisme. Les recherches sur la neurobiologie de l'art-thérapie et le CTE suggèrent qu'il est en adéquation avec les modèles conceptuels des approches neuroscientifiques, Belkofer et Nolan (2016), référant même au modèle comme le *Neuroscience-informed ETC model*.

Le CTE conceptualise l'individu comme un tout, organisant ses interactions avec les matériaux d'art et sa manière de traiter l'information en un schéma composé de six composantes réparties sur trois niveaux bipolaires : kinesthésique (K) et sensoriel (S), perceptif (P) et affectif (A), cognitif (C) et symbolique (Sy), ainsi qu'une dimension créative (Cr) (figure 4.1). Les trois niveaux correspondent respectivement aux aspects corporels, émotionnels et cognitifs d'une personne. Le continuum réfère au processus dynamique dans lequel l'expérience créative d'un individu circule sur ces différents niveaux. Ils sont développementaux allant du plus primitif (K/S) au plus complexe (C/Sy). Chaque niveau est lié à un niveau de traitement de l'information (sensorimoteur, émotionnel et cognitif) et au niveau d'architecture cérébrale correspondant (cerveau reptilien, système limbique et néocortex) (Lusebrink 2004, 2010; Malchiodi, 2020). Selon le modèle, un individu équilibré est capable de mobiliser ces différents niveaux (Hinz, 2019). En revanche, lorsque certaines composantes, pôles ou niveaux sont sous-utilisés ou sur-utilisés, cela indique les régions cérébrales potentiellement affectées par le traumatisme (Lusebrink, 2010; Whyte, 2020).

Figure 1.1 Schématisation du modèle du CTE



Inspirée de Hinz (2019, p. 5) et de Lusebrink (2010).

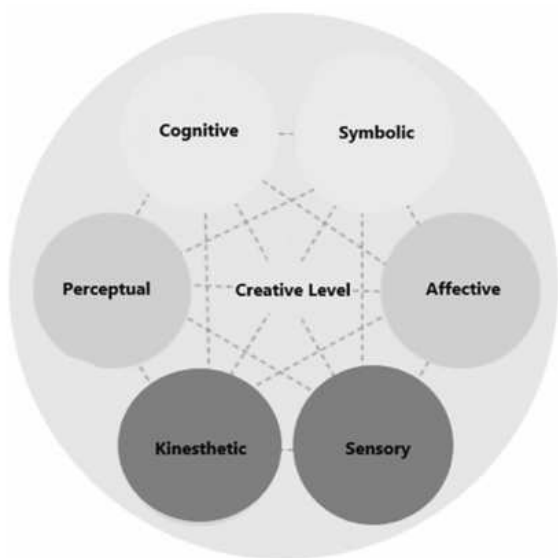
Les composantes S, A et Sy correspondent aux fonctions implicites du cerveau, tandis que les composantes K, P et C sont associées aux fonctions explicites. Bien que la composante K soit habituellement liée aux fonctions explicites, en raison de son implication dans les mouvements corporels, elle peut également jouer un rôle dans l'accès aux mémoires corporelles implicites. Lusebrink et Hinz (2016) affirment que les composantes associées à la mémoire implicite permettent l'accès au traumatisme, tandis que les composantes liées à la mémoire explicite permettent de contenir et de restructurer l'expérience (p. 49). Les fonctions associées à la mémoire implicite et explicite peuvent être délibérément suscitées par des matériaux d'art et propositions artistiques ciblant une composante en particulier (Hinz, 2009a, 2019). Wise et MacFarlane (2015) soulignent que les personnes confrontées à un traumatisme pourraient bénéficier de l'exploration des deux pôles du continuum lors du processus créatif, augmentant ainsi le potentiel de dialogue entre la mémoire implicite et explicite. Les avancées scientifiques récentes montrent que l'implication et le dialogue entre les deux types de mémoires sont essentiels pour obtenir des résultats positifs dans le traitement des traumatismes (Cozolino, 2017; Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016; Tripp, 2007, 2016).

De plus, les pôles de chaque niveau ont une relation de type curvilinéaire (en forme de U inversé) (Hinz, 2019; Lusebrink, 1991). Cette dynamique suggère que l'utilisation simultanée des composantes opposées du même niveau peut initialement améliorer leur fonctionnement respectif. On désigne cette interaction comme la Zone de transition créative (*Creative Transition Areas*) (Cr), située entre les deux pôles de chaque niveau. Cette zone facilite l'optimisation du fonctionnement des deux composantes en même temps grâce

à leurs interactions. Cette zone est unique au modèle et facilite la régulation à chaque niveau (Hinz, 2019). Son rôle dans le traitement du TNS est examiné plus en détail ci-après (section 1.4.1).

La représentation illustrée dans la figure 1.1, clarifie les régions cérébrales impliquées et les types de mémoires sollicités. Des art-thérapeutes en Corée proposent une représentation approfondie et culturellement adaptée en phase avec leur conception culturelle de la créativité et de la guérison, mettant en évidence l'aspect systémique des différentes composantes (figure 1.2) (Kim et al., 2020). Ces auteurs mettent en lumière l'ensemble des composantes est en fait un tout dynamique et interconnecté, reflétant les concepts de neuroplasticité et d'interconnexion des différentes régions cérébrales. Cette représentation illustre que le cerveau reptilien, le système limbique et le néocortex, tous impliqués dans le traumatisme, sont interconnectés et complexes (Cozolino, 2006 cité dans Elbrecht et Antcliff, 2014; Ogden et al., 2021). Cette interconnexion dynamique est à la base du modèle du CTE, car il repose sur la prémisse de la neuroplasticité cérébrale qui peut être encouragée par le processus art-thérapeutique (Lusebrink et Hinz, 2016). Hinz, Rim et Lusebrink (2022, p. 3) affirment que dessiner un lieu sécurisant est une activité symbolique (Sy), mais peut également engager la composante affective (A) en induisant un sentiment de sécurité. Ces deux représentations visuelles du CTE se complètent et aident à visualiser son apport comme modèle de traitement du TNS.

Figure 1.2 Schématisation systémique du modèle du CTE



Kim, Park et Hwang (2020) cités dans Hinz, Rim et Lusebrink (2022, p. 3, fig 2.)

1.4.1 Composantes du modèle

Chaque composante des différents niveaux du modèle a des fonctions distinctes dans le traitement du traumatisme (Lusebrink et Hinz, 2016). Les différentes composantes intègrent des éléments de plusieurs approches en art-thérapie (i.e *Art as therapy*, phénoménologie, gestalt, psychodynamique, cognitive) et s'appuient sur les travaux de divers théoricien·ne·s rassemblant ainsi de nombreuses connaissances et approches au sein d'un modèle cohérent (Lusebrink et al., 2013). Penchons-nous plus en profondeur sur l'apport de chaque niveau, composante et zone de transition créative.

1.4.1.1 Niveau kinesthésique/sensoriel (K/S)

Ce premier niveau est associé au cerveau reptilien. La composante K, liée au mouvement et englobant les sens proprioceptifs et vestibulaires, touche le cortex moteur, tandis que la composante S, centrée sur les sens et incluant les perceptions intéroceptives et extéroceptives, est liée au cortex somatosensoriel (Christian, 2008; Lusebrink, 2010; Lusebrink et al., 2013; Malchiodi, 2022).

1.4.1.1.1 Composante kinesthésique (K)

Selon Hinz (2019), la composante K est activée lorsque le mouvement devient l'élément central à l'acte de créer. Cette activité ne se limite pas à des mouvements intenses de décharge ; elle peut aussi être douce et tout aussi régulatrice. Cette composante n'est pas centrée sur le résultat final, c'est-à-dire sur la production artistique achevée, mais plutôt sur le processus créatif lui-même, offrant ainsi peu de distance réflexive. Afin de susciter la composante K, les matériaux d'art dits résistants, ayant des limites déterminées, sont à prioriser (Kagin et Lusebrink, 1978). On parle ici de sculpture sur bois ou pierre, d'argile ou de pâte à modeler (Hinz, 2009a, 2019). Le dessin bilatéral peut également engager cette composante (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020). Dans le traitement du TNS, engager la composante K peut aider à réguler le système nerveux autonome (SNA) par la décharge des tensions et par l'établissement de rythmes de guérison, à augmenter la conscience corporelle par les sens proprioceptif et vestibulaire, à se réapproprier son corps et à susciter des souvenirs corporels (Elbrecht, 2013; Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978; Lusebrink et Hinz, 2016). Il est important de noter que la composante K est souvent négligée en raison de sa faible valorisation dans notre société contemporaine (Hinz, 2019). Nous vivons dans une culture qui favorise l'intellect au détriment du corps, le considérant souvent comme le siège du « Soi » (Kepner, 2003).

1.4.1.1.2 Composante sensorielle (S)

La composante S est le traitement de l'information basé sur les sens incluant l'intégration des informations visuelles, auditives, gustatives, olfactives et tactiles (Hinz, 2019, p. 56; Lusebrink, 1990). Hinz (2019) décrit cette composante comme une expérience sensorielle générée par l'interaction avec des matériaux d'art. Lusebrink (2004) affirme qu'en art-thérapie, c'est surtout le sens haptique (*haptic sense*) qui est sollicité, le sens tactile, comme outil de perception, se concentrant sur la surface des objets, leurs qualités, leurs textures et leurs délimitations. Les matériaux d'art pouvant susciter la composante S sont immersifs, impliquant l'utilisation directe des mains en contact avec les matériaux, ce qui limite la distance réflexive. On parle ici de matériaux tels que l'argile mouillée ou humidifiée, la peinture tactile et le pastels secs (Hinz, 2019). Dans le contexte du traitement du traumatisme, l'argile présente l'avantage notable de favoriser une expérience somatosensorielle (Elbrecht, 2012; 2013; Elbrecht et Antcliff, 2014). D'ailleurs, plusieurs auteur-e-s proposent l'argile comme médium artistique dans le cadre d'une approche basée sur la perception haptique, et ce, auprès d'adultes et d'enfants (Chesnot et Chidiac, 2020; Duncan, 2019; Elbrecht, 2013, 2021; Elbrecht et Antcliff, 2014, 2015). Chauffée ou réchauffée, l'argile offre une expérience sensorielle plus intense (Elbrecht et Antcliff, 2014; Hinz, 2019). En travaillant avec ce médium les yeux fermés, il est possible de se concentrer encore plus intensément sur la composante sensorielle, favorisant ainsi une expérience de pleine conscience (Hinz, 2019). De plus, l'implication de plusieurs sens simultanément peut renforcer l'activation de la composante S. Par exemple, par l'utilisation de matériaux stimulant l'odorat (marqueurs ou la peinture odorante, ajout de crème à raser à la peinture, ou encore accompagnement du processus créatif par de la musique) (Hinz, 2020; Jensen, 2001; Malchiodi, 2020). Dans cet ordre d'idées, des matériaux non conventionnels tels des épices, des éléments de la nature ou encore du tissu peuvent offrir une expérience sensorielle à plusieurs niveaux par la texture, l'odeur et les couleurs (Hinz, 2019; Homer, 2015; Landgarten, 1981; Wadeson, 2000). Dans le contexte du traitement du traumatisme, la composante S permet de favoriser la régulation du SNA par les sens, d'augmenter la conscience corporelle par les sens extéroceptifs et de ses sensations intéroceptives, à se réapproprier son corps et à susciter des souvenirs corporels (Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1990; Lusebrink et Hinz, 2016; Patrick et Pinna-Perez, 2019).

1.4.1.1.3 Zone de transition créative du niveau K/S (Crk/s)

La zone de transition créative entre les deux pôles du même niveau permet, on l'a vu, une optimisation de ces pôles. Cette zone pour le niveau K/S est décrite comme des « expressions kinesthésiques dynamiques avec un retour sensoriel simultané » (traduction libre de Lusebrink (2016) cité dans Hinz, 2019, p. 154).

Hinz (2019) donne l'exemple d'Homer (2015). Il propose un collage à partir de tissus pour les personnes présentant un traumatisme. Dans ce contexte, une régulation se produit par l'oscillation entre les mouvements répétitifs de l'acte de coudre (composante K) et la douceur du tissu (composante S).

1.4.1.2 Niveau perceptuel/affectif (P/A)

Ce deuxième niveau est associé au système limbique. Plus spécifiquement, la composante P, liée aux perceptions, est associée au flux visuel ventral du traitement de l'information (*ventral visual stream*) et la composante A, liée aux émotions, est associée à la structure de l'amygdale (Christian, 2008; Hinz 2009a, 2019; Fuster, 2003; Lusebrink, 2004, 2010; Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016).

1.4.1.2.1 Composante perceptuelle (P)

La composante P est associée à la perception visuelle ainsi qu'aux formes données aux images mentales. Elle représente l'aspect figuratif des images en art-thérapie, caractérisé par les éléments formels de l'expression créatrice (Hinz, 2019). Plus spécifiquement, elle « est utilisée pour communiquer visuellement à travers différentes formes, directions, lignes et couleurs » (Riccardi et al., 2014, p. 2). Ce langage traduit le monde interne d'une personne. En ce qui concerne les matériaux d'art, la composante P peut être suscitée à l'aide de matériaux plus résistants aux limites claires comme des contenants, des boîtes, des cadres ou des formes fermées dessinées sur une feuille (Landgarten, 1981; Lusebrink, 1990; Hinz, 2009a, 2019). Elle peut aussi être engagée par une quantité limitée de matériaux ou en variant la taille du support (Hinz, 2019). Par exemple, dessiner sur une feuille plus petite peut offrir un cadre et un contenant à l'expérience douloureuse (Malchiodi, 2020). Dans le cadre du traitement du traumatisme, cette composante permet de structurer et d'organiser le monde interne (Hinz, 2019). De plus, elle permet une expérience émotionnelle contenue et sécurisante en se focalisant sur les éléments formels des images et les limites des matériaux artistiques, ce qui est crucial pour offrir une expérience sécuritaire aux survivantes (Lusebrink et Hinz, 2016). Elbrecht (2018, p. 121) affirme que cette composante permet de « percevoir et différencier les structure internes du corps », clarifiant ainsi la perception que les survivant·e·s ont de leurs ressentis corporels (*felt sense*) [traduction libre]. La composante perceptuelle joue également un rôle dans le travail des souvenirs, des cauchemars et des croyances et pensées en provoquant des changements de perception par la modification des productions artistiques (Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016).

1.4.1.2.2 Composante affective (A)

L'affect est un construit englobant plusieurs facettes de l'expérience émotionnelle d'une personne, ce qui inclut « une entrée cognitive, expérientielle et neurophysiologique » (traduction libre de Taylor, Bagby et Parker, 1997 cités dans Hinz, 2019, p. 90). Kaës (2006, p. 59) ajoute que l'affect émerge du corps et se vit dans celui-ci : « [l'affect est] une expression psychique venant du corps, une manière pénible ou agréable, vague ou qualifiée d'être touché au-dedans de soi-même [...] ». Il mentionne que l'affect est une expérience; « l'expérience d'être "affecté" » (Kaës, 2006, p. 59). Dans le contexte du traumatisme, ce terme nous semble prendre tout son sens, car c'est l'être qui est affecté dans son entièreté. Pour permettre à l'affect de prendre forme en images, le modèle du CTE propose des matériaux qui sont colorés et fluides comme l'aquarelle et la peinture (Hinz, 2019). Cependant, Hinz souligne que tous les types de matériaux peuvent théoriquement permettre une expression émotionnelle. Par exemple, Nan et Ho (2017) (cités dans Hinz, 2019) ont constaté que la mise en forme d'émotions en argile peut être bénéfique pour les personnes souffrant d'alexithymie en diminuant la présence de ce symptôme. Les pastels à l'huile, bien que considérés comme à mi-chemin entre fluide et résistant, peuvent également fournir une expérience affective. Ainsi, Hinz (2019) a habilement encouragé une survivante d'agression sexuelle à utiliser les pastels à l'huile pour stimuler la composante A. Les couleurs vibrantes des pastels ont pu traduire l'intensité émotionnelle vécue par la survivante. De plus, ce médium artistique, par son aspect un peu plus résistant, a aussi permis une forme de décharge. Dans le contexte du traumatisme, engager la composante A peut permettre d'encourager la régulation et de ressentir, exprimer et identifier/discriminer les émotions (Hinz, 2019; Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016).

1.4.1.2.3 Zone de transition créative du niveau perceptuel/affectif (Crp/a)

La zone de transition créative de ce niveau a tout à voir avec la cible thérapeutique de régulation affective. Dans le contexte du traitement du traumatisme, l'exposition aux souvenirs peut engendrer des émotions intenses, ce qui fait en sorte que l'utilisation de la composante perceptuelle qui contient l'expérience s'avère essentielle (Lusebrink et Hinz, 2016). De plus, les matériaux d'art fluides qui suscitent la composante A présentent un potentiel retraumatisant (Hinz, 2019; Kalmanowitz, 2016; Kalmanowitz et Ho, 2017; Naff, 2014). Pour cette raison, Malchiodi (2020) souligne l'importance de trouver un équilibre entre la structure (P) et l'expression (A). Lorsque l'expérience émotionnelle est trop débordante pour les survivantes, la composante P pour contenir et structurer l'expérience interne, leur permettant ainsi de rester dans leur fenêtre de capacité. Dans le cas du niveau P/A, à mesure que la composante perceptuelle est suscitée, l'engagement de la composante affective diminue jusqu'à être bloquée. Cette interaction

entre les deux pôles peut être utilisée de manière à « imposer une limite sur les émotions envahissantes » (traduction libre de Hinz, 2019, p. 75).

1.4.1.3 Niveau cognitif/symbolique (C/Sy)

Ce troisième niveau est associé au néocortex et aux fonctions cognitives les plus sophistiquées du cerveau (Hinz, 2019). Plus précisément, la composante C est associée au cortex préfrontal dorsolatéral et au cortex cingulaire antérieur et la composante Sy est liée au cortex orbitofrontal et à la partie postérieure du cortex cingulaire (Christian, 2008; Lusebrink, 2010; Lusebrink et al., 2013).

1.4.1.3.1 Composante cognitive (C)

La composante cognitive touche aux processus de pensée complexes et englobe divers aspects tels que la formation de concepts abstraits, la pensée analytique et logique, les cartes cognitives, les aspects verbaux incluant la narration (Hinz, 2019, p. 106). Elle est également impliquée dans la réalisation de tâches complexes (Hinz et al., 2014; Kagin et Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1990, 1991, 2016). Les matériaux d'art plus résistants ou offrant du contrôle ou impliquant des fonctions cognitives plus complexes (ex. planification, organisation) suscitent cette composante (Hinz, 2019). La composante peut également être activée en proposant des tâches nécessitant trois étapes ou plus, ou en utilisant des outils qui augmentent la complexité (Hinz, 2017, 2019). Par exemple, lors d'un collage, les survivantes sélectionnent, organisent des images, planifient le collage, utilisent des outils (colle, ciseaux, etc.), ce qui est une tâche complexe et cognitive (Chilton et Scotti, 2014; Hinz, 2019). Ce matériau favorise une expression et une identification plus poussées des forces personnelles par rapport à d'autres formes d'art comme le dessin, surtout lorsque les personnes n'ont pas été initiées aux « techniques de dessin » (Hinz, 2019; Raffaelli et Hartzell, 2016). La composante C permet d'utiliser l'approche de manière descendante, en sollicitant plusieurs structures du cerveau rationnel (Christian, 2008; Lusebrink, 2010; Lusebrink et Hinz, 2016). Elle favorise la clarification de la séquence des événements traumatiques dans le temps, tout en soutenant l'élaboration d'une narration personnelle de l'événement traumatique (Crenshaw, 2006; Ford et al., 2013; Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020). Elle permet également le travail des pensées et croyances par la restructuration cognitive et l'apprentissage de stratégies de régulation affective (Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016).

1.4.1.3.2 Composante symbolique (Sy)

La composante symbolique se définit, tout comme la composante cognitive, par un type de pensées complexes. Cependant, contrairement à la pensée logique associée à la composante cognitive, la pensée

symbolique est ambiguë, « [...] intuitive, mythique et idiosyncratique [...] holistique, condensée et déplacée, ou pas entièrement connue du créateur » (traduction libre de Hinz, 2019, p. 123). Elle est associée à la culture, à la spiritualité et à la dimension sacrée et mystique de l'existence (Hinz, 2019; Riccardi et al., 2014). Les symboles renferment une richesse de significations, et leur exploration peut conduire à l'unification ou à la découverte de différentes facettes de soi (Hinz, 2019). La composante Sy permet de comprendre les symboles personnels en relation avec les symboles universels, souvent explorés à travers les mythes, les légendes et les rêves. Elle est aussi le langage des rêves; les symboles présents regorgent de sens, parfois cachés (Hinz, 2019; Jung, 1964; Langer, 1967). Il est crucial de souligner que les symboles intègrent également des aspects liés aux autres niveaux du CTE, à savoir le niveau K/S ainsi que la composante affective (Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978). Puisque les symboles peuvent être liés aux autres niveaux du continuum par leur aspect multidimensionnel, plusieurs matériaux d'art peuvent favoriser la composante Sy. Les matériaux fluides favorisent la formation des symboles en permettant la création de formes ambiguës qu'on peut interpréter comme des symboles, tandis que les matériaux résistants peuvent faciliter une compréhension plus profonde des symboles (Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978). Dans le contexte du traitement du TNS, la composante symbolique permet l'identification des ressources, le développement d'un narratif du traumatisme et le travail des rêves (cauchemars) (Hinz, 2019).

1.4.1.3.3 Zone de transition créative du niveau cognitif/symbolique (Crc/sy)

La relation entre les deux pôles du continuum étant curvilinéaire, l'utilisation initiale de la composante cognitive peut renforcer le fonctionnement symbolique, étant donné qu'une pensée rationnelle minimale est nécessaire pour appréhender le mystique (Hinz, 2019). Cependant, une surutilisation de la composante cognitive peut diminuer voire bloquer la composante symbolique. Cela s'explique par l'incompatibilité entre la pensée logique et linéaire associée à la composante cognitive et la nature « holistique et numineuse » du type de pensée qui caractérise la composante Sy (Hinz, 2019, p. 173). Amorcer le travail dans la zone de transition créative C/Sy offre aux survivantes des possibilités de travailler sur les souvenirs traumatiques et sur leurs pensées et croyances.

1.4.1.4 Dimension créative (Cr)

La dimension créative associée au cortex préfrontal (Lusebrink, 2010). Elle « [...] fait référence à l'intégration globale des autres niveaux où l'individu s'approche de la réalisation de son plein potentiel » (Riccardi et al., 2014, p. 2) et peut se produire sur toutes les composantes du continuum (Hinz, 2009a,

2019). La dimension créative implique le concept de créativité qui se définit, dans le cadre du CTE, comme « la combinaison de choses ou d'idées de manière nouvelle et utile » (traduction libre de Runco et Jaeger, 2012 cités dans Hinz, Rim et Lusebrink, 2022, p. 2). Hinz, Rim et Lusebrink (2022) soulignent la diversité des formes de créativité, distinguant sur un continuum celles de type Big-C, Small-c et mini-c. Le type Big-C est associé à l'expression du génie artistique des grands artistes, le Small-c à l'innovation dans la vie quotidienne et à l'exploration de nouvelles idées dans des loisirs ou des activités ordinaires, tandis que le mini-c se manifeste par de petits changements dans la vie quotidienne résultant de prises de conscience (Kaufman et Beghetto, 2009; Puccio et al., 2020; Richards, 2014). Alors que l'atteinte du Big-C peut être réservée à quelques-uns, les autres formes de créativité demeurent accessibles à tous. Ainsi, dans le cadre du CTE, les interventions se concentrent principalement sur le Small-c et le mini-c (Hinz, Rim et Lusebrink, 2022). La dimension créative est intrinsèquement liée à la zone de transition créative, qui peut se manifester à chaque niveau du continuum (Hinz, 2019).

Le choix des matériaux d'art est d'une grande importance pour soutenir la créativité et les expériences de *flow* (Hinz, Rim et Lusebrink, 2022). Le *flow*, concept développé par Csikszentmihalyi (1998), est une immersion totale dans l'acte de création, un niveau élevé d'attention et de motivation, une altération de la perception du temps, ainsi que des sentiments agréables tels que la joie, la satisfaction et la fierté. En général, pour favoriser cet état, on recommande de privilégier des matériaux artistiques qui représentent un certain défi à la mesure des capacités (Hinz, 2019). Un défi trop grand peut engendrer de l'anxiété ou du découragement, tandis qu'un défi trop modeste peut susciter un désintérêt envers la tâche (Hinz, 2019; Snir et Regev, 2013a, 2013b). Virtuellement, tous les matériaux d'art peuvent susciter la dimension créative, même ceux que l'on pourrait croire banals ou non conventionnels (Hinz, 2019). Les matériaux d'art associés au niveau K/S du continuum, tels l'argile et la peinture tactile, peuvent favoriser la créativité, car ils encouragent l'exploration et le jeu sans mettre l'accent sur le résultat final. Cela réduit la pression de performance et renforce le fonctionnement créatif (Hinz, 2019; Lusebrink, 2010).

La dimension créative est liée à la croissance post-traumatique (CPT) sous trois aspects : la créativité comme mécanisme d'adaptation, les expériences de *flow* comme moments « guérissants » et l'identification des forces personnelles (Graves-Alcon et Kagin, 2017; Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978; Malchiodi, 2020). La CPT se définit comme des « [...] changements psychologiques positifs vécus en conséquence de la lutte contre des circonstances de vie traumatisantes ou hautement difficiles » (traduction libre de Tedeschi et al., 2018, p. 3). La CPT est une perception et une expérience positive de

soi et de la vie, l'expression du soi authentique, le renforcement des capacités de résilience, l'atteinte de l'auto-actualisation (conformément au concept de Maslow, 1970), ainsi que le développement de la spiritualité (Hinz, 2019; Hinz, Rim et Lusebrink, 2022; Malchiodi, 2020; Tedeschi et Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2018). Hinz, Rim et Lusebrink (2022) affirment que la résilience peut émerger des types de créativité qui sont imbriqués dans le quotidien et liés à la pratique de passe-temps créatif comme le Small-c. Les auteures avancent l'idée qu'un cercle vertueux peut se mettre en place lorsqu'une personne découvre sa créativité, qu'elle s'engage plus profondément dans son passe-temps créatif, stimulant ainsi son potentiel créatif toujours croissant, lequel peut s'étendre à d'autres facettes de sa vie. Dans cette optique, créer entre les séances d'art-thérapie peut favoriser la CPT (Hinz, 2019; Kaimal et al., 2017). Lorsque les survivantes créent, leur système de récompense du cerveau est activé, les incitant ainsi à recourir davantage à la créativité comme mécanisme d'adaptation au lieu de se tourner vers des méthodes de gestion inadaptées (Hinz, 2019).

En résumé, les différentes composantes de chaque niveau et la dimension créative jouent chacun un rôle dans le traitement du traumatisme et permettent d'aborder les dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives du traumatisme, un aspect essentiel pour un traitement efficace (Sarid et Huss, 2010). Penchons-nous maintenant sur les médias, dimensions et variables, qui font partie de l'ADN du modèle, et qui permettent de personnaliser le traitement.

1.4.2 Médias, dimensions et variables (MDV)

Pour une même intervention, certaines variables peuvent être ajustées afin de répondre de manière sensible aux besoins spécifiques de la personne. Comme ces variables sont étroitement liées au sentiment de sécurité ressenti lors du processus artistique (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017), leur ajustement permet, dans le contexte du traumatisme, de co-élaborer un traitement personnalisé ressenti comme sécuritaire. Le modèle du CTE propose pour cela l'utilisation des médias, dimensions et variables (MDV, Media, Dimension, Variables), définies par Kagin (Graves-Alcorn) en 1969 dans le cadre de sa thèse. Plus spécifiquement, les MDV permettent d'adapter les propositions artistiques et les matériaux d'art pour mieux cibler certaines composantes du modèle du CTE. Cela inclut le niveau de structure et de complexité de la tâche ainsi que les propriétés intrinsèques des matériaux (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017).

1.4.2.1 Structure

Le niveau de structuration comporte deux aspects, soit la directivité des propositions artistiques (*amount of direction*) et les limites des matériaux d'art (*boundaries*). Le niveau de directivité se divise en deux types de tâches artistiques : les structurées et les non structurées. Les tâches structurées fournissent des directives précises quant aux propositions artistiques, visent des réponses spécifiques et favorisent le fonctionnement cognitif (composante C) (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017). Dans le domaine du traitement du traumatisme, un exemple de tâche structurée pourrait consister en la proposition de Goodarzi et al. (2020), soit dessiner une image représentant le corps, puis colorier les organes qui étaient activés durant l'événement traumatique. En revanche, les tâches non structurées, telles que la création d'un symbole personnel, offrent une plus grande liberté d'expression et permettent une variété de résultats sans réponse définie. Ce type de tâche favorise le fonctionnement affectif (A), la formation de symboles (Sy) et la dimension créative (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2019).

Les limites des matériaux d'art, comme leurs caractéristiques physiques et leur quantité, imposent des contraintes à l'expression créatrice (Kagin et Lusebrink, 1978). Par exemple, un morceau de pierre, par ses contours physiques précis, restreindra l'expression en fonction de sa taille. De même, la quantité d'un médium donné détermine les limites de l'expression; une petite quantité de peinture ne permettra pas les mêmes possibilités d'expression que des pots de peinture remplis. En fait, les limites des matériaux et leur quantité sont directement liées au niveau de contenance, car une feuille de papier plus petite ou une quantité d'argile moindre offriront une expérience plus contenue. En revanche, des formats plus grands et des quantités plus importantes encourageront l'expression et le fonctionnement affectif (A) (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2019).

1.4.2.2 Complexité

La complexité de la tâche est directement liée au sentiment de contrôle (Hinz, 2019). Elle se définit par le nombre d'instructions et d'étapes requises pour son achèvement, ce qui module l'engagement des fonctions cognitives d'une personne (composante C). Une tâche hautement complexe nécessite trois étapes ou plus, mettant ainsi davantage l'accent sur la composante C et le sentiment de contrôle, tandis qu'une tâche à faible complexité encourage plutôt des expériences affectives (A) ou symboliques (Sy). Par exemple, la fabrication d'un masque constitue une tâche hautement complexe, tandis que le dessin d'une émotion est une tâche à faible complexité (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2017, 2019). Le modèle du CTE théorise la complexité des tâches, permettant ainsi de l'ajuster selon les besoins.

1.4.2.3 Caractéristiques des matériaux d'art

Le dernier élément constituant les MDV concerne les caractéristiques des matériaux d'art. Selon le modèle du CTE, les matériaux d'art ont des propriétés spécifiques et des effets distincts sur une personne. Malik (2022), après avoir examiné 46 études de 2000 à 2020 sur les propriétés des matériaux d'art, souligne que le CTE est le seul à établir un lien entre ces propriétés et les structures cérébrales. Les matériaux d'art peuvent alors être proposés afin de cibler les structures cérébrales affectées par le traumatisme (Lusebrink et Hinz, 2016).

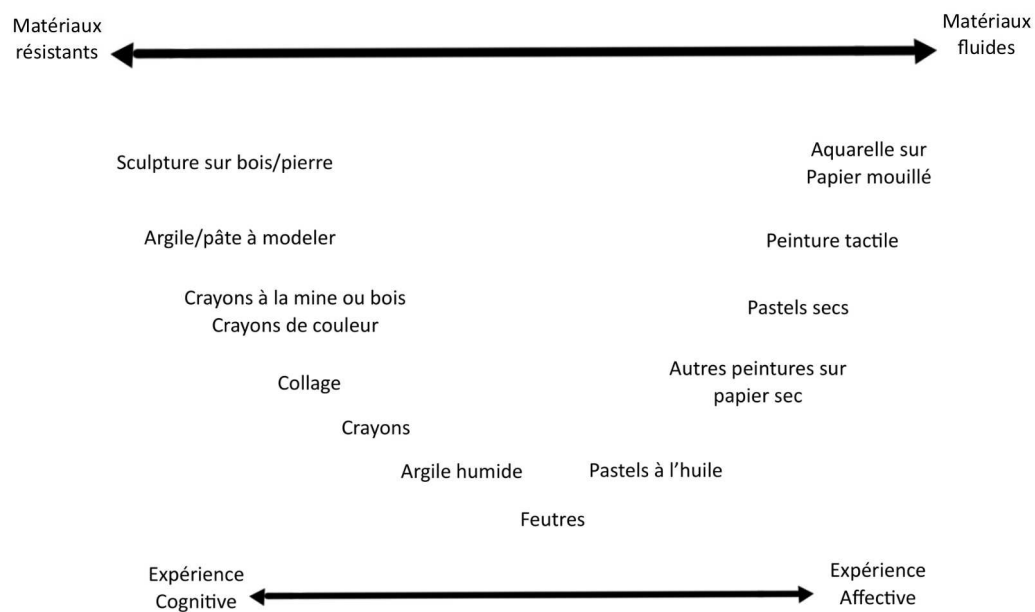
Le modèle organise les matériaux d'art en fonction de leurs propriétés le long d'un continuum allant de résistant à fluide (voir figure 1.3). Les matériaux résistants, imposant des limites définies (sculpture sur bois ou pierre, argile, collage et différents types de crayons), offrent généralement plus de contrôle et suscitent davantage des réponses cognitives. En revanche, les matériaux fluides incluent divers types de peinture (aquarelle, peinture tactile ou pastels secs). Ces types de matériaux ont tendance à susciter des réponses émotionnelles. De manière générale, les matériaux résistants sollicitent les fonctions plus explicites du cerveau (K-P-C) et sont associés au fonctionnement de l'hémisphère gauche, impliqué dans la contenance et la réflexion. À l'inverse, les matériaux fluides activent les composantes plus implicites du cerveau (S-A-Sy), associées aux émotions et au fonctionnement de l'hémisphère droit (Hinz, 2009a, 2019; Lusebrink, 1990; Lusebrink et Hinz, 2016). À titre d'exemple, les matériaux résistants, comme la sculpture sur bois par exemple, peuvent impliquer le mouvement (K), offrir une expérience perceptuelle (P) grâce à leurs limites définies et peuvent nécessiter plusieurs étapes plus complexes, engageant ainsi la composante cognitive (C) (Lusebrink, 2010). Les matériaux fluides, tels que la peinture tactile, peuvent offrir une expérience sensorielle stimulant la composante S, induire une expérience émotionnelle (A) par leurs couleurs et leur fluidité, et favoriser l'émergence de symboles à partir de formes ambiguës, impliquant ainsi la composante Sy. Toutefois, Hinz (2019) souligne que les effets des matériaux d'art peuvent varier en fonction de leur utilisation et qu'ils peuvent également susciter plusieurs composantes simultanément.

Le modèle du CTE se base également sur des études à propos des matériaux d'art pour justifier leur utilisation selon les contextes. En guise d'exemple, Hinz (2019) cite l'étude de Crane (2010) qui a démontré que l'argile est un matériau d'art potentiellement plus relaxant en comparaison à l'aquarelle et aux crayons. Aussi, Hinz (2019) se penche sur le potentiel retraumatisant des matériaux et émet des recommandations à cet égard. Par exemple, les matériaux d'art fluides, qui tendent à engager la

composante A, peuvent susciter des états de dysrégulation. Elle affirme que l'utilisation hâtive de ces matériaux peut entraîner une retraumatisation et une terminaison prématurée. Pour assurer une utilisation sécuritaire des matériaux d'art suscitant des réponses affectives, l'utilisation de matériaux plus résistants pour exprimer et contenir les émotions est préconisée au début du suivi. Ensuite, une transition graduelle vers des matériaux plus fluides peut aider à prévenir la dysrégulation.

Grâce à cette conceptualisation des matériaux d'art le long d'un continuum, le CTE permet des transitions progressives et sécuritaires entre différentes composantes. Par exemple, l'utilisation de crayons aquarellables, d'abord secs puis mouillés, peut faciliter le passage d'un matériau offrant plus de contrôle (composante C) à un matériau plus fluide amplifiant l'expérience émotionnelle (composante A) (Hinz, 2019). Ce dernier élément est particulièrement important dans le traitement du TNS, considérant que les changements injustifiés ou abruptes de matériaux d'art peuvent être jugés déstabilisants plutôt que vus comme un défi (Hinz, 2019).

Figure 1.3 Caractéristiques des matériaux d'art de résistant/cognitif à fluide/affectif



Traduction libre de Hinz (2019, p. 27, figure 3.1)

1.4.2.3.1 Médiateurs et distance réflexive

Le modèle du CTE indique que des médiateurs, tels que pinceaux ou outils divers, influencent l'interaction avec les matériaux d'art, en modifiant la distance réflexive durant le processus créatif. Par exemple, travailler la peinture tactile avec les doigts engage la composante sensorielle et favorise l'immersion, réduisant la réflexion sur l'expérience. En revanche, un pinceau ou un autre outil peut introduire une prise de distance, permettant une réflexion sur le processus créatif (Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978). Le CTE facilite les ajustements en permettant de moduler la distance réflexive, ce qui est crucial dans le contexte du traitement des traumatismes. De fait, les médiateurs peuvent offrir une distance sécuritaire entre les survivantes et les images traumatiques (Tinnin et al., 2002).

Maintenant que nous avons vu la théorie du CTE entourant les MDV, penchons-nous plus amplement sur l'évaluation dans le modèle du CTE et sur les différents types de traitements possibles.

1.4.3 Évaluation dans le modèle du Continuum des Thérapies Expressives

Afin d'élaborer un plan de traitement adapté aux besoins uniques de chaque personne, le CTE propose une évaluation initiale. La procédure d'évaluation implique au moins trois productions artistiques libres sans contrainte de temps, donnant aux survivantes la liberté de choisir leurs thèmes et matériaux d'art (Hinz 2009a, 2017, 2019). Cette liberté permet à l'art-thérapeute d'observer les véritables préférences des survivantes, tout en favorisant leur sentiment de contrôle et en soutenant leur autonomie (Alfred, 2019; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020). Un large éventail de matériaux d'art devrait être présent, sans restriction de quantités, afin de ne pas limiter l'expression. Ceux-ci peuvent être disposés, comme le décrit la conceptualisation du continuum du CTE, de fluides à résistants (Hinz, 2009a). L'art-thérapeute indique : « Utilise ces matériaux pour réaliser une création libre » (Duchastel, 2022, p. 197). Après chaque création, l'art-thérapeute invite les survivantes à donner un titre ou à raconter une histoire : « Tu peux donner un titre à ta création, la décrire ou raconter une histoire. Tu peux aussi raconter comment tu as vécu les différentes étapes du processus » (Duchastel, 2022, p. 197). Pour évaluer différents aspects, l'art-thérapeute pose des questions ouvertes concernant l'image, le processus et les matériaux (Alfred, 2019; Hinz, 2017).

L'évaluation initiale révèle des informations importantes. C'est « [...] à travers le processus créatif et l'expression artistique, [que] des faits centraux concernant leur style préféré de fonctionnement dans le monde » sont révélés (traduction libre de Hinz, 2009a, p. 194). En fait, l'évaluation CTE sous-tend que

l'interaction d'une personne avec les matériaux d'art, ses préférences et aversions, les aspects stylistiques et les communications verbales à propos de sa production artistique refléteront son fonctionnement et son état mental (Hinz, 2019; Pearl Jiménez, 2022). Lusebrink (2010) avance que l'émergence d'un résultat nettement marqué sur un ou plusieurs des niveaux pourrait indiquer la présence d'une psychopathologie. Hinz (2017) a développé une grille d'évaluation (voir annexe B) utile pour structurer les observations en contexte évaluatif. Les résultats de l'évaluation initiale offrent de nombreuses informations précieuses concernant la manière unique dont le TNS se manifestera chez chaque survivante. Les résultats culminent vers l'identification des méthodes privilégiées par lesquelles les survivantes traitent l'information, ainsi que les composantes sur-utilisées, sous-utilisées ou bloquées (Hinz, 2009a, 2019). Cela facilitera par la suite le développement d'un plan de traitement collaboratif et d'interventions art-thérapeutique adapté aux besoins uniques de chaque survivante (Hinz, 2009a, 2017, 2019).

Dans le cadre du CTE, l'évaluation n'est pas seulement une évaluation initiale, mais bien un processus itératif continu. En ce sens, une modification de l'utilisation des matériaux en cours de thérapie par les survivantes indique des changements sur le plan interne tels qu'un changement de motivation, de perception du monde, de niveau d'autonomie, de besoin de contrôle ou encore de capacité à être en contact avec ses émotions (Lusebrink et al., 2013). Alfred (2019) préconise une évaluation initiale, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale. Lusebrink et al. (2013), ayant utilisé le CTE auprès d'une adolescente ayant subi un viol, ont schématisé la séquence pour permettre à l'art-thérapeute de constater les mouvements vers les différentes composantes du CTE au cours de la thérapie. Cet outil peut documenter la progression des survivantes et proposer des exercices créatifs et des matériaux d'art adaptés aux besoins qui évoluent.

1.4.4 Différents types de traitement à la suite de l'évaluation initiale

Après l'évaluation initiale, les préférences des survivantes ainsi que les composantes sous-utilisées et sur-utilisées du CTE déterminent l'approche la plus adaptée (Hinz, Rim et Lusebrink, 2022). Le traitement est mis en place en identifiant une composante ou un niveau qui correspond aux préférences des survivantes, créant ainsi un environnement sécurisé qui minimise les risques de préjudice et renforce leur sentiment d'auto-efficacité et leur résilience (Hinz, 2009a, 2019; Lusebrink, 1990, 2010; Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016).

Certains auteur·e·s illustrent des cas de figures où une utilisation ascendante du CTE peut être pertinente (Hinz, 2009a; Lusebrink et Hinz, 2016; Lusebrink et al., 2013). Par exemple, dans l'étude de cas d'une adolescente ayant subi une agression sexuelle et présentant une déficience intellectuelle, le niveau C/Sy augmentait l'anxiété. Une approche ascendante a donc été proposée : l'activité sensorielle de peinture tactile a fait émerger des émotions et des prises de conscience liées au traumatisme (Lusebrink et al., 2013). De plus, dans le cas où certaines survivantes ne se sentent pas prêtes à aborder l'agression sexuelle directement ou ont des difficultés à verbaliser leur vécu, le niveau K/S du CTE pourrait être un meilleur point d'entrée (Hinz, 2009a). Le traitement peut aussi débuter de manière transversale, c'est-à-dire rester sur le même niveau, mais se déplacer vers le pôle opposé. La nature bipolaire de chaque niveau le permet, ce qui est unique au modèle. Selon les besoins, les survivantes pourraient utiliser le pôle opposé à leur avantage, en venant solliciter le canal de traitement de l'information complémentaire (hémisphère gauche ou droit) (Wise et MacFarlane, 2015). Par exemple, les survivantes submergées par leurs émotions ou par l'anxiété (A) pourraient utiliser volontairement la composante (P) dans une visée d'apaisement (Hinz, 2019). L'utilisation descendante du CTE peut également être adaptée dans certains cas, comme l'indiquent Lusebrink et Hinz (2016) et Malchiodi (2020). Un traitement descendant peut créer un plus grand sentiment de sécurité chez certaines survivantes (Malchiodi, 2020). Ce type de traitement est particulièrement pertinent lorsque la composante C est surutilisée et que l'accès aux émotions est restreint. Un traitement descendant peut alors permettre une familiarisation progressive avec le monde émotionnel, tout en préservant un sentiment de contrôle (Lusebrink et Hinz, 2016). Ceci dit, il peut y avoir de nombreux déplacements sur le continuum au fil du traitement et même au cours d'une même séance (Hinz, 2019), ce qui fait en sorte que le traitement proposé peut rarement se qualifier uniquement de traitement ascendant ou descendant.

En somme, en rassemblant les écrits au sujet du CTE pouvant être pertinents au TNS, nous avons mis en lumière que le modèle est tout indiqué dans le cas de traumatisme. Plus particulièrement, il pourrait permettre d'offrir un traitement personnalisé, sécuritaire et global. Nous soutenons que le modèle du CTE révèle un potentiel intégratif, offrant la capacité de réunir sous une même structure les cibles thérapeutiques et les méthodes issues des approches ascendantes, hybrides et descendantes. Ce potentiel intégratif sera d'ailleurs discuté plus en profondeur dans le chapitre 4. À la suite de notre recherche approfondie de la littérature, nous constatons également qu'en dépit de l'intérêt suscité par ce modèle dans le traitement du traumatisme, aucun guide pratique n'a été développé pour son application au TNS,

ni au traumatisme en général. Ces lacunes dans la littérature nous amènent à discuter des objectifs de la présente thèse.

1.5 Sommaire du contexte théorique

Ce chapitre posait les bases théoriques de cette recherche. Nous avons d'abord abordé la problématique des agressions sexuelles. Nous avons vu qu'elle affecte l'être dans son entièreté, avec une emphase particulière au plan du corps de la victime. Nous avons constaté que ces agressions peuvent entraîner des symptômes de stress post-traumatique ainsi que des conséquences majeures chez une proportion significative des personnes survivantes. Les symptômes et impacts qui en découlent sont largement de nature non verbale, touchant les dimensions corporelle, émotionnelle, cognitive et comportementale de la personne. Par ailleurs, les facteurs modulant la gravité du trouble ont été examinés, avec une attention particulière portée aux éléments de protection et de résilience.

Ensuite, nous avons souligné les avantages de l'art-thérapie en tant que modalité de traitement, notamment sa capacité à contourner les limites de l'expression verbale, à utiliser le corps comme point d'entrée au traitement, à établir un dialogue entre les mémoires implicite et explicite, à favoriser un traitement global et à renforcer les capacités de résilience. Puis, nous avons passé en revue les huit principales approches en art-thérapie dans le traitement du traumatisme. Nous avons identifié une problématique liée à l'éclectisme du domaine : chaque approche ou écrit consacré au traitement du traumatisme propose ses propres cibles thérapeutiques et méthodes. Cette diversité, bien qu'enrichissante, engendre une absence de lignes directrices partagées compliquant l'orientation du traitement pour les art-thérapeutes professionnel-le-s. Enfin, pour amorcer la réflexion quant à une potentielle solution à cette lacune, nous avons proposé le Continuum des Thérapies Expressives comme modèle de traitement. Nous avons étayé ces bases théoriques en démontrant que le modèle présente un potentiel pour offrir un traitement personnalisé, sécuritaire et global du TNS. Nous avons également suggéré qu'il pourrait devenir un modèle intégratif, capable de rassembler et d'articuler les cibles thérapeutiques et les méthodes des différentes approches en art-thérapie. Enfin, nous avons souligné l'importance de concrétiser l'application du CTE dans le traitement du TNS en proposant aux art-thérapeutes professionnel-le-s. un guide pratique sous la forme d'un répertoire d'interventions personnalisables.

1.6 Objectifs de recherche

Cette thèse vise à concevoir un répertoire de douze interventions art-thérapeutiques personnalisables pour traiter le TNS chez l'adulte selon le modèle du CTE, adapté au contexte de thérapie individuelle et structuré autour des principales cibles thérapeutiques. L'élaboration de douze interventions distinctes permet de couvrir l'ensemble des cibles thérapeutiques identifiées ainsi que les différentes composantes du CTE, offrant une diversité d'applications possibles et permettant un traitement global. Plus spécifiquement, le répertoire poursuit les objectifs suivants :

1. Identifier les principales cibles thérapeutiques en art-thérapie pour le traitement du TNS
2. Concevoir un répertoire de douze interventions art-thérapeutiques personnalisables autour de ces cibles thérapeutiques selon le modèle du CTE. Chaque intervention comprendra :
 - La catégorie de symptômes ou les conséquences spécifiques du TNS abordées.
 - La cible thérapeutique visée.
 - Les composantes du CTE mobilisées.
 - Les matériaux d'art recommandés.
 - Les consignes et le déroulement détaillés.
 - Des variations, adaptations personnalisées et recommandations pratiques.

Ce projet répond au besoin d'un cadre structurant pour la pratique clinique en art-thérapie, en identifiant les principales cibles thérapeutiques communes dans le domaine permettant ainsi d'identifier les lignes directrices partagées. En intégrant les principes du CTE pour chaque cible thérapeutique, ce projet de recherche vise à proposer un cadre intégratif à la fois structuré et flexible qui englobe les différentes méthodes associées aux approches ascendantes, hybrides et descendantes dans le domaine dans le traitement du traumatisme de nature sexuelle. Le projet culmine vers un guide pratique appelé ici répertoire d'interventions personnalisables, qui a pour but d'offrir un outil concret pour les art-thérapeutes professionnel-le-s.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous abordons le cadre méthodologique de cette thèse. On décrit la méthodologie adoptée pour créer le répertoire d'interventions personnalisables soit une méthodologie d'intervention combinée à la taxonomie de Cooper (1988). L'utilisation d'un journal de bord réflexif est également discutée.

2.1 Approches méthodologiques

Pour élaborer le répertoire d'interventions personnalisables, nous avons utilisé les deux premières étapes théoriques de la méthodologie d'intervention de Fraser et Galinsky (2010) qui constitue une approche structurée de développement de programmes. Cette méthode comprend cinq étapes: « développer une théorie du problème et du programme; spécifier les structures et les processus du programme; affiner et confirmer les tests d'efficacité; tester l'efficacité dans les milieux de pratique; et diffuser les résultats du programme » (traduction libre de Fraser et Galinsky, 2010, p. 463). Dans cette thèse, nous nous sommes concentrée sur les deux premières étapes proposées puisqu'elles permettent de poser les bases conceptuelles et cliniques d'un programme sous la forme d'un manuel d'intervention, correspondant ici à notre répertoire d'interventions personnalisables.

L'adoption de cette méthodologie présente plusieurs avantages. Tout d'abord, elle correspond à notre objectif, en permettant la création de nouvelles connaissances pratiques et la production de repères utiles pour les clinicien-ne-s (Fraser et Galinsky, 2010). Ensuite, elle ancre le développement du répertoire dans une base théorique solide, assurant un rationnel clair pour chaque intervention et garantissant son enracinement dans la recherche. Par ailleurs, la définition flexible du manuel proposée par Fraser et al. (2009), susceptible de prendre différentes formes, offre l'avantage de l'adapter aux spécificités du modèle du Continuum des Thérapies Expressives (CTE).

La première étape de cette méthodologie consiste plus spécifiquement à : « développer une théorie du problème des facteurs de risque, de promotion et de protection; développer la théorie du programme des médiateurs malléables; identifier le niveau d'intervention, le cadre et le ou les agents; développer la théorie du changement et un modèle logique » (traduction libre de Fraser et Galinsky, 2010, p. 463). Dans le cadre de cette thèse, la notion de facteurs de risque est synonyme des symptômes et conséquences à

la suite d'une agression, car il est impossible d'agir sur les facteurs prétraumatiques (ex. variables sociodémographiques) ou péritraumatiques (ex. type et sévérité de l'événement) (Martin et al., 2006). Les facteurs de protection et facteurs renforçant la résilience, abordés dans le premier chapitre, sont également tenus en compte dans l'élaboration du programme. Ensuite, Fraser et Galinsky (2010) suggèrent d'identifier les cibles d'intervention (les médiateurs malléables) sur lesquels se basera le programme. Dans ce cas, il s'agit des cibles thérapeutiques dans le domaine de l'art-thérapie et du traumatisme de nature sexuelle (TNS). De plus, les auteur·e·s. proposent d'identifier le niveau d'intervention. Celui-ci peut être individuel, familial ou de groupe. Dans le cas du présent projet de recherche, les interventions sont développées pour des séances individuelles. Quant à la théorie du changement et du modèle logique, nous nous appuyons sur le CTE.

La deuxième étape de la méthode de Fraser et Galinsky (2010) consiste à développer le programme à proprement parler. Fraser et al. (2009) affirment qu'à cette étape, un manuel devrait être élaboré, afin de guider les intervenant·e·s, dans ce cas-ci les art-thérapeutes professionnel·le·s, à mener les interventions. Ils soulignent également l'importance d'explicitier des exercices concrets. Notre manuel, que nous appelons un répertoire personnalisable, sera élaboré par douze propositions d'interventions détaillées (voir annexe E).

Dans un deuxième temps, c'est en nous appuyant sur la taxonomie de Cooper (1988) que nous avons analysé les écrits existants en art-thérapie, afin d'appuyer nos propositions par la littérature scientifique. Cette taxonomie permet de structurer de manière rigoureuse la revue de littérature en proposant une catégorisation claire. Les catégories portent sur l'accent (*focus*), le but, la perspective, le type de couverture (*coverage*), l'organisation du contenu et l'audience. Ces différents éléments sont abordés au sein de la procédure de collecte, d'extraction et d'analyse des données.

2.1.1 Procédure de collecte de données

Les principales bases de données (Taylor et Francis, Wiley online library, PsycARTICLES, PsycInfo, EBSCO [Gender studies], Scopus, Mémoires et thèses de Concordia [Spectrum], Mémoires et thèses de l'UQAT [Depositum] et Google Scholar) ont été consultées pour la première fois entre le 11 et le 14 juillet 2022, puis une seconde fois entre le 1^{er} août et le 3 août 2024. Des mots-clés permettant de sélectionner les ouvrages ont été identifiés [« TSPT » OU « Traumatisme » OU « Trauma » OU « Traumatisme sexuel » OU « Trauma sexuel » OU « Abus sexuel » OU « Viol » OU « Agression sexuelle » OU « Violence sexuelle »] ET [« Art-thérapie » OU « Psychothérapie par l'art » OU « Continuum des Thérapies Expressives »] ET [«

Approche » OU « Programme » OU « Intervention » OU « Protocole » OU « Traitement » / [“PTSD” OR “Trauma” OR “Sexual trauma” OR “Sexual abuse” OR “Rape” OR “Sexual assault” OR “Sexual violence”] AND [“Art therapy” OR “Psychotherapy through art” OR “Continuum of Expressive Therapies”] AND [“Approach” OR “Program” OR “Intervention” OR “Protocol” OR “Treatment”]. Selon la taxonomie de Cooper (1988), plusieurs types de couvertures existent. Nous avons utilisé un échantillon exhaustif de publications permettant de consulter l’ensemble des ouvrages pertinents sur le sujet.

2.1.1.1 Critères d’inclusion et d’exclusion

Cooper (1988) affirme que le chercheur doit soigneusement élaborer les critères d’inclusion et d’exclusion des écrits qu’il utilisera. En ce sens, les articles et les ouvrages, en français ou en anglais, faisant état de recherches qualitatives et quantitatives, accessibles gratuitement, entourant les pratiques en art-thérapie pour traiter le TNS ont été inclus. Selon Randolph (2009), le type d’ouvrages choisis doit aussi être déterminé par l’accent et le but de la recherche. Considérant que la recherche a un accent pratique et que son but ultime est de générer de nouvelles connaissances en proposant des interventions art-thérapeutiques, les données ont été extraites en se concentrant sur les exemples concrets. Les écrits non testés empiriquement ainsi que la littérature grise (livres, mémoires, thèses) ont été inclus afin d’offrir une vision complète de l’application de l’art-thérapie dans le traitement du TNS (Bown-Salter et al., 2022). Pour pallier la rareté des écrits contemporains spécifiques au sujet, trois autres catégories ont été introduites : les écrits sur les mineurs, sur les traumatismes relationnels chez l’adulte (qui incluent les agressions sexuelles) et sur les approches générales de traitement des traumatismes. Les travaux portant sur d’autres types de traumatismes, comme les accidents, ont été exclus considérant que les impacts négatifs en découlant sont différents de ceux causés par des événements fortuits (Brillon, 2017; Shakespeare-Finch et Armstrong, 2009). Les ouvrages portant sur le trafic sexuel ont également été exclus, car ce type d’événement traumatique comporte des considérations différentes (Ghafoori et al., 2023). Pour élaborer des propositions art-thérapeutiques reflétant les pratiques actuelles et poursuivre le travail de Rankin et Taucher (2003), qui avaient défini des cibles thérapeutiques pour le traitement du traumatisme à partir d’ouvrages publiés entre 1985 et 2000, seuls les travaux parus entre 2001 et 2024 ont été retenus. Afin de sélectionner les ouvrages pertinents, un outil de sélection a été créé (Figure 2.1).

Figure 2.1 Outil de sélection des ouvrages

Moteurs de recherche	Taylor et Francis, Wiley Online Library, PsycARTICLES, PsycInfo, EBSCO [Gender Studies], Scopus				
Critères de sélection	(A) Français ou anglais	(B) Qualitatif et/ou Quantitatif	(C) Contenant un ou plusieurs mots clés dans le titre et/ou le résumé	(D) Publié entre 2001 et 2024 inclusivement	(E) Articles ou ouvrages à accent pratique
Mots clés	[« TSPT » OU « Traumatisme » OU « Trauma » OU « Traumatisme sexuel » OU « Trauma sexuel » OU « Abus sexuel » OU « Viol » OU « Agression sexuelle » OU « Violence sexuelle »] ET [« Art-thérapie » OU « Psychothérapie par l'art » OU « Continuum des Thérapies Expressives »] ET [« Approche » OU « Programme » OU « Intervention » OU « Protocole » OU « Traitement »]. [“PTSD” OR “Trauma” OR “Sexual trauma” OR “Sexual abuse” OR “Rape” OR “Sexual assault” OR “Sexual violence”] AND [“Art therapy” OR “Psychotherapy through art” OR “Continuum of Expressive Therapies”] AND [“Approach” OR “Program” OR “Intervention” OR “Protocol” OR “Treatment”]				

2.1.2 Procédure d'extraction des données

En ce qui concerne la procédure d'extraction, nous nous sommes référée à la taxonomie de Cooper (1988) qui stipule qu'il y a plusieurs façons d'organiser les données. Ici, le type d'organisation adoptée est conceptuelle. En ce sens, le contenu des ouvrages a été regroupé par cibles, sous-cibles et sous-sous cibles art-thérapeutiques dans le traitement du TNS chez l'adulte. Gall et al. (1996) affirment que le ou la chercheur-e doit créer un document où l'information pertinente sera organisée et codée. Une autre étape sert à identifier les thèmes importants et à commencer à faire des liens entre les théories. Dans cette optique, la figure 2.2 met en relation les cibles thérapeutiques et interventions art-thérapeutiques associées issues de la collecte de données aux diverses composantes du CTE. Ainsi, chaque intervention art-thérapeutique répertoriée peut être ensuite analysée sous le prisme du CTE.

Figure 2.2 Outil d'extraction et d'organisation des données pratiques

Titre de l'article ou de l'ouvrage :
doi, URL (si applicable):
Auteur(s)
Mots-clés utilisés
Source

Type de données	
Nom de l'approche ou du programme	
Cibles thérapeutiques du traitement	
Proposition artistique	
Objectif thérapeutique	
Matériaux d'art	
Déroulement	
Composante.s du CTE impliquée.s	Composante Cognitive
	Composante Symbolique
	Composante Perceptuelle
	Composante Affective
	Composante Kinesthésique
	Composante Sensorielle
	Dimension Créative
Justificatif:	

2.1.3 Procédure d'analyse des données

Comme le souligne Cooper (1988), la revue de littérature peut viser divers buts tels que l'intégration, la critique et l'identification des éléments centraux. Nous avons d'abord identifié les éléments centraux dans la littérature, culminant vers les cibles thérapeutiques du TNS en art-thérapie. Lors de l'analyse des données, la perspective peut être neutre ou impliquer une prise de position (*espousal of a position*) (Cooper, 1988). Dans ce contexte, nous optons pour la neutralité lors de la recension des cibles thérapeutiques dans le but de représenter toutes les approches et pratiques.

Ensuite, à l'aide d'un journal de bord réflexif, nous avons adopté une perspective critique sur les diverses interventions art-thérapeutiques existantes. Cette démarche visait à proposer des interventions pouvant correspondre à la fois au modèle du CTE et aux pratiques et recommandations essentielles dans le domaine du traitement du TNS en art-thérapie. Nous avons consigné plusieurs types d'informations, notamment le type de recherche, la population cible, la spécificité (ou non) par rapport au TNS, les cibles de traitement identifiées, l'intervention proposée, les résultats des études examinées ainsi qu'une section détaillant notre analyse critique. Plus spécifiquement, le type de questions qui ont guidé notre analyse et nos propositions sont les suivantes :

- L'intervention proposée correspond-elle aux enjeux présentés par les survivantes (symptômes et conséquences associés au TNS) ?
- L'intervention proposée pourrait-elle correspondre au modèle du CTE ?

- L'intervention proposée est-elle suffisamment appuyée par la recherche scientifique? (Y a-t-il une démarche scientifique ou un consensus dans la littérature ?)
- L'intervention proposée respecte-elle les précautions nécessaires pour éviter une retraumatisation potentielle ?

De plus, des collègues art-thérapeutes du Laboratoire de recherche en art-thérapie et thérapies expressives (LATTÉ) de l'Université du Québec à Montréal ont également été consultés afin d'alimenter le processus réflexif de l'élaboration du répertoire d'interventions personnalisables. Par ailleurs, Lisa Hinz a été consultée ponctuellement pour assurer une représentation fidèle et actuelle du modèle CTE.

Il nous apparaît également important d'explicitier nos présupposés dans cette recherche pour garantir la transparence, un élément crucial de la rigueur scientifique selon Tracy (2013). Tout d'abord, en tant qu'art-thérapeute d'approche intégrative, formée au département de psychologie humaniste de l'UQAM, nous accordons une importance particulière au corps tant dans cette recherche que dans notre pratique clinique. Cette perspective a imprégné notre discours et nos propositions. De plus, l'utilisation régulière des principes du CTE dans notre pratique a influencé notre perception de ce modèle et de son potentiel. Nous étions déjà convaincue de son efficacité dans l'accompagnement de cette clientèle à la suite de nos observations directes. Dans la même visée de transparence, des extraits du processus réflexif du journal de bord sont disponibles à l'annexe C.

2.2 Audience

En référence à la taxonomie de Cooper (1988), l'audience de cette recherche est les art-thérapeutes professionnel·le·s et les art-thérapeutes ayant le double profil de psychologue et d'art-thérapeute professionnel·le· ou de psychothérapeute et d'art-thérapeute professionnel·le·.

2.3 Conflits d'intérêts et considérations éthiques

Nous attestons n'avoir aucun conflit d'intérêt. Cette thèse est un travail théorique qui n'a impliqué aucun·e participant·e.

Tableau 2.1 Résumé de la méthodologie

Méthodologie d'intervention	
Étape 1 Développer une théorie du problème et du programme	
1. Développer une théorie du problème des facteurs de risque, de promotion et de protection 2. Développer la théorie du programme des médiateurs malléables 3. Identifier le niveau d'intervention, le cadre et le ou les agents 4. Développer la théorie du changement et un modèle logique	1. Symptômes du TSPT, conséquences aux suites d'une agression sexuelle et facteurs de protection et résilience (Chapitre 1) 2. Cibles thérapeutiques en art-thérapie (Chapitre 3) 3. Niveau individuel 4. Continuum des Thérapies Expressives (Chapitre 1 et 4)
Étape 2 Développer le programme	
1. Création d'un manuel	1. Répertoire d'interventions personnalisables (Annexe E)
Taxonomie de Cooper	
1. Accent 2. But 3. Perspective 4. Type de couverture 5. Organisation 6. Audience	1. Pratique 2. Éléments centraux pour la recension, suivi perspective critique pour l'analyse menant vers l'élaboration du répertoire 3. Neutre 4. Exhaustive 5. Conceptuelle 6. Art-thérapeute professionnel-le-s
Journal de bord réflexif	
Données consignées • Type de recherche • Population cible • Spécificité (ou non) par rapport au TNS • Cibles thérapeutiques • Interventions art-thérapeutiques • Résultats de l'étude (si applicable)	
Questions d'analyse • L'intervention proposée correspond-elle aux enjeux présentés par les survivantes (symptômes et conséquences associés au TNS) ? • L'intervention proposée pourrait-elle correspondre au modèle du CTE ? • L'intervention proposée est-elle suffisamment appuyée par la recherche scientifique? (Y a-t-il une démarche scientifique ou un consensus dans la littérature ?) • L'interventions proposée respecte-elle les précautions nécessaires pour éviter une retraumatisation potentielle ?	

En résumé, ce chapitre a présenté le cadre méthodologique adopté dans cette thèse, visant à élaborer un répertoire d'interventions personnalisables pour le traitement du TNS chez l'adulte. S'appuyant sur les premières étapes de la méthodologie d'intervention proposée par Fraser et Galinsky (2010), notre approche intègre une analyse rigoureuse de la littérature scientifique, structurée selon la taxonomie de Cooper (1988), et un journal de bord réflexif. Cette méthodologie a permis d'identifier les principales cibles thérapeutiques en art-thérapie pour le traitement du TNS (répondant à notre premier objectif de recherche), lesquelles servent de fondement au développement des interventions du répertoire (répondant à notre deuxième objectif de recherche). Le premier article, au prochain chapitre, s'inscrit dans cette démarche en explorant les cibles thérapeutiques contemporaines pertinentes au TNS, identifiées à partir d'une revue de littérature exhaustive.

CHAPITRE 3

LES CIBLES THÉRAPEUTIQUES CONTEMPORAINES EN ART-THÉRAPIE POUR LE TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE

Dans ce chapitre, nous abordons tout d'abord notre premier article scientifique intitulé *Les cibles thérapeutiques contemporaines pour le traitement de nature sexuelle chez l'adulte : une revue de littérature visant à identifier les éléments communs en art-thérapie*. Considérant la limite de mots de la revue pour ce type d'article, nous venons le compléter en offrant des informations supplémentaires et un approfondissement des éléments de discussion abordés. L'article soutient que les approches art-thérapeutiques, malgré leurs nuances distinctes, convergent vers des objectifs de traitement communs. La dernière démarche visant à définir les principales cibles de traitement et les types d'interventions pour le traumatisme remonte à plus de vingt ans, avec les travaux de Rankin et Taucher (2003). Ces auteur-e-s ayant examiné la littérature de 1985 à 2000. Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes concentrés sur les écrits de 2001 et après pour réaliser une revue de littérature exhaustive (avec citation sélective). L'analyse approfondie de la littérature sur le traitement des traumatismes, notamment ceux de nature sexuelle, intégrant les fondements des principales approches ainsi que des propositions issues d'une diversité d'études de cas, de programmes thérapeutiques et de protocoles structurés, a permis de dégager trois domaines d'intervention en art-thérapie : le corps, les émotions et les cognitions. Chacun de ces domaines est associé à des cibles thérapeutiques spécifiques que nous explorerons en détail dans cet article. Ce dernier sert de base au second article (chapitre 4) dans lequel nous proposons le Continuum des Thérapies Expressives comme cadre intégratif qui regroupe et articule les différentes cibles thérapeutiques.

Note. Cet article a été accepté à la *Revue Canadienne d'art-thérapie : recherche, pratiques et enjeux* en septembre 2025.

3.1 Premier article scientifique; Les cibles thérapeutiques contemporaines pour le traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte : Une revue de littérature visant à identifier les éléments communs en art-thérapie

3.1.1 Résumé

Cet article propose une revue de littérature portant sur l'art-thérapie dans le traitement du traumatisme de nature sexuelle (TNS) dans le but de broser un portrait contemporain des cibles thérapeutiques. En identifiant les récurrences thématiques et les méthodes art-thérapeutiques couramment proposées, l'article fait la lumière sur l'application pratique de l'art-thérapie dans le traitement clinique du TNS. Trois cibles principales couvrant les dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives du TNS ont été repérées. Dix sous-cibles, constituant les points de convergence entre les diverses approches actuelles sont proposées et sont illustrées par des exemples d'interventions art-thérapeutiques tirés de la littérature. Cette étude vise à contribuer au domaine de l'art-thérapie en fournissant aux art-thérapeutes des recommandations basées sur une synthèse rigoureuse de la littérature. Elle souligne la nécessité de définir les pratiques art-thérapeutiques dans le traitement du TNS en soutien à l'avancement des connaissances en matière d'efficacité des méthodes proposées afin d'identifier les meilleures pratiques dans le domaine.

3.1.2 Introduction

Au cours de leur vie, une femme sur trois et un homme sur six seront victimes d'agressions sexuelles (Conroy et Cotter, 2014). Pour 17% à 65% des survivant-e-s, le développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Jolly, 2003) ainsi que des perturbations significatives sur les plans corporel, émotionnel et cognitif s'ensuivront. Considérant la récente hausse des demandes d'accompagnement psychologique de cette clientèle (RQCALACS, 2018), les thérapeutes sont amenés à travailler avec des survivant-e-s dans leur pratique (Godbout, 2018). Les art-thérapeutes ne font pas exception; les premiers écrits documentant leur travail auprès de cette clientèle remontent aux années 1970 (Finkelhor, 1979; Garrett et Ireland, 1979; Spring, 1978) et coïncident avec l'émergence du concept de « Rape trauma syndrome » (Burgess et Holmstrom, 1974), décrivant pour une première fois l'agression sexuelle comme un acte de violence pouvant provoquer un traumatisme psychologique (Stein et Rothbaum, 2018). Depuis, le domaine du traumatisme psychologique a connu une évolution significative, marquée par des avancées neuroscientifiques qui ont apporté un nouvel éclairage sur les difficultés rencontrées par les survivant.e.s

et sur les interventions appropriées (Levine, 2015; Porges, 2011; van der Kolk, 2014). En tant que thérapeute, il est essentiel de se munir des outils nécessaires (Godbout, 2018) pour intervenir dans ce domaine en constante évolution (Cloitre, 2015). En art-thérapie, la dernière démarche visant à définir les principales cibles de traitement et les types d'interventions pour le traumatisme remonte à plus de vingt ans, avec les travaux de Rankin et Taucher (2003). Ces auteur·e·s ont examiné la littérature de 1985 à 2000, identifiant six cibles thérapeutiques—sentiment de sécurité, gestion de soi, récit traumatique, deuil, concept de soi et vision du monde, développement personnel et relationnel—qui ont conduit à la proposition d'un modèle de traitement tenant compte des traumatismes. Les pratiques contemporaines dans le domaine restent à être précisées, notamment en identifiant les éléments communs aux différentes approches (Eaton et al., 2007) et en élucidant les pratiques (Bowen-Salter et al., 2022). Cette clarification est essentielle pour le domaine de l'art-thérapie et contribue à l'essor d'études sur l'efficacité des interventions, menant ultimement à l'identification des meilleures pratiques (Bowen-Salter et al., 2022). À ce jour, aucune revue de littérature n'a été publiée pour identifier les éléments communs et éclairer les pratiques contemporaines dans le domaine de l'art-thérapie et du traumatisme de nature sexuelle (TNS) chez l'adulte. Cette étude vise à combler cette lacune en regroupant les différents symptômes et les cibles thérapeutiques associées sous trois catégories identifiées (corps, émotions, cognitions), permettant de fournir aux art-thérapeutes des recommandations basées sur une synthèse rigoureuse de la littérature.

3.1.3 Recherche et analyse de la littérature

3.1.3.1 Procédures de recherche

La revue de littérature s'est appuyée sur la taxonomie de Cooper (1988). Les principales bases de données, ainsi que la littérature grise (livres, mémoires, thèses) ont été consultées. Des mots-clés permettant de sélectionner les ouvrages à accent pratique, offrant un traitement illustré par des propositions d'interventions ont été identifiés (Figure 3.1). Les résultats de la collecte de données ont mené à l'analyse de 78 ouvrages dont 23 études empiriques où les interventions proposées ont été testées et validées. Le reste était composé d'écrits théoriques et d'études de cas.

3.1.3.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Considérant le but de l'étude, les écrits non testés empiriquement ont été inclus afin d'offrir une vision complète de l'application de l'art-thérapie dans le traitement du TNS (Bowen-Salter et al., 2022). Pour pallier la rareté des écrits contemporains spécifiques au sujet, trois autres catégories ont été introduites :

les écrits sur les mineurs, sur les traumatismes relationnels chez l'adulte (qui incluent les agressions sexuelles) et sur les approches générales de traitement des traumatismes. Les travaux portant sur d'autres types de traumatismes, comme les accidents, ont été exclus¹. Afin de définir des cibles thérapeutiques contemporaines, seuls les ouvrages publiés entre 2001 et 2024 ont été retenus.

Figure 3.1 Outil de sélection des ouvrages

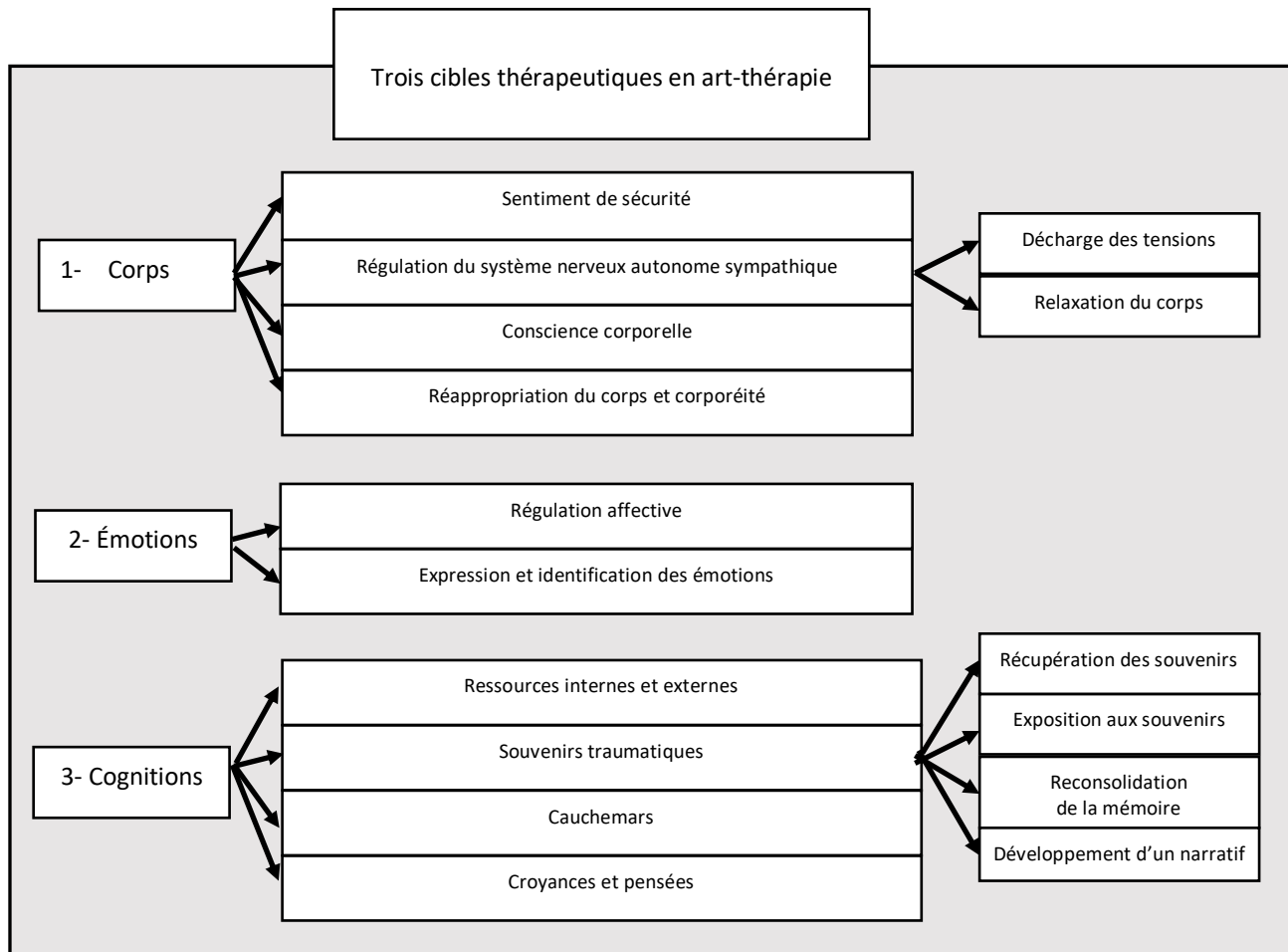
Moteurs de recherche	Taylor et Francis, Wiley Online Library, PsycARTICLES, PsycInfo, EBSCO [Gender Studies], Scopus				
Critères de sélection	(A) Français ou anglais	(B) Qualitatif et/ou quantitatif	(C) Contenant un ou plusieurs mots-clés dans le titre et/ou le résumé	(D) Publié entre 2001 et 2024 inclusivement	(E) Articles ou ouvrages à accent pratique
Mots-clés	[« TSPT » OU « Traumatisme » OU « Trauma » OU « Traumatisme sexuel » OU « Trauma sexuel » OU « Abus sexuel » OU « Viol » OU « Agression sexuelle » OU « Violence sexuelle »] ET [« Art-thérapie » OU « Psychothérapie par l'art »] ET [« Programme » OU « Intervention » OU « Protocole » OU « Traitement »].				
Nombres de résultats					

3.1.4 Résultats

Les résultats ont été organisés conceptuellement en trois catégories de cibles de traitement, soit le corps, les émotions et les cognitions. Chacune de ces cibles a été subdivisée en sous-catégories (Figure 3.2), deux d'entre elles possédant des sous-sous-catégories. La classification correspond aux conséquences et symptômes corporels, émotionnels et cognitifs associés au TNS. L'ensemble des résultats est détaillé à section suivante.

¹ Les traumatismes causés par l'homme ont des impacts négatifs différents de ceux causés par des événements fortuits (Brillon, 2017; Shakespeare-Finch et Armstrong, 2009).

Figure 3.2 Organisation schématique des résultats



3.1.4.1 Cible thérapeutique : aspects corporels

Lors de l'agression sexuelle, le corps, en particulier le système nerveux autonome sympathique (SNAS), est submergé et réagit par des mécanismes de survie (combat, fuite, figement, dissociation) (Gishoma et Brackelaire, 2008; van der kolk, 2014). Bien que ces mécanismes permettent de survivre, l'énergie mobilisée pour combattre se transforme en tensions corporelles et les réponses de figement et de dissociation laissent un profond sentiment d'impuissance (Levine, 2008). Après l'agression, les survivant.e.s développent des symptômes corporels enracinés dans la persistance des mécanismes de survie (van der Kolk, 2014), tels que des symptômes d'hyperactivation du SNAS qui se manifestent par une vigilance constante (réactions de sursaut), ou d'hypoactivation comme des réactions dissociatives de dépersonnalisation ou de déréalisation (APA, 2013). Ces symptômes entretiennent un sentiment de danger interne constant, empêchant les survivant.e.s de se sentir en sécurité dans leur corps (Rothschild,

2008). L'agression affecte profondément la relation au corps, perturbant la perception des limites corporelles (Scaer, 2007; Vinit et Therrien-Binette, 2022) et la sphère de la sexualité (Courtois, 2010). Ces conséquences peuvent conduire à vivre une vie désincarnée, où le corps est désinvesti (Ataria, 2016). Ainsi, les cibles de traitement corporelles portent sur quatre dimensions: le sentiment de sécurité, la régulation du SNAS, la conscience corporelle et la réappropriation du corps.

3.1.4.1.1 Sentiment de sécurité

Il est considéré prioritaire de cibler le sentiment de sécurité puisque l'agression et les symptômes qui en découlent ébranlent ce sentiment (Crenshaw, 2006; Howie, 2016; Schouten et al., 2019; Tripp et al., 2019). En art-thérapie, cette première dimension est abordée en invitant les survivant.e.s à représenter un lieu sécurisant concret ou symbolique à l'aide de médiums 2D ou 3D (Hamel, 2021; Hass-Cohen, 2016; Gantt et Tinnin, 2009; Rappaport, 2010; Schouten et al., 2019). Étant donné que le sentiment de sécurité se manifeste dans le corps, il est important de l'aborder de manière corporelle (Hass-Cohen, 2016). La littérature suggère de se concentrer sur les ressentis physiques de ce sentiment, puis de les mettre en image (Hass-Cohen, 2016; Lubow, 2009; Rappaport, 2010).

3.1.4.1.2 Régulation du système nerveux autonome sympathique (SNAS)

L'objectif de cette cible thérapeutique est d'apaiser le SNAS en ciblant les mécanismes de survie qui persistent après l'agression. D'une part, on cherche, par la décharge des tensions, à compléter les réponses de survie du SNAS activées durant l'événement (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020). L'action de compléter ces réponses, appelée Acte de triomphe dans les thérapies basées sur le corps, permet aux survivant.e.s de sortir de l'impuissance, favorisant un apaisement corporel (Ogden et al., 2021). D'autre part, on cherche à relaxer le corps pour traiter les états d'hyperactivation (Elbrecht, 2013). De la littérature en art-thérapie émerge deux catégories d'intervention à ce sujet, soit la décharge de la tension et la relaxation du corps.

3.1.4.1.2.1 Décharge des tensions

Les propositions artistiques kinesthésiques sont toutes indiquées pour décharger les tensions (Elbrecht et Antcliff, 2014; Malchiodi, 2020). Le dessin bilatéral, qui mobilise simultanément les deux mains, en est un exemple. Sur une grande feuille, les survivant.e.s dessinent des lignes diagonales s'éloignant d'eux-elles pour symboliser la réaction de combat, puis des traits dirigés vers eux-elles pour représenter la fuite vers un lieu sûr (Elbrecht, 2018). L'argile est également recommandée, car sa manipulation peut fournir la décharge énergétique nécessaire (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013; Hanes, 2024).

3.1.4.1.2.2 Relaxation du corps

Les techniques de pleine conscience, telles des méditations guidées et des exercices de respiration, sont couramment combinées au processus créatif (Carter et al., 2024; Goodarzi et al., 2020; Nazarian, 2021). Nazarian (2021) recommande de représenter visuellement les sensations physiques, de procéder à une relaxation accompagnée de musique douce, puis de créer une nouvelle représentation mettant ainsi en lumière les effets de la relaxation. Engager les aspects sensoriels du corps peut également soutenir la relaxation (Elbrecht, 2013; Hass-Cohen, 2016; Patrick, 2021). L'utilisation de matériaux sensoriels comme la peinture tactile, le tissu ou l'argile est suggérée pour favoriser ce processus (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013; Goodarzi et al., 2020; Hanes, 2024; Homer, 2015).

3.1.4.1.3 Conscience corporelle

La conscience corporelle, considérée désormais comme une pratique optimale (Elbrecht et Antcliff, 2014), vise à traiter les états dissociatifs en favorisant une reconnexion au corps (Elbrecht, 2013; Huss et al., 2012; Rappaport, 2010). Les interventions reposent sur des techniques de pleine conscience visant à accroître l'extéroception (relatif aux sensations provoquées par les 5 sens) et l'intéroception (relatif à la perception du sens viscéral) (Chesnot et Chidiac, 2020; Edwards, 2007; Goodarzi et al., 2020). Tout comme pour la cible sur la relaxation, les matériaux sensoriels sont recommandés, car ils permettent d'éveiller les sens (Chesnot et Chidiac, 2020; Hinz, 2019). Pour l'extéroception, il est suggéré de représenter chacun des cinq sens par un dessin en utilisant un matériau distinct (Goodarzi et al., 2020). Pour l'intéroception, il est proposé de créer des images intéroceptives, c'est-à-dire de représenter les sensations internes en image (Malchiodi, 2020; Sigal et Rob, 2021). Une méthode courante consiste à cartographier ces sensations sur un tracé du corps, en explorant les sensations vécues pendant l'agression ou activées lors de sa réminiscence (Goodarzi et al., 2020; Luzzatto et al., 2022; Tripp, 2016).

3.1.4.1.4 Réappropriation du corps et corporéité

Cette cible vise à aider les survivant-e-s à réinvestir leur corps en explorant leur expérience physique, en restaurant l'aspect des limites du corps et en abordant le thème de la sexualité (Gillespie, 2001; Lustman, 2007; Rappaport, 2010; Shuman et al., 2022; Wakerley, 2008; Zielona-Jenek et al., 2019). Les propositions artistiques privilégient une implication directe du corps. Le moulage de parties du corps et les représentations de soi grande nature (Lubbers, 2019; Zielona-Jenek et al., 2019) permettent de

restaurer la perception des limites corporelles (Shuman et al., 2022). Les représentations tridimensionnelles, comme la création de poupées, permettent une exploration corporelle avec une distance sécurisée, réduisant la honte liée au corps (Stace, 2014; Vanloo-Rivard, 2020). Bien que rarement abordée artistiquement, la réappropriation de la sexualité est cruciale dans la réappropriation du corps (Huss et al., 2012; Lefevre, 2004; Wakerley, 2008) et peut être facilitée par la création de symboles féminins inspirés de l'histoire de l'art (Wakerley, 2008).

3.1.4.2 Cible thérapeutique : aspects émotionnels

Lors d'une agression sexuelle, les survivant·e·s éprouvent des émotions intenses qui perturbent les régions cérébrales liées à la peur, à la régulation affective et aux émotions positives (Pierson et Sinko, 2022; Brown et Morey, 2012). Ces perturbations réduisent la capacité des survivant·e·s à réguler leurs émotions après l'agression (Ogden et al., 2006). Elles entraînent des altérations de l'humeur, caractérisées par des émotions négatives persistantes (colère, peur, culpabilité, honte, impuissance) et une diminution des émotions positives (APA, 2013; Brillon, 2017). Deux cibles de traitement sont recommandées : l'apprentissage de méthodes de régulation affective, et l'expression et l'identification des émotions.

3.1.4.2.1 Régulation affective

La régulation émotionnelle vise à restaurer l'équilibre émotionnel par l'apprentissage de stratégies de coping (Costello et Short, 2021; Malchiodi, 2020; Tripp et al., 2019). Cette cible est souvent abordée en début de traitement (Malchiodi, 2020), car elle renforce le sentiment de sécurité en aidant les survivant·e·s à rester dans leur fenêtre de tolérance émotionnelle (Hass-Cohen et al., 2014). Les stratégies consistent en des techniques d'ancrage englobant les différents sens (Costello et Short, 2021; Elbrecht, 2013; Tinnin et Gantt, 2013). Par exemple, les techniques axées sur le sens de la vue incluent le recentrage de l'attention sur l'environnement, comme dessiner un objet présent dans la salle de thérapie (Malchiodi, 2020). La contenance est également soulignée comme méthode de régulation affective. La création de contenants comme des boîtes, sacs, mandalas aide les survivant·e·s à ressentir leurs émotions tout en maintenant une distance sécuritaire (Adeniyi, 2014; Pifalo, 2002; Pretorius et Pfeifer, 2010). Par exemple, Visser et Du Plessis (2015) proposent la création d'un 'sac émotionnel' dans lequel des émotions non exprimées jusqu'alors sont déposées.

3.1.4.2.2 Expression et identification des émotions

Les perturbations de l'humeur sont traitées par l'expression et l'identification des émotions (Avrahami, 2006; Goodarzi et al., 2020; Hogg, 2018; Lusebrink et Hinz, 2016). Les approches recommandées incluent la représentation des émotions vécues par une exploration plus libre permettant de mettre en lumière l'émotion dominante et la palette des émotions vécues (Tripp et al., 2019) et une exploration plus ciblée. Lors d'une exploration ciblée, chaque émotion est associée à des méthodes spécifiques : pour la colère, l'aspect kinesthésique de l'art facilite sa canalisation (Hamel, 2021; Lustman, 2007; Mouck, 2014) ; pour la honte et la culpabilité, des pratiques favorisant le lâcher-prise et l'autocompassion sont préconisées (Goodarzi et al., 2020; Josphe et Bance, 2019; Malchiodi, 2020; Wakerley, 2008) ; pour la peur, l'exploration des thèmes de danger et de sécurité associée à des techniques de recadrage cognitif est recommandée (Lyshak-Stelzer et al., 2007; Steele et Kuban, 2012) ; enfin, pour l'impuissance, des activités visant à restaurer un sentiment d'agentivité sont proposées (Elbrecht, 2018; Pifalo, 2007; Tripp et al., 2019; van Westrhenen et al., 2017). Pour identifier les émotions, on suggère d'explorer les émotions de base sur une feuille divisée en cadrans (Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016) et de créer des masques (avant-après), pour visualiser les changements émotionnels depuis l'agression (Adeniyi, 2014; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013).

3.1.4.3 Cible thérapeutique : aspects cognitifs

L'agression sexuelle a des impacts importants sur les aspects cognitifs d'une personne. Lors de l'événement traumatique, les régions cérébrales associées au langage, à la mémoire explicite et aux processus réflexifs se désactivent pour permettre au corps, à l'aide de ses mécanismes, de réagir rapidement à la menace (Chu, 2011; Hayes et al., 2011; LeDoux, 1996; Schore, 2009). Cette désactivation peut entraîner une amnésie partielle et un stockage des souvenirs traumatiques dans la mémoire implicite (mémoire du corps) sous forme sensorielle, non verbale et non chronologique (van der Kolk, 2014). Après l'agression, ces souvenirs peuvent être déclenchés par des stimuli se manifestant par des reviviscences (souvenirs répétitifs, flashbacks, cauchemars...) (APA, 2013). Ces souvenirs sont évités par divers comportements tels que la consommation de substances psychoactives (APA, 2013; Brillon, 2017), ce qui a pour effet de les maintenir intacts, comme s'ils se jouaient en boucle (Boudrias, 2021, p. 53). L'agression peut avoir des répercussions significatives sur la cognition, se manifestant par des croyances négatives et distorsions cognitives (APA, 2013). Une vision plus pessimiste de la vie peut en découler donnant lieu à un nouveau système de croyances et affectant la perception de soi et du monde (Brillon, 2017). Les cibles de traitement cognitives sont divisées en quatre. La première porte sur les ressources

internes et externes visant à renforcer la résilience des survivant-e-s et les trois autres portent respectivement sur les souvenirs, les cauchemars, et les croyances et pensées erronées.

3.1.4.3.1 Identification des ressources internes et externes

La cible des ressources internes et externes est généralement abordée avant celle des souvenirs pour, a priori, s'appuyer sur la résilience des survivant-e-s (Dutton et al., 2023; Hass-Cohen et al., 2018; Malchiodi, 2020). Pour les ressources internes, une proposition artistique courante consiste à représenter les forces personnelles par le dessin ou le collage (Hass-Cohen et al., 2014; Luzzatto et al., 2022; Visser et Du Plessis, 2015). Un angle symbolique est recommandé pour faciliter l'identification des ressources et la connexion avec des symboles universels, comme l'archétype du survivant (Backos, 2021). La mise en image des ressources internes mobilisées pendant l'agression est un autre angle abordé qui permet une mise en relief des forces ayant permis de survivre (Mouck, 2014; Wakerley, 2022). Pour encourager le développement des ressources, des méthodes qui renforcent l'autocompassion et les compétences d'autosoins sont proposées, comme l'illustration de la partie de soi blessée accompagnée d'une autre partie perçue comme protectrice (Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Mouck, 2014). Pour les ressources externes, les approches incluent la représentation du réseau de soutien et de souvenirs positifs liés à des relations importantes permettant d'évaluer la solidité du réseau et les besoins d'expansion (Hass-Cohen, 2016; Luzzatto et al., 2022; Pearce et al., 2023; Stace, 2014).

3.1.4.3.2 Souvenirs traumatiques

Le travail des souvenirs traumatiques vise à transférer les souvenirs de la mémoire implicite vers la mémoire explicite menant à la résolution du traumatisme (Howie, 2016; Malchiodi, 2020) et comporte plusieurs dimensions, soit la récupération, l'exposition, la reconsolidation des souvenirs et le développement d'un narratif.

3.1.4.3.2.1 Récupération des Souvenirs

La récupération des souvenirs vise à traiter l'amnésie partielle de l'événement traumatique par les processus créatifs (Schnitzer et Van Huet, 2021). L'accès aux mémoires implicites est facilité par l'engagement corporel, notamment par l'utilisation de matériaux sensoriels, d'activités bilatérales et de la création d'images intéroceptives (Elbrecht, 2018, Hamel, 2021; Talwar, 2007; Tripp, 2016). Tripp (2016) propose un protocole bilatéral qui intègre la mise en image des sensations physiques liées à l'événement, lesquelles sont ensuite associées à des souvenirs. Hamel (2021) suggère l'exercice des quatre cadrans où

la représentation d'un symptôme corporel et de son origine fait émerger les souvenirs associés. Poser des questions axées sur les perceptions sensorielles durant l'événement avant la phase créative peut également activer les mémoires implicites (Steele et Kuban, 2012).

3.1.4.3.2.2 Exposition aux souvenirs

L'exposition aux souvenirs vise à favoriser une désensibilisation à ceux-ci (Becker, 2015; Lefevre, 2004; Pifalo, 2007) et à atténuer les comportements d'évitement (King-West et Cohen, 2008). La représentation des reviviscences en image agit telle une forme d'exposition, réduisant ainsi la charge émotionnelle associée (Pifalo, 2007; Schouten et al., 2019). D'autres méthodes de désensibilisation aux souvenirs incluent des stimulations bilatérales (Talwar, 2007; Tripp, 2016, 2022). Les stimulations bilatérales avec les mains pendant la représentation d'un souvenir offrent une double attention portée à la fois sur le mouvement dans le présent et sur le souvenir, ce qui crée une distance sécuritaire avec l'expérience (Tripp, 2022). Tobin (2016) recommande également des mouvements oculaires alternés entre une image traumatique et une image positive (sécurité ou ressource) jusqu'à désensibilisation.

3.1.4.3.2.3 Reconsolidation de la mémoire

La reconsolidation des souvenirs par l'art constitue un processus de réactualisation des souvenirs à la lumière de nouvelles informations (Boudrias, 2021; Hass-Cohen et al., 2014; Tripp, 2016; Visser et Du Plessis, 2015). Cela permet de nuancer l'événement en mettant en relief les forces des survivant-e-s plutôt que le sentiment d'impuissance vécu dans la situation (Hass-Cohen, 2016) et peut être réalisé en équilibrant une image traumatique avec une image de ressources (Hass-Cohen et al., 2014), en modifiant l'image traumatique pour y ajouter des autosoins (Goodarzi et al., 2020) ou en dessinant le symptôme et une contre-expérience, c'est-à-dire identifier ou créer une expérience contraire (Boudrias, 2021).

3.1.4.3.2.4 Développement d'un narratif

La narration visuelle chronologique est proposée dans un but d'intégrer des souvenirs et de résoudre un traumatisme (Gantt et Tinnin, 2009). Ce processus vise à générer du sens autour des événements (Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020), ce qui peut être facilité par l'exploration de mythes ou la création de sa propre histoire (Lubow, 2009; Rei Solas, 2015) pouvant prendre la forme d'un livre (Heijman et al., 2024; Lyshak-Stelzer et al., 2007). La présentation chronologique des événements cherche à rétablir leur temporalité, facilitant ainsi leur intégration dans l'histoire de vie en tant qu'événements passés (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Luzzatto et al., 2022). Les méthodes courantes incluent

la création d'une ligne du temps (Hass-Cohen, 2016; Heijman et al., 2024), d'une ligne de vie intégrant les souvenirs avant et après l'événement (Mouck, 2014; Pearce et al., 2023; Luzzatto et al., 2022), des dessins chronologiques (Gantt et Tinnin, 2009) et la réorganisation chronologique d'images créées en séances (Hass-Cohen et al., 2014; Schouten et al., 2019). L'exploration verbale des images est recommandée pour faciliter l'encodage des souvenirs dans la mémoire explicite (Malchiodi, 2020).

3.1.4.3.3 Cauchemars

Une approche spécifique pour le traitement des cauchemars est considérée nécessaire pour la résolution de ce symptôme (Haeyen et Staal, 2021; Hamel, 2022; Kehr et Haeyen, 2024; Versluys, 2021). Les experts recommandent unanimement la mise en image d'une ou plusieurs scènes du cauchemar, suivie de la modification d'un ou de plusieurs éléments. Cette méthode vise à instaurer un sentiment de contrôle chez les survivant·e·s en substituant les images traumatisantes par de nouvelles représentations générant moins de peur (Haeyen et Staal, 2021). En guise d'exemple, il est suggéré de modifier la conclusion ou l'élément déclencheur de la peur (Kehr et Haeyen, 2024).

3.1.4.3.4 Croyances et pensées

La restructuration cognitive par l'art est proposée pour modifier les croyances négatives et distorsions cognitives (Becker, 2015; Lefevre, 2004; Malchiodi, 2020; Steele et Kuban, 2012). Elle aide les survivant·e·s à ne plus se percevoir comme des victimes (Lubow, 2009) et à réconcilier les polarités perçues dans le monde (p. ex. danger/sécurité) (Huss et al., 2012). Le travail s'opère par deux stratégies : cultiver les pensées positives à l'aide de propositions artistiques centrées sur les aspirations et l'espoir (Becker, 2015; Crenshaw, 2006; Hass-Cohen et al., 2014) et modifier les pensées et croyances négatives au fur et à mesure que les souvenirs sont abordés (Lusebrink et Hinz, 2016; Steele et Kuban, 2012; Talwar, 2007). Considérant la forte composante corporelle du traumatisme, certains auteur·e·s recommandent une restructuration cognitive ascendante (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tripp, 2016); en faisant un scan corporel et en représentant les sensations ressenties, les croyances associées au corps sont identifiées, puis modifiées (Tripp, 2016).

3.1.5 Discussion

Cette revue de littérature a identifié 10 sous-cibles thérapeutiques pour le traitement du TNS par l'art-thérapie, classées en trois cibles principales : corps, émotions et cognitions. Elle offre aux art-thérapeutes une vue d'ensemble des pratiques dans le domaine, en mettant en évidence les convergences entre les

approches à travers leurs similitudes thématiques et les méthodes thérapeutiques récurrentes. Étant donné qu'aucune étude n'avait encore exploré les pratiques contemporaines sous cet angle, cette revue constitue une contribution au domaine de l'art-thérapie.

Les résultats de l'étude font écho à plusieurs cibles identifiées par Rankin et Taucher (2003) (sentiment de sécurité, gestion, cognitions et narratif du traumatisme), appuyant leur pertinence. La présente étude se distingue cependant par sa spécificité thématique, soit le TNS, et par son intégration de certaines avancées notamment sur l'importance du corps dans le traitement. Les cibles sont classées de manière à faciliter leur correspondance avec les symptômes et conséquences corporelles, émotionnelles et cognitives liés au TNS. Cette indexation oriente les art-thérapeutes dans l'application des cibles en fonction de la configuration symptomatique des survivant·e·s. Elle facilite également l'élaboration d'un traitement global, intégrant les différentes dimensions identifiées, élément crucial pour l'efficacité du traitement (Sarid et Huss, 2010).

La recension a identifié des lacunes dans la littérature, notamment un manque d'informations sur les interventions qui abordent le thème de la sexualité (une étude proposait une consigne créative) et sur la population masculine (seule étude sur le sujet: Hogg, 2008). Également notée, l'absence de précisions dans plusieurs écrits quant à la conduite des interventions et à la justification du choix des matériaux d'art.

Les chevauchements entre les catégories proposées (corps, émotions, cognitions) constituent une limite de cette recherche. La classification des exemples était parfois complexe, notamment pour la régulation du SNAS et la régulation affective, qui sont souvent utilisées de manière interchangeable dans la littérature. Finalement, les résultats reposent principalement sur des travaux théoriques et des études de cas, ce qui limite le soutien empirique des méthodes proposées.

3.1.6 Conclusion

La présente revue de littérature avait pour objectif de répertorier les pratiques contemporaines en art-thérapie dans le domaine du TNS. Les résultats de l'étude constituent une fondation dynamique sur laquelle les art-thérapeutes peuvent s'appuyer dans l'application de l'art-thérapie auprès de cette clientèle. Cette recherche offre aussi un canevas de référence pour des recherches futures portant sur l'efficacité de diverses interventions dans le domaine. Les recherches futures devraient continuer à préciser les pratiques en art-thérapie dans le traitement du TNS. Pour ce faire, des études qualitatives détaillant l'expérience pratique des art-thérapeutes permettront de bonifier notre compréhension des

fondements des méthodes proposées, car cet aspect demeure peu explicité (Bowen-Salter et al., 2022). En réponse à l'appel des experts pour des recherches appliquées, l'évaluation empirique des méthodes suggérées pour chaque cible thérapeutique demeure cruciale pour définir les meilleures pratiques (Baker et al., 2018; Dutton et al., 2023; Kaiser et Deaver, 2013; Schouten et al., 2015). Enfin, comme la recension de Rankin et Taucher (2003) a mené vers la proposition d'un modèle thérapeutique, il serait pertinent d'examiner le développement d'un modèle intégratif qui inclut les notions essentielles abordées dans cet article, afin d'offrir des traitements globaux.

3.2 Informations complémentaires au premier article

Nous présentons maintenant des informations complémentaires au premier article. En raison de la limite de mots fixée² par la Revue canadienne d'art-thérapie, certaines informations n'ont pas pu y être intégrées et sont donc développées ici. Tout d'abord, nous détaillons davantage les résultats et nous abordons les précautions et recommandations concernant le travail corporel, émotionnel et cognitif dans le traitement du TNS en art-thérapie. Enfin, nous approfondissons les lacunes et les principales limites méthodologiques des ouvrages utilisés.

3.2.1 Résultats détaillés du premier article

Les résultats du premier article ont été organisés en trois catégories de cibles de traitement (corps, émotions et cognitions) et divisés en dix sous-cibles (*i.e.* sentiment de sécurité, régulation du système nerveux autonome, conscience corporelle, réappropriation du corps et corporéité, régulation affective, expression et identification des émotions, ressources, souvenirs, cauchemars, croyances et pensées). Des résultats détaillés et exhaustifs, sont organisés dans un tableau à l'annexe D répertoriant les cibles thérapeutiques, les propositions artistiques et matériaux d'art suggérés par chaque auteur·e.

3.2.2 Recommandations pour minimiser le risque de retraumatisation en art-thérapie dans le traitement du traumatisme de nature sexuelle

Bien que nous ayons mis l'emphasis sur la sécurité tout au long du premier article dans le but de sensibiliser la personne lectrice à prévenir la retraumatisation, les recommandations pour minimiser ce risque dans le

² L'article a été accepté à la *Revue canadienne d'art-thérapie (Canadian Art Therapy Association Journal – CATA)*, une revue scientifique qui publie des articles portant sur la recherche, la théorie et la pratique en art-thérapie. La limite de 4000 mots prévue par la revue, ainsi que son orientation vers des articles concis et accessibles aux clinicien·ne·s et chercheur·e·s, ont nécessité une sélection rigoureuse du contenu. Ainsi, certains développements théoriques et matériels complémentaires ont été réservés à la thèse afin d'assurer à la fois la conformité aux exigences éditoriales et la présentation complète du cadre conceptuel nécessaire à l'utilisation sensible du répertoire personnalisable.

traitement du TNS n'ont pas pu être abordées en profondeur. Il nous apparaît important d'explorer ces aspects pour proposer des interventions qui en tiennent compte. Par conséquent, nous les examinons en détail dans les sections suivantes, en les regroupant selon les trois catégories de cibles thérapeutiques.

3.2.2.1 Cibles thérapeutiques liées au corps

En tant qu'art-thérapeute, il convient de prendre des précautions particulières au niveau du travail du corps dans le contexte de traitement du TNS, notamment en ce qui concerne l'effet potentiel des matériaux d'art, des visualisations guidées et des scans corporels.

Il convient de souligner que, contrairement à d'autres professions du domaine de la relation d'aide qui ne font pas appel à un processus créatif, les art-thérapeutes doivent porter une attention particulièrement attentive aux matériaux d'art qu'ils-elles proposent, car ils peuvent avoir un potentiel retraumatisant pour les survivantes. Un certain consensus dans la littérature souligne que certains matériaux d'art, notamment ceux offrant une dimension immersive par la stimulation tactile, peuvent déclencher des réactions d'hyperactivation ou de dissociation du SNA en réaction aux sensations engendrées par l'interaction avec ces matériaux. D'ailleurs, Talway (2007) affirme que la régulation des sensations serait un des principaux défis thérapeutiques en ce qui concerne le domaine du traitement du traumatisme. Hetherington et Gentile (2022, p. 6) avancent qu'« en tant qu'art-thérapeute, nous savons à quel point les matériaux artistiques peuvent être puissants : leur potentiel de dérégulation est égal à leur potentiel pour générer des sensations » [traduction libre]. Ainsi, le potentiel sensoriel des matériaux, utilisé pour sa visée thérapeutique, pourrait aussi, sans les précautions nécessaires, constituer un certain danger. Par exemple, certains matériaux, tels que le tissu et l'argile, possèdent des qualités régressives qui peuvent ramener à des stades antérieurs de développement, ce qui peut s'avérer désorganisant au plan physiologique et psychologique pour certaines personnes (Homer, 2015; Elbrecht, 2013). L'argile, en particulier, peut exercer une stimulation excessive sur certaines personnes en raison de son immersion tactile (Elbrecht et Antcliff, 2014). Dans cet ordre d'idées, Elbrecht (2018) soutient que la peinture tactile peut être trop stimulante pour les survivantes d'agression sexuelle.

Pour réduire les risques de surstimulation ou de retraumatisation, trois stratégies principales se dégagent de la littérature : encourager l'exploration des matériaux d'art, monitorer les réponses du système nerveux autonome (SNA) en interaction avec ces derniers, et proposer des méthodes de régulation au besoin. Une première étape peut consister à développer une relation sécurisante avec les matériaux d'art (Haeyen et

Staal, 2021). À cet égard, explorer les matériaux de base au début de la thérapie pourrait permettre aux survivantes de se familiariser avec leurs caractéristiques, de développer une confiance en leur utilisation et d'identifier ceux qui procurent un sentiment de sécurité (*safe to touch*), par opposition à ceux qui sont trop stimulants pour elles (Hass-Cohen, 2016). Cette approche personnalisée permettrait de répondre aux besoins uniques des survivantes et à leur niveau de tolérance individuel.

De même, il est conseillé aux art-thérapeutes de surveiller attentivement les réactions des survivantes par rapport aux différents matériaux (Chesnot et Chidiac, 2020). Malchiodi (2020) suggère de suivre la fenêtre de capacité de la survivante en séance. Il est par exemple possible de voir des indicateurs qu'une émotion intense est présente en séance, car des signes physiques tels que la tension musculaire, la respiration accélérée et les battements de cœur plus rapides peuvent se transposer dans les productions artistiques (King et al., 2019). Hetherington et Gentile (2022) affirment que l'alliance de certains outils de l'approche du *Somatic Experiencing* et de l'art-thérapie peut être avantageuse afin d'identifier les signes physiologiques de l'état du système nerveux. Par exemple, utiliser la mesure *Subjective Units of Disturbance* (SUD) est une manière simple d'obtenir de l'information sur l'état du système nerveux d'une personne en lui demandant d'évaluer son niveau d'activation sur une échelle de 1 à 100 (Becker, 2015; Tobin, 2016).

De plus, adopter une certaine distance par rapport aux sensations lors de l'utilisation de matériaux sensoriels est recommandé. Il peut être utile de modérer la quantité de médium ou de l'utiliser avec le bout des doigts plutôt qu'avec toute la surface des mains (Elbrecht, 2018). L'auteure ajoute qu'avoir à disposition un moyen de se laver rapidement les mains des traces des matériaux est une bonne pratique à adopter.

Considérant que, malgré toutes précautions prises lors du travail des aspects corporels, une forme de dysrégulation est tout de même possible lors d'un tel processus d'art-thérapie, certains auteur-e-s proposent d'établir un plan de sécurité comprenant diverses stratégies prêtes à être déployées lors d'états de dysrégulation. Ce plan de sécurité contiendrait différentes stratégies de régulation affective (voir section 3.1.4.2.1 et annexe D). Hass-Cohen (2016), en basant ses recommandations sur la théorie polyvagale de Porges (2011), indique que les différentes techniques de régulation connues, telles celles d'ancrage, pourraient être inefficaces si la relation thérapeutique n'est pas suffisamment sécuritaire. En ce sens, la relation thérapeutique est un des canaux majeurs de développement du sentiment de sécurité (Crenshaw, 2006; Haeyen et Staal, 2021; Hogg, 2008; Huss et al., 2012; Malchiodi, 2020; Naff, 2014;

Rappaport, 2010; Wadeson, 2010). Il est donc essentiel de prioriser le développement de l'alliance thérapeutique avant de débiter un travail portant sur les sensations. Levine (2015) suggère que la relation thérapeutique peut agir comme une zone de sécurité, en cela que les survivantes peuvent alors 'penduler' entre le sentiment de sécurité généré par la relation et les sensations désagréables qu'elles peuvent ressentir dans le cadre du travail sur le trauma.

Considérant que plusieurs art-thérapeutes et chercheur·e·s proposent des visualisations guidées et des scans corporels dans le cadre du travail des aspects corporels du traumatisme, il nous apparaît important de mentionner certaines précautions et recommandations à cet égard. Rappaport (2010) souligne que les techniques de visualisation peuvent favoriser le sentiment de sécurité et faciliter la mise en image. Toutefois, surtout dans le contexte de traitement du TNS, les visualisations devraient se faire les yeux ouverts en début de thérapie, considérant l'hypervigilance présente. Pour ce qui est des scans corporels, aussi souvent mentionnés dans la littérature comme une bonne pratique, Goodarzi et al. (2020) recommandent de se concentrer uniquement sur les parties du corps non-sexué lors d'un scan corporel afin d'éviter d'éveiller des symptômes d'hyperactivation. En définitive, en tant que recommandation générale, ces mêmes auteur·e·s mentionnent qu'il est important, et même essentiel, d'encourager les survivantes d'agression sexuelle à cultiver l'autocompassion face à leur corps et à en prendre soin, car elles éprouveraient fréquemment un dégoût envers leur propre corps ou ressentiraient même la nécessité de le châtier en réaction à l'agression subie. Des visualisations guidées et des scans corporels axés sur l'autocompassion peuvent alors s'avérer utiles dans ce contexte. Finalement, bien que certaines techniques de respiration, notamment une expiration prolongée, aident à apaiser l'amygdale, elles pourraient aussi amener une expérience d'anxiété chez certaines survivantes en stimulant le complexe vagal dorsal lié aux réponses de survie du corps et aux traumatismes passés. Il est donc recommandé d'adopter une approche prudente de la respiration, en procédant graduellement avec des ajustements progressifs (Lanius et al. 2011; Ogden et Fisher, 2015; Teicher et al., 2006).

3.2.2.2 Cibles thérapeutiques liées aux émotions

Des précautions spécifiques s'imposent lors du travail sur les cibles thérapeutiques émotionnelles dans le traitement du TNS, particulièrement en ce qui concerne l'impact potentiel des matériaux d'art. Par ailleurs, des recommandations générales encadrant cette démarche sont également proposées dans la littérature.

Les auteur·e·s proposent diverses stratégies pour offrir une expérience d'expression émotionnelle sécuritaire. Certain·e·s proposent d'initier le traitement avec des matériaux dits résistants, tels des feutres, des crayons, ou d'autres matériaux offrant du contrôle et permettant une plus grande contenance (Fybish, 2019; Gerig Shelly, 2022; Rappaport, 2010). D'autres stratégies qui permettent de favoriser une exploration contrôlée des émotions, incluent des petits formats de papier (Malchiodi, 2020) et l'utilisation de contenants (Adeniyi, 2014; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lustman, 2007; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Pretorius et Pfeifer, 2010; Rappaport, 2010; Visser et Du Plessis, 2015). L'ajout de papier collant sur le pourtour des feuilles à la manière de Lucille Proulx, pionnière en art-thérapie au Québec, peut également avoir l'effet d'offrir un cadre plus structuré à l'expérience émotionnelle (Gerig Shelly, 2022). De plus, équilibrer les émotions difficiles avec des émotions plus agréables serait cohérent avec les recherches sur la neurobiologie du traumatisme, en cela qu'intégrer des thèmes centrés sur des émotions agréables ou associés à l'optimisme dans le traitement du traumatisme a été démontré comme bénéfique, et pourrait même atténuer la réactivité de l'amygdale (Blackwell et al., 2013; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen, 2016; Phelps et LeDoux, 2005). Pour favoriser l'équilibre émotionnel, il est suggéré d'ajouter des éléments plus positifs aux dessins imprégnés d'émotions douloureuses (Hass-Cohen, 2016). Une autre stratégie consiste à intégrer une couleur de guérison dans les productions artistiques, pour aider à réguler les émotions plus désagréables (Goodarzi et al., 2020; Hamel, 2021; Luzzatto et al., 2022). De plus, Malchiodi (2020) propose d'adapter le format de papier, en favorisant l'utilisation de grands formats pour explorer les émotions positives afin de les amplifier, mais de plus petits formats dans le but de contenir les émotions désagréables. Finalement, en ce qui concerne la confection de masques pour explorer l'expérience émotionnelle des survivantes, Fybish (2019) apporte une considération importante : il est essentiel d'éviter l'utilisation de bandelettes de plâtre directement sur le visage, car cette pratique pourrait induire un sentiment d'impuissance.

En ce qui concerne les recommandations générales qui se dégagent de la littérature, il ressort deux dimensions, soit l'utilisation du corps comme un point d'entrée pour aborder les émotions, ainsi que le travail sur les pensées qui pourraient nuire à l'accès aux émotions. Considérant que le corps est étroitement lié à l'aspect émotionnel de l'existence, plusieurs auteur·e·s l'utilisent comme un moyen d'explorer et de traiter les émotions en contexte traumatique. La représentation du corps vécu par des tracés du corps peut aider à l'expression des émotions, ainsi qu'à faciliter l'accès à des émotions qui n'ont jamais pu être exprimées jusqu'alors, et donc favoriser leur traitement (Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022). Mischke-Reeds (2018) insiste sur l'importance d'offrir de la compassion lors de l'émergence de

la honte en thérapie chez les survivantes. Elle recommande en ce sens de rester attentif aux sensations corporelles et d'éviter de nommer directement la honte, car cela pourrait l'intensifier chez les survivantes. Une approche douce et indirecte, comprenant des questions centrées sur les réactions corporelles, est donc préconisée. Mouck (2014), pour sa part, recommande de rester attentif aux aspects cognitifs qui pourraient freiner le processus thérapeutique entourant les émotions. L'auteure souligne l'importance d'aborder les pensées entourant l'expression des émotions, particulièrement les pensées entourant la colère, car il serait souvent difficile pour les survivantes de s'accorder le droit de les vivre et de les exprimer. Elle propose ainsi d'utiliser l'exploration des pensées et la psychopédagogie pour aider les survivantes à comprendre la fonction de ces émotions et pouvoir les travailler dans le cadre du processus de thérapie.

3.2.2.3 Cibles thérapeutiques liées aux cognitions

La littérature met en lumière plusieurs éléments clés à considérer pour éviter la retraumatisation lors du traitement des aspects cognitifs du TNS, particulièrement pendant le travail sur les souvenirs. Ces mesures concernent, en premier lieu, la posture adoptée par l'art-thérapeute. Par la suite, deux étapes préliminaires sont essentielles : déterminer le moment opportun pour débiter le travail des souvenirs et identifier les priorités à aborder. En complément, sept stratégies spécifiques à tenir en compte lors du traitement des souvenirs sont détaillées dans la section suivante.

3.2.2.3.1 Posture de l'art-thérapeute

Penchons-nous plus amplement sur le rôle spécifique de l'art-thérapeute dans l'accompagnement des survivantes d'agression sexuelle dans le cadre du travail des souvenirs traumatiques. L'art-thérapeute, lorsqu'il ou elle entre en contact avec les images des souvenirs traumatiques, joue le rôle du témoin. En observant ces représentations du monde intérieur des survivantes, l'art-thérapeute devient le témoin direct de leur expérience incarnée (Buk, 2009). Cette proximité lui confère un accès privilégié aux profondeurs de leur vécu, à leurs histoires et souvenirs, ce qui lui donne une posture singulière dans le processus thérapeutique. Dans cette dynamique, on recommande que l'art-thérapeute adopte une posture validante, normalisante, rassurante, flexible, empreinte de curiosité, d'humilité et d'acceptation inconditionnelle, offrant ainsi aux survivantes un regain d'agentivité, particulièrement dans le contexte délicat du travail des souvenirs.

Backos (2021, p. 132) décrit l'importance de la validation des expériences des survivantes en leur assurant qu'elles sont crues. Entendre des mots tels que « Je te crois » [traduction libre], lorsqu'elles partagent leurs souvenirs traumatiques peut être thérapeutique, renforçant à la fois le lien thérapeutique et le sentiment de sécurité. Ensuite, elle préconise une posture normalisante pour accompagner la narration non linéaire des souvenirs, rassurant ainsi les survivantes sur la nature fragmentée de ces souvenirs traumatiques. De la psychopédagogie sur la nature de ces mémoires peut alors être appropriée. Dans le prolongement de cette réflexion, Rankin et Taucher (2003) soulignent qu'il n'est pas nécessaire pour les survivantes de se remémorer de manière exhaustive l'événement, car les souvenirs peuvent parfois être flous. L'art-thérapeute peut adopter une posture rassurante, en expliquant que ce n'est pas indispensable pour que le processus thérapeutique soit efficace.

Hass-Cohen (2016) insiste sur l'importance pour l'art-thérapeute de ne pas exercer de pression pour obtenir un portrait détaillé de l'événement, afin de se concentrer sur les souvenirs significatifs. Une approche plus détendue et flexible est alors recommandée pour éviter de déclencher des réponses de survie du corps chez les survivantes. De plus, Backos (2021) souligne l'importance de la sensibilité culturelle dans l'exploration des aspects cognitifs du traumatisme, avançant que les schémas de pensées culturels peuvent influencer les pensées des survivantes, ce qui exige une posture de curiosité et d'humilité chez l'art-thérapeute. Une autre dimension à considérer est la posture à adopter lors de l'exploration de l'image créée en séance : il est crucial d'éviter toute interprétation des images et de privilégier plutôt l'utilisation de questions ouvertes. Cette approche, recommandée par Gantt et Tripp (2016), vise à respecter la perception des survivantes, à leur redonner du pouvoir d'agir et à éviter toute reconsolidation erronée des souvenirs. Enfin, l'acceptation inconditionnelle des images est également cruciale; cela peut encourager les survivantes à surmonter la peur de s'exprimer au sujet de l'agression (Winter et Coles, 2021).

3.2.2.3.2 Démarrage et priorisation du travail sur les souvenirs traumatiques

Avant d'entamer le travail sur les souvenirs, il est impératif de déterminer le moment opportun pour débuter et de clarifier les priorités. À quel moment les survivantes sont-elles prêtes à aborder le travail des souvenirs traumatiques? Pour répondre à cette question, Rankin et Taucher (2003) affirment qu'une évaluation préalable du degré de stabilisation des survivantes est essentielle. Cette évaluation implique de revenir, en début de chaque séance, sur les événements et symptômes survenus depuis la séance précédente. Par ailleurs, il est essentiel d'assurer un solide sentiment de sécurité et d'intégrer

adéquatement les outils de régulation émotionnelle avant de commencer ce travail. Une fois ces conditions réunies, il est essentiel de prioriser les souvenirs à traiter. Nous savons que la récupération des souvenirs traumatiques peut réveiller des expériences associées à des traumatismes antérieurs. Dans cette situation fréquente, Levine (2015) insiste sur l'importance de commencer par les souvenirs les plus récents, souvent à l'origine de la consultation. Cependant, Tinnin et Gantt (2013) recommandent d'identifier tous les événements traumatiques de la vie des survivantes, de les placer sur une ligne temporelle et de commencer par les traumatismes les plus anciens, y compris les préverbaux, si nécessaire. Cette approche permet aux survivantes de devenir des expertes de leur propre traitement, avec les mêmes outils applicables à chaque événement traumatique, rendant ainsi le traitement des traumatismes ultérieurs plus facile. Dans tous les cas, une approche centrée sur leurs besoins spécifiques est essentielle.

3.2.2.3.3 Stratégies à prioriser lors du travail sur les souvenirs traumatiques

Une fois le traitement des souvenirs amorcé, huit stratégies clés sont proposées par les auteur·e·s pour assurer une thérapie à la fois efficace et sécuritaire. Il est question ici d'adopter un rythme plus lent, de limiter la durée des séances d'exposition, d'accorder une importance particulière à la séquentialité et à la temporalité, à miser sur l'intégration de nouvelles informations lors de la reconsolidation, à utiliser des stratégies de répétition, à porter une attention particulière à la fenêtre de tolérance et à intégrer un aspect verbal à la thérapie. Penchons-nous plus amplement sur chacune d'entre elles.

En premier lieu, il est suggéré d'adopter un rythme lent. En fait, les arts offrent la possibilité d'adopter un rythme plus lent lors du travail des souvenirs traumatiques par rapport aux images mentales, qui peuvent se succéder à un rythme rapide et entraîner des états d'hyperactivation (Breed, 2013). Pour éviter une dysrégulation du SNA, Malchiodi (2020) avance que permettre aux survivantes de raconter leur histoire à leur propre rythme est particulièrement important dans le cas d'agression sexuelle. Une bonne pratique à adopter est alors d'informer les survivantes qu'elles peuvent y aller à leur rythme et qu'elles peuvent arrêter le travail narratif à tout moment si elles en ressentent le besoin (Hass-Cohen, 2016). Ensuite, les questions durant l'exploration du narratif peuvent permettre aux survivantes de ralentir le rythme de partage de leur récit et prévenir une retraumatisation (Steele et Kuban, 2012). Se concentrer sur un processus créatif et sur une image à la fois est également recommandé, car la mise en images prend du temps et peut être aidante (Breed, 2013).

Steele et Kuban (2012) recommandent également d'adopter un rythme plus lent pour prévenir une surcharge émotionnelle et une dysrégulation du SNA. Ils soulignent l'importance d'une structure définie, impliquant un exercice spécifique à la fois pour renforcer le sentiment de sécurité et pour réduire les risques de retraumatisation. Concernant le traitement des cauchemars, Haeyen et Staal (2021) notent qu'une structure doit permettre aux survivantes de rester dans leur fenêtre de capacité. Ils suggèrent d'expliquer minutieusement les instructions, en mettant l'accent sur la raison derrière les interventions.

En deuxième lieu, il est important de limiter la durée des périodes d'exposition aux souvenirs. Plusieurs auteur·e·s mettent en garde contre le risque de retraumatisation lié à une exposition prolongée aux souvenirs traumatiques (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Kindt et al. 2009; Pedreira et al., 2004). Pour atténuer ce risque, il s'agit de limiter la durée maximale de l'exposition à une heure (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Lane et al., 2015). Si le niveau d'activation semble trop élevé, Hass-Cohen et Clyde Findlay (2019) suggèrent de raccourcir les séances. Dans le cadre du traitement des cauchemars, Versluys (2021) propose des périodes d'exposition par l'image de courte durée, particulièrement adaptées aux personnes souffrant de TSPT sévère ou en phase de stabilisation. De même, Becker (2015), dans son programme pour les survivants d'abus sexuel dans l'enfance, préconise des sessions d'exposition par l'écriture limitées à 20 minutes, en tenant compte des réactions physiologiques et émotionnelles.

En troisième lieu, il est important d'axer sur les stratégies d'encodage du souvenir dans le passé. On l'a vu dans la cible thérapeutique sur le développement d'un narratif, il est crucial de recontextualiser l'événement traumatique en le situant sur un continuum temporel par le biais de l'identification de l'événement sur une ligne du temps, de l'ajout de la date de l'événement dans l'image et de la mise en image en noir et blanc du récit pour évoquer le passé (Gray et Liotta, 2012, cités dans Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Rankin et Taucher, 2003). Cette démarche replace l'événement dans le passé, afin d'éviter une reconsolidation négative des souvenirs, comme s'ils représentaient toujours une menace (Hass-Cohen, 2016).

En quatrième lieu, il est suggéré de miser sur l'intégration de nouvelles informations. Dans le cadre du travail des souvenirs traumatiques, la modification des productions artistiques implique souvent l'ajout de nouvelles informations mettant l'accent sur les capacités de résilience et les forces des survivantes. Cette démarche permet aux survivantes de reprendre le contrôle de leur récit, réduisant ainsi les réponses de peur, d'hyperactivation et de dissociation (Boudrias, 2021; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Tripp, 2007, 2012, 2016; Visser et Du Plessis, 2015). En ce qui concerne les

cauchemars, certains ajustements sont également envisageables dans le but de redonner du pouvoir d'agir aux survivantes (Hamel, 2022; Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024; Versluys, 2021).

En cinquième lieu, il est recommandé d'utiliser la répétition. En fait, la répétition d'une consigne ou la contemplation répétée d'une production artistique offre des avantages dans le traitement des aspects cognitifs du traumatisme, encourageant la neuroplasticité (King et al., 2019). D'abord, la répétition d'une consigne artistique peut favoriser une restructuration cognitive en revisitant l'histoire traumatique (Hass-Cohen et al., 2014). Ensuite, prendre une photo de l'image créée et la placer dans un endroit visible pour une observation répétée peuvent faciliter le processus de changement au niveau des souvenirs traumatiques et favoriser l'encodage du nouveau souvenir (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020). On l'a vu, cette stratégie peut également contribuer au travail sur les cauchemars (Haeyen et Staal, 2021; Versluys, 2021).

En sixième lieu, maintenir la fenêtre de capacité tout au long du travail des souvenirs est une priorité. En ce sens, les recherches proposent plusieurs recommandations en lien avec les interventions sur le plan du travail des souvenirs; toutes chapeautées par le concept de régulation émotionnelle. Il s'agit de trouver la bonne distance émotionnelle et d'offrir une expérience contenue et sécuritaire lors du travail des souvenirs traumatiques afin d'éviter une retraumatisation. Pour ce faire, plusieurs stratégies peuvent être mises en place.

Tout comme pour le travail des émotions, lorsqu'il est question du travail des souvenirs, certains auteur·e·s proposent différentes techniques pour créer une distance sécuritaire comme dessiner sous un mode « observateur », à vol d'oiseau ou encore la technique bilatérale de double-attention (*dual awareness*). Celles-ci peuvent à la fois diminuer l'anxiété, favoriser la régulation durant la création et l'exploration des images et une plus grande contextualisation de l'événement (Gantt et Tinnin, 2009; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Howie 2016; Steel et Kuban, 2012). La double-attention, lors de la procédure bilatérale, crée un effet de détachement vis-à-vis des souvenirs traumatiques, amenant une observation plus distanciée (Tripp, 2016). En se concentrant à la fois sur le souvenir traumatique et sur les mouvements bilatéraux, cette approche aide les survivantes à adopter un point de vue d'observatrice. Ainsi, elles peuvent regarder leur traumatisme de loin, tout en prenant conscience des pensées ou des sentiments qui surviennent, sans s'y identifier (Lee, 2008; Solomon et Shapiro, 2008; Tinnin et Gantt, 2013; Tripp 2016).

Ensuite, les symboles, les personnages et les métaphores jouent un rôle crucial dans l'intégration des souvenirs traumatiques, offrant une distance émotionnelle sécuritaire et permettant aux survivantes de

reconnecter avec des parties dissociées d'elles-mêmes ou des souvenirs oubliés, de les réorganiser de manière cohérente (Avrahami, 2006; Malchiodi, 2020; Patrick, 2021; Stace, 2014). En ce sens, la symbolique joue un rôle essentiel dans l'intégration des souvenirs traumatiques et dans la modulation des états d'activation associés à leur évocation (Malchiodi, 2020; Patrick, 2021).

De plus, deux types de stratégies de régulation ressortent de la littérature. La première consiste à utiliser des stratégies de distanciation émotionnelle. Afin de créer une distance émotionnelle confortable vis-à-vis du récit traumatique, on préconise d'opter pour une narration à la troisième personne (Malchiodi, 2020). Cette approche est soutenue par plusieurs études (Kross et al., 2014; Moser et al., 2017; Wisco et al., 2015). Les travaux de Wisco et al. (2015) ont mis en évidence une corrélation entre la narration du trauma à la première personne et une réactivité physiologique accrue, caractérisée notamment par une augmentation plus prononcée du rythme cardiaque par rapport à la narration à la troisième personne. Dans cet ordre d'idées, Gantt et Tinnin (2009) recommandent que l'art-thérapeute raconte l'histoire des survivantes à celles-ci. Pour poursuivre, la deuxième méthode consiste à utiliser des stratégies de régulation. Hass-Cohen (2016) souligne le risque de raviver les réponses de peur de l'amygdale lors de la réactivation des souvenirs. Ainsi, des stratégies de régulation sont indispensables à ce stade du traitement, car elles aident les survivantes à s'auto-réguler, tout en préservant leur sentiment de contrôle (Haeyen et Staal, 2021; Schouten et al., 2019). Étant donné l'intense charge émotionnelle associée aux souvenirs traumatiques, les stratégies de régulation affective, précédemment évoquées (sections 3.1.4.2.1 et annexe D), sont également pertinentes (Gantt et Tinnin, 2007a; Murray et al., 2017; Pifalo, 2007). Parmi elles, l'accent est mis sur la contenance et l'utilisation d'outils tels que l'oscillation et l'ancrage.

En effet, plusieurs auteur-e-s suggèrent de miser sur la fonction de contenance pour minimiser les risques de retraumatisation. Par exemple, Rankin et Taucher (2003) proposent de créer une boîte ou une page couverture pour contenir visuellement le récit traumatique. Dans le traitement des cauchemars, Hamel (2022) recommande la création d'une « boîte à cauchemar », un contenant dédié aux écrits et aux images liés au cauchemar. De plus, on conseille de doser la quantité de matériaux d'art et d'utiliser des matériaux offrant un certain contrôle comme des crayons (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019). De plus, les auteur-e-s insistent tout particulièrement sur les techniques d'oscillation et d'ancrage (*grounding*). Sur le plan de l'oscillation, il existe plusieurs manières de faire. Tripp (2016) propose une forme d'oscillation entre une image traumatique et une image relaxante pour rester dans la fenêtre de capacité. Ce processus peut également agir comme une stimulation bilatérale facilitant l'accès aux souvenirs traumatiques. Schouten et al. (2019) recommandent d'alterner entre les souvenirs positifs et traumatiques, avec une dernière

séance axée sur la mise en images d'un souvenir positif. Une autre stratégie consiste à créer des représentations des ressources des survivantes conjointement aux images traumatiques, afin de moduler l'impact des symptômes traumatiques (Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019).

Quant aux stratégies d'ancrage, toutes les suggestions de la cible portant sur la régulation affective (section 3.1.4.2.1), peuvent se révéler pertinentes. On peut mettre sur pause le travail des souvenirs et des cauchemars durant une séance pour faire appel aux stratégies d'ancrage et ainsi retourner dans la fenêtre de capacité (Haeyen et Staal, 2021). Aussi, terminer la séance en soulignant les forces et outils utilisées peut permettre aux survivantes de repartir avec le sentiment d'être ancrées (Rankin et Taucher, 2003). Une bonne pratique consiste également à terminer ces séances par des exercices de relaxation (Schouten et al., 2019).

En septième lieu, les auteur·e·s insistent sur l'importance d'intégrer une dimension verbale au travail des souvenirs. En effet, l'aspect verbal revêt également une grande importance. L'intégration de l'expression artistique des souvenirs traumatiques avec une analyse cognitive et verbale peut réduire significativement le risque de retraumatisation (Chapman, 2013; LeDoux, 2003). En addition, l'aspect verbal peut permettre l'encodage du traumatisme dans la mémoire explicite (Armstrong, 2013; Lubow, 2009; Malchiodi, 2012a, 2020). Ainsi, il est essentiel d'explorer les productions artistiques de manière verbale pour faciliter le processus thérapeutique.

Finalement, afin d'évaluer la fin du travail des souvenirs, Hass-Cohen (2016) propose plusieurs critères pour distinguer la mémoire traumatique de la mémoire autobiographique, notamment la cohérence, l'organisation temporelle et spatiale, et la réduction des réactions sensorielles lors de l'évocation des souvenirs. De plus, afin de maintenir les progrès réalisés et minimiser le risque de rechute, Neff et al. (2007) (cités dans Hass-Cohen, 2016) recommandent de cultiver l'autocompassion. Étant donné la réactivité persistante de l'amygdale aux stimuli rappelant le traumatisme, même après des années, certaines situations peuvent occasionnellement déclencher des états de peur. Dans ces moments, réagir avec l'autocompassion reste bénéfique pour les survivantes.

Maintenant que nous avons exploré les précautions et recommandations liées au travail sur les trois grandes cibles thérapeutiques en art-thérapie dans le traitement du TNS, approfondissons les lacunes des principaux ouvrages recensés ainsi que les limites méthodologiques de ceux-ci.

3.2.3 Lacunes des ouvrages recensés

L'analyse de la littérature a révélé certaines lacunes dont certaines ont été soulevées dans la section discussion (section 3.1.5). Nous avons remarqué un manque d'informations sur certains sujets. Plus spécifiquement, on note l'absence de certaines recommandations essentielles lors du travail des aspects corporels du traumatisme, une absence de propositions artistiques sur le thème de la sexualité, une rareté d'écrits abordant l'approche féministe et un manque significatif d'informations sur la population masculine.

Tout d'abord, il est à noter que la littérature ne formule pas de recommandations explicites concernant l'implication directe du corps dans le processus créatif. Ce point concerne spécifiquement les propositions art-thérapeutiques visant la réappropriation du corps et la corporéité. Comme nous l'avons observé, ces approches incluent des techniques où le corps peut être partiellement moulé ou tracé dans son intégralité par l'art-thérapeute. Bien que ces pratiques puissent offrir des bénéfices considérables, elles comportent également le risque de déclencher des états de dysrégulation importants. À cet égard, il nous semble crucial d'établir une alliance thérapeutique solide, ainsi que de privilégier le consentement éclairé avant et tout au long de l'exercice.

Ensuite, la sexualité est souvent un aspect négligé dans les écrits. Aborder cet aspect visuellement sans être intrusif est difficile, et aucune étude répertoriée ne se penche sur l'apport de l'art-thérapie dans le traitement de problèmes sexuels spécifiques découlant d'une agression sexuelle. Pour cette raison, nous avons adopté une position conservatrice en ne proposant pas de consignes artistiques pour la dimension de la sexualité dans notre répertoire d'interventions art-thérapeutiques.

De plus, les approches féministes en art-thérapie sont très peu citées dans les études répertoriées. Nous avons identifié seulement trois écrits dont les propositions reposent essentiellement sur une approche féministe (Edwards, 2007; Huss et al., 2012; Wakerley, 2008). Ces approches sont intégrées dans certaines propositions sans être explicitement nommées. Les auteur-e-s discutent souvent du « pouvoir d'agir » de manière générale et abordent la déconstruction du blâme et de la honte vécue par les victimes, sans nécessairement nommer les systèmes d'oppression sous-jacents, comme la société patriarcale. Soulignons que le manque d'écrits contemporains sur ces approches nous a conduits à ne pas les répertorier comme une des grandes approches dans le traitement du TNS dans le premier chapitre.

On note également un manque notable d'études concernant la population masculine. Une seule étude (Hogg, 2018), menée dans le cadre d'une recherche doctorale, est spécifiquement axée sur les hommes, soulignant que les études ne sont pas assez spécifiques pour aborder les divers enjeux que peuvent rencontrer les hommes, en raison de la rareté des travaux dans ce domaine.

Enfin, on compte souvent un manque d'informations dans certaines études, notamment sur le « comment » et le « pourquoi » des interventions. Comme le soulignent, Bowen-Salter et al. (2022), le manque de détails à ces niveaux rend difficile l'évaluation des effets d'une intervention. Ainsi, dans les cibles thérapeutiques portant sur la réappropriation du corps, les détails sur la manière dont les survivantes se sont réapproprié leur corps et les facteurs ayant conduit à ces conclusions sont souvent peu nombreux. La plupart des études ne justifient pas non plus l'utilisation spécifique de certains matériaux d'art, ce qui complique l'évaluation de leur impact. Par exemple, Lubow (2009) utilise des pastels à l'huile pour exprimer diverses émotions, sans expliquer clairement ces choix, rendant ainsi difficile l'évaluation du rôle de ces matériaux dans les interventions art-thérapeutiques. Il se peut que les art-thérapeutes aient offert les matériaux qui étaient disponibles, ce qui expliquerait la surreprésentation de l'utilisation du dessin dans de nombreuses cibles thérapeutiques. Parfois, les matériaux ne sont pas spécifiés, et nous avons dû déduire s'il s'agissait de matériaux 2D ou 3D en fonction du contexte. Il est possible que les art-thérapeutes aient adopté une approche moins directive, permettant aux survivantes de choisir leurs propres matériaux, ce qui expliquerait le manque de précision à cet égard.

3.2.3.1 Limites méthodologiques des ouvrages recensés

Les études recensées comportent des limites méthodologiques importantes qui compromettent les conclusions. On parle ici des échantillons (taille), de l'absence de suivi post-traitement et de groupe contrôle, de la difficulté à délimiter l'impact de l'art-thérapie lorsqu'elle s'inscrit dans une offre de soins diversifiés et des interventions art-thérapeutiques qui sont offertes par des professionnel-le-s qui ne sont pas des art-thérapeutes professionnel-le-s.

Les recherches en art-thérapie incluent rarement des échantillons de plus de 10 participant-e-s (par exemple, Hass-Cohen et al., 2014; Goodarzi et al., 2020; Luzzatto et al., 2022; Versluys, 2021). En fait, de nombreux écrits constituent des études de cas se concentrant sur un.e participant.e. ce qui limite la généralisation des résultats (par exemple, Alfred, 2019; Hamel, 2021; Huss et al., 2012; Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016; Rosen Saltzman et al., 2013; Stace, 2014). Ces auteur-e-s notent également cet élément dans leurs limites. Plusieurs recherches ne peuvent être qualifiées de recherche empirique et

les observations sont anecdotiques, n'ayant pas fait l'objet de mesures adéquates. Les échantillons manquent parfois de diversité, limitant les généralisations à certains groupes d'individus. En ce sens, les études ne tiennent pas toujours compte des facteurs de diversité et de leurs intersections, comme les aspects culturels, les orientations sexuelles, l'expression de genre, la religion ou les handicaps. Bien que de nombreuses études proviennent d'Iran, de Tanzanie, d'Israël, des Pays-Bas ou d'Australie, la majorité sont constituées de femmes des sociétés occidentales. À ce sujet, Hogg (2018) est l'une des rares études notée pour sa diversité ethnique. De plus, une seule étude souligne la diversité d'orientation sexuelle dans son échantillon (Dutton et al., 2023).

Bon nombre d'études souffrent de l'absence de groupe contrôle et de suivi à long terme post-intervention. Baker et al. (2018), dans leur revue systématique sur l'efficacité des thérapies par les arts pour traiter le TSPT chez l'adulte, soulignent cette lacune, indiquant que sans ces éléments, il est difficile de déterminer l'impact réel des interventions à long terme. En addition, il est parfois complexe de délimiter la contribution spécifique de l'art-thérapie. Par exemple, certaines études, comme celle de Dutton et al. (2023), présentent des ateliers dirigés par divers types de clinicien·ne·s, ce qui complexifie l'évaluation de l'impact exclusif de l'art-thérapie. Bien que ces recherches soient souvent bien menées, comme celle de Lyshak-Stelzer et al. (2007) qui a reçu une mention de prestige en 2007 par l'AATA, l'art-thérapie n'est souvent pas le seul traitement en cours. Cela est également vrai pour l'étude de Gantt et Tinnin (2007a), qui offrait parallèlement de l'hypnose.

La sélection des thérapeutes réalisant les interventions art-thérapeutiques est une autre limite. Certains ne sont pas des art-thérapeutes certifié·e·s et ont parfois reçu une formation très brève dans ce domaine (par exemple, Goodarzi et al., 2020; Zielona-Jenek et al., 2019). Nous avons tout de même conservé ces études, car elles renferment diverses forces. Par exemple, la recherche de Goodarzi et al. (2020) inclut un pré-test et un post-test, un suivi post-traitement, un groupe contrôle et un échantillon plus grand que la moyenne (n=16 personnes). L'étude de Zielona-Jenek et al. (2019) inclut également un pré et post-test et un échantillon de 21 personnes, tout en prenant en compte la thérapie suivie ailleurs par leurs participant·e·s avant leur traitement.

Maintenant que nous avons fait le tour de la question concernant les cibles thérapeutiques en art-thérapie dans le traitement du TNS, penchons-nous sur le potentiel du Continuum des Thérapies Expressives comme modèle intégratif.

CHAPITRE 4

DISCUSSION PARTIE 1 : LE CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES COMME MODÈLE INTÉGRATIF POUR LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE

Dans le premier article, les cibles thérapeutiques en art-thérapie dans le traitement du traumatisme de nature sexuelle sont présentées et discutées. Des recommandations pour des recherches futures y sont formulées, notamment l'exploration du développement d'un modèle intégratif incorporant les notions essentielles abordées. Le premier article constitue ainsi un tremplin vers le présent chapitre, qui propose le Continuum des Thérapies Expressives (CTE) comme modèle intégratif, désigné comme le CTE-TNSA (Continuum des Thérapies Expressives pour le traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte). Tout d'abord, un deuxième article scientifique est présenté. Celui-ci examine le CTE comme un cadre réunissant et articulant les notions des différentes approches au sein d'un modèle unique. Il se positionne sur l'apport du modèle pour chacune des dix sous-cibles thérapeutiques définies dans le premier article (chapitre 3). Il met également en avant ses avantages, tels qu'un traitement personnalisé, sécuritaire et global. Des recommandations pour approfondir la recherche sur ce modèle sont également discutées. L'article recommande notamment l'élaboration d'un répertoire d'interventions art-thérapeutiques, qui se trouve à l'annexe E de cette thèse. Finalement, en raison de la limite de mots établie par la revue, certains éléments n'ont pu être approfondis dans l'article. Ce chapitre présente donc des informations supplémentaires sur les éléments discutés dans l'article, afin de renforcer le rationnel soutenant notre proposition du CTE comme modèle intégratif.

Note. Cet article a été soumis à la *Revue Canadienne d'art-thérapie : recherche, pratiques et enjeux* en septembre 2024.

4.1 Deuxième article scientifique; Le Continuum des Thérapies Expressives comme modèle intégratif pour le traitement du traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte (CTE-TNSA)

4.1.1 Résumé

Cet article propose le Continuum des Thérapies Expressives (CTE) comme modèle intégratif pour le traitement du traumatisme de nature sexuelle (TNS) chez l'adulte. Ses fondements combinent et organisent les notions de diverses orientations théoriques. Ce faisant, il englobe les méthodes issues des différentes approches art-thérapeutiques (ascendantes, hybrides et descendantes) proposées comme traitement contemporain du TNS. L'article soutient que le CTE est particulièrement apte à réunir et articuler les notions de ces approches au sein d'un modèle unique, désigné ici comme le CTE-TNSA. S'appuyant sur les écrits existants, cet article vise à contribuer au domaine de l'art-thérapie en fournissant aux art-thérapeutes un cadre de traitement du TNS qui se distingue par sa capacité à s'adapter aux besoins spécifiques des survivant·e·s, leur permettant d'identifier un point d'entrée thérapeutique approprié et de fournir des lignes directrices pour un traitement personnalisé, sécuritaire et global. Son apport unique est présenté sous l'angle des cibles thérapeutiques contemporaines couvrant les aspects corporels, émotionnels et cognitifs dans le traitement du TNS. L'article souligne la pertinence d'explorer davantage le CTE-TNSA et recommande l'élaboration d'un répertoire d'interventions personnalisables offrant à l'art-thérapeute et aux survivant·e·s une base dynamique sur laquelle s'appuyer pour développer des interventions adaptées.

4.1.2 Introduction

Le Continuum des Thérapies Expressives (CTE), développé par Kagin et Lusebrink en 1978, est un cadre flexible pour intégrer l'art en thérapie. Ce modèle panthéorique suscite l'intérêt de figures influentes dans le domaine de l'art-thérapie et des traumatismes, comme Noah Hass-Cohen, Cathy Malchiodi, Cornelia Elbrecht, Tally Tripp, Christopher Belkofer et Emily Nolan qui en discutent dans leurs écrits. Il se distingue par son influence des notions de diverses approches (humanistes, cognitives...) et par l'intégration des contributions déterminantes des pionnières en art-thérapie dans le champ du traumatisme telles que Florence Cane, Margaret Naumburg et Edith Kramer (Hinz, 2019). Dépeint comme *Neuroscience-informed* (Belkofer et Nolan, 2016), s'appuyant sur la neurobiologie de l'art-thérapie (Kapitan, 2014) pour développer ces interventions, et *Trauma-Informed*³ par Malchiodi (2020), il rassemble et articule diverses méthodes pour traiter le traumatisme en combinant celles des approches ascendantes axées sur le corps

³ Les approches dites *Trauma-Informed* sont centrées sur la personne et la collaboration. Elles portent une attention particulière à la diversité culturelle, au sentiment de sécurité et à la prévention de la retraumatisation (SAMHSA, 2014).

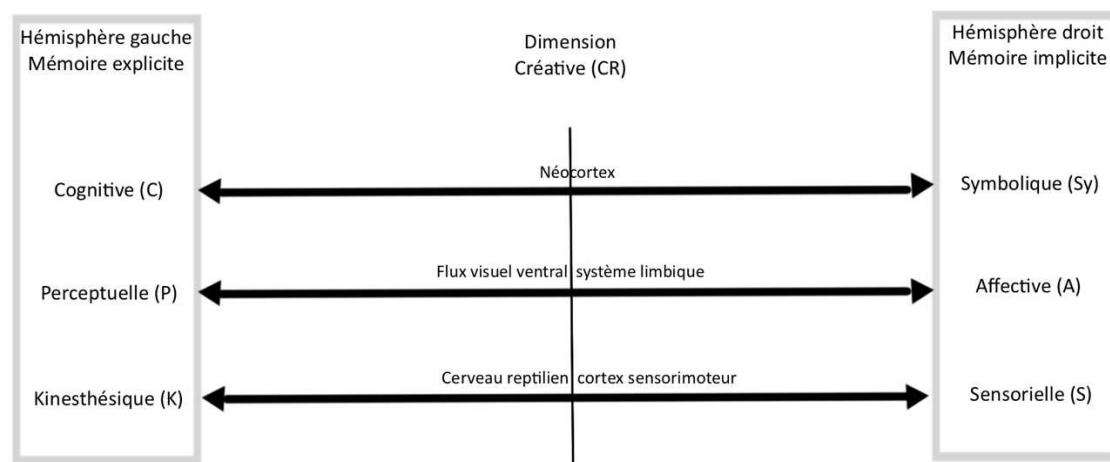
avec des approches descendantes, ciblant les aspects cognitifs dans un cadre adaptable à diverses orientations théoriques (Chapman, 2013; Elbrecht, 2018; Kolodny, 2020; Hetherington et Gentile, 2022; Malchiodi, 2020; McGhee, 2018; Sheehan-Klein, 2024; Stickley et Wolf, 2021; Stockburger, 2021; Taylor, 2019). Il se positionne ainsi comme un cadre rassembleur pour les art-thérapeutes (Riccardi et Rodrigues, 2023). L'étude de McGhee (2018) a révélé que 69 % des art-thérapeutes préfèrent le CTE pour le traitement des traumatismes. De ce fait, Patrick et Pinna-Perez (2019) estiment qu'il mérite d'être exploré davantage pour son apport auprès des populations traumatisées. Comme traitement possible du traumatisme de nature sexuelle (TNS) chez une clientèle mineure (Lusebrink et al., 2013; Lusebrink et Hinz, 2016), quelques pistes d'interventions sont fournies par des auteures qui suggèrent que le modèle pourrait être adapté aux adultes. Cet article vise à fournir aux art-thérapeutes un cadre qui articule les notions clés du traitement du TNS chez l'adulte pour faciliter le développement de traitements personnalisés, sécuritaires et globaux. Désigné ici comme le CTE-TNSA, il est présenté sous l'angle des cibles thérapeutiques contemporaines dans le traitement du TNS chez l'adulte, couvrant les aspects corporels, émotionnels et cognitifs tels qu'identifiés par Hébert et Plante (sous presse).

4.1.3 CTE-TNSA; présentation

Le CTE permet aux art-thérapeutes de concevoir le processus thérapeutique de manière holistique en tenant compte des dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives d'un individu (Lusebrink et Hinz, 2016; Riccardi et al., 2014). Le modèle stipule que la manière dont une personne traite l'information pour former des images durant ses interactions avec des matériaux d'art reflète son mode de fonctionnement dans la vie quotidienne. Cette théorie est représentée par un schéma comportant trois niveaux bipolaires et une dimension créative (Figure 1) (Hinz, 2019; Hinz et al., 2022). Le premier niveau Kinesthésique/Sensoriel (K/S) fait appel à un traitement de l'information sensorimoteur. La composante K est caractérisée par les mouvements pouvant se traduire par des gribouillis (Riccardi et al., 2014), tandis que la composante S, axée sur les sens, peut se manifester par une utilisation sensorielle des matériaux. Le deuxième niveau Perceptuel/Affectif (P/A) se concentre sur le traitement de l'information émotionnel. La composante perceptuelle (P), liée à la perception visuelle, s'exprime par des éléments formels dans les images et la composante affective (A), reflète l'émotion pure, ressentie et exprimée par l'art (Hinz, 2019). Le troisième niveau, Cognitif/Symbolique (C/Sy), traite de l'information cognitive. La composante cognitive (C) se manifeste par une pensée rationnelle, utilisée entre autres pour la résolution de problèmes dans des tâches créatives en plusieurs étapes. La composante symbolique (Sy) correspond à une pensée intuitive, mise en œuvre à travers des symboles dans les images (Hinz, 2019). Les niveaux sont

développementaux et hiérarchiques, allant du plus primitif au plus complexe (Hinz, 2019). La dimension créative, pouvant émerger de chaque composante, agit comme le moteur des changements thérapeutiques. Elle décrit un fonctionnement créatif, associé notamment à moments d'expression par l'art conduisant à l'autoactualisation et des expériences de *flow* (Hinz et al., 2022). Elle peut, entre autres, être encouragée par l'engagement de la zone de transition créative (Cr) activée par l'interaction des composantes d'un niveau. Cette zone favoriserait également la régulation corporelle et affective (Hinz, 2019).

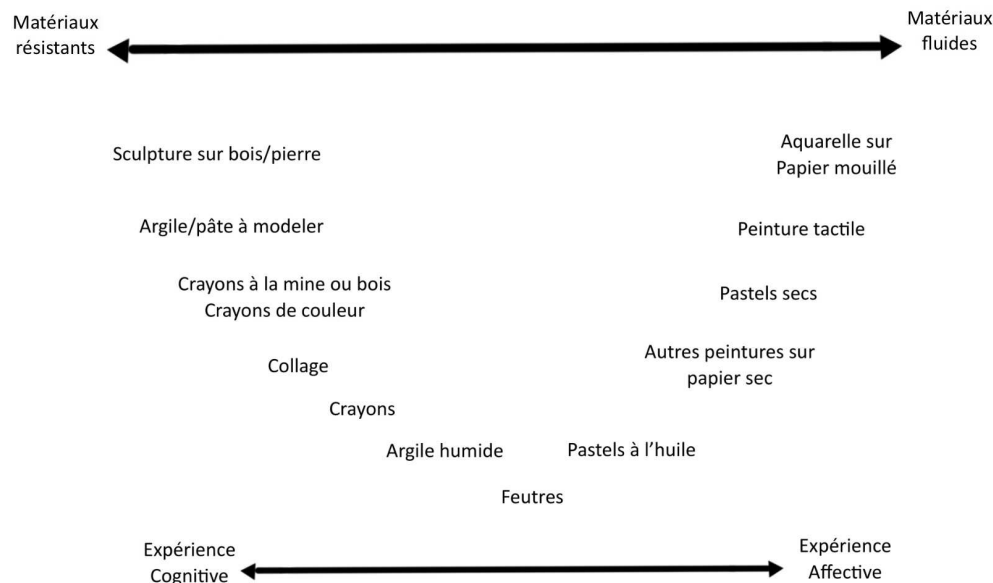
Figure 4.1 Schématisation hiérarchique du modèle du CTE



Inspirée de Hinz (2019, p. 5) et de Lusebrink (2010)

Une personne a besoin de vivre des expériences par toutes ces composantes pour être en équilibre. Le traumatisme peut créer un déséquilibre. Or, par les arts, ces composantes peuvent être sollicitées et travaillées (Lusebrink et Hinz, 2016). Le travail en thérapie se transpose ensuite dans la vie quotidienne (Hinz, 2019). L'évaluation initiale du CTE identifie le type de traitement de l'information préféré par les survivant·e·s qui servira de point d'entrée au traitement (Van Meter et Hinz, 2024), pour trouver une voie accessible pour aborder le traumatisme (Belkofer et Nolan, 2016). Ce processus permet d'élaborer un plan de traitement collaboratif et évolutif (Hinz, 2019), minimisant le risque de préjudice. Les interventions sont co-développées en fonction des caractéristiques des matériaux d'art et de leurs effets potentiels sur la personne (Figure 2), tout en prenant en compte les besoins de complexité et de structure des propositions artistiques (MDV) (Kagin, 1969). Les interventions peuvent cibler un niveau ou une composante spécifique, chacun jouant un rôle particulier dans le traitement du TNS (Lusebrink et Hinz, 2016).

Figure 4.2 Caractéristiques des matériaux d'art de résistant/cognitif à fluide/affectif



Traduction libre de Hinz (2019, p. 27, figure 3.1)

4.1.4 CTE-TNSA; cibles thérapeutiques

Les dix cibles thérapeutiques du TNS, identifiées par Hébert et Plante (sous presse), couvrant les dimensions corporelles, émotionnelles et cognitives, sont examinées à travers le prisme du CTE. L'intégration du CTE permet d'adapter les interventions aux besoins individuels et à la disponibilité de la personne à entreprendre le travail (Hinz, 2019). Chaque intervention peut ainsi être personnalisée selon les composantes bloquées, négligées ou surutilisées, et abordée de manière ascendante, descendante ou au même niveau.

4.1.4.1 Cibles thérapeutiques corporelles

Les cibles thérapeutiques portant sur les aspects corporels du TNS visent à restaurer un sentiment de sécurité dans le corps, à apprendre à se réguler corporellement, à développer une meilleure conscience du corps et, finalement, à se le réapproprié (Hébert et Plante, sous presse). L'implication du corps, du mouvement et des sens dans le cadre du CTE peut être particulièrement bénéfique pour travailler ces différentes cibles (Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016).

Le sentiment de sécurité, prioritaire en raison de l'impact de l'agression et des symptômes associés (Brillon, 2017), constitue une cible transversale dans le modèle. À travers des interventions artistiques

prenant en compte la structure, la complexité et les matériaux (MDV), l'art-thérapeute et la personne se concentrent sur le sentiment de sécurité tout au long des changements thérapeutiques (Graves-Alcorn et Kagin, 2017). Les propositions artistiques courantes pour travailler cette cible consistent en la représentation d'un lieu sécurisant ou du sentiment corporel (*felt sense*⁴) de sécurité (Hébert et Plante, sous presse). Le CTE permet d'adapter l'approche aux préférences des survivant·e·s, facilitant le travail de cette cible dès le début du processus thérapeutique : une personne à l'aise avec le symbolisme pourrait créer un lieu imaginaire évoquant la sécurité, tandis qu'une autre, prête à explorer corporellement, pourrait représenter la sensation corporelle.

Pour renforcer ce sentiment, les survivant·e·s apprennent également à se réguler corporellement (Ogden et al., 2021). Des interactions vigoureuses avec des matériaux résistants, des activités bilatérales pour décharger l'énergie, et l'utilisation de matériaux sensoriels apaisants sont recommandées (Hébert et Plante, sous presse). Ces méthodes issues des thérapies ascendantes (Elbrecht, 2018) et inspirées par Florence Cane, qui a introduit la stimulation bilatérale à deux mains (Malchiodi, 2016), s'alignent avec le niveau K/S. Le CTE propose en plus des mouvements répétitifs (rythmes de guérison), qui soutiennent la régulation autonome (Hinz, 2019). La zone de transition créative du niveau K/S (CrK/S) aide à modérer l'intensité des sensations ressenties par le mouvement et apaise l'activation provoquée par la décharge d'énergie à travers des expériences sensorielles. Ce processus, faisant écho aux principes de pendulation⁵ (Levine, 2010) et de double attention (Rothschild, 2000)⁶, pourrait permettre aux survivant·e·s de rester dans leur fenêtre de tolérance (Siegel, 1999)⁷.

Pour identifier leur niveau d'activation corporelle et apprendre à ressentir leur corps en toute sécurité, les survivant·e·s bénéficient d'interventions visant à accroître leur conscience corporelle (Ogden et al., 2021). Elle peut être développée par des techniques de pleine conscience (Hébert et Plante, sous presse). Un exemple est l'exercice de peinture tactile proposé par Hinz (2019), où l'on touche un papier lisse en

⁴ Le *felt sense* est un concept issu de la thérapie focusing, développée par Eugene Gendlin dans les années 1960. Il décrit une sensation corporelle « vivante » et subtile qui contient des informations cruciales à propos de l'expérience émotionnelle et psychologique d'une personne. C'est une forme de connaissance corporelle implicite qui, lorsqu'explorée, peut permettre de générer du sens.

⁵ La pendulation implique d'alterner entre des sensations liées aux expériences traumatiques et des sensations agréables ou neutres pour apaiser le système nerveux autonome (Levine, 2010).

⁶ La double attention (*dual awareness*), utilisée dans les thérapies ascendantes (sensorimotrice et EMDR), consiste à maintenir simultanément l'attention sur les éléments traumatiques (sensations, émotions, pensées, souvenirs) et sur un stimulus externe, favorisant ainsi un effet de détachement en adoptant une perspective d'observateur (Ogden et al., 2021; Rothschild, 2000; Shapiro, 2001). En art-thérapie, cette technique se met en œuvre en concentrant à la fois sur le souvenir traumatique et les mouvements, notamment en réalisant des activités créatives bilatérales avec les deux mains (Tripp, 2016).

⁷ La fenêtre de tolérance est l'état où le système nerveux autonome d'une personne n'est ni en hyperactivité ni en hypoactivité, augmentant ainsi sa capacité à vivre en toute sécurité la présence ou l'absence de sensations et d'émotions (Siegel, 1999).

prenant conscience des sensations internes pour les traduire en images. Cette approche s'harmonise avec les propositions des thérapies ascendantes visant à représenter les sensations intéroceptives liées à l'agression (Hébert et Plante, sous presse). Toutefois, la pleine conscience et l'utilisation de matériaux sensoriels peuvent parfois suractiver le système nerveux des personnes présentant un traumatisme (Hinz, 2019). Ainsi, l'approche peut être ajustée, par exemple, en adaptant la fluidité du médium proposé. Le CTE suggère également de développer la conscience corporelle par le mouvement, comme en représentant son corps en sculpture et en incarnant les postures représentées (Hinz, 2019), élargissant ainsi les méthodes offertes.

En somme, le travail du sentiment de sécurité, des sensations et mouvements favorise la réappropriation du corps, lequel peut être désinvesti depuis l'agression (Ataria, 2016). Des propositions artistiques facilitant ce processus de réappropriation sont également proposées. Elles incluent l'implication directe du corps dans le processus créatif et la création de représentations grandeur réelle (Hébert et Plante, sous presse). Le CTE, bien disposé à restaurer la corporéité, propose une conceptualisation qui intègre la cognition (Patrick et Pinna-Perez, 2019). Hinz (2019) explique que le mouvement et les sensations jouent un rôle dans l'apprentissage incarné ; le niveau K/S influence les niveaux subséquents. Un tracé du corps grandeur réelle engage d'abord ce niveau, et la perception des limites corporelles en traits et couleurs stimule le niveau P/A, menant à la prise de conscience de ces limites (C/Sy). Cette perspective éclaire le processus de réappropriation. Le modèle met également l'accent sur la collaboration, permettant à l'art-thérapeute et à la personne d'évaluer si une activité qui engage le corps directement est appropriée ou si une représentation miniature est davantage sécuritaire.

4.1.4.2 Cibles thérapeutiques émotionnelles

Les cibles thérapeutiques émotionnelles visent à aider les survivant·e·s à développer leur capacité de régulation affective et à ressentir et exprimer leurs émotions en toute sécurité (Hébert et Plante, sous presse). Le niveau P/A tout particulièrement et l'équilibre entre les perceptions et les émotions peut s'avérer bénéfique pour travailler ces cibles thérapeutiques (Lusebrink et Hinz, 2016).

Les méthodes recommandées pour traiter la gamme d'émotions qui peut découler d'une agression sexuelle (honte, impuissance ...) incluent leur représentation (Hébert et Plante, sous presse). Pour ce faire, la composante affective du modèle est proposée. Elle peut être sollicitée par l'utilisation de matériaux d'art fluides et colorés. Cette approche aide les survivant·e·s à exprimer et identifier des émotions

auparavant perçues comme dangereuses (Hinz, 2019). Le modèle propose des exercices créatifs à cet effet, comme l'exploration des émotions de base (Lusebrink et Hinz, 2016). Les interventions portant attention à la structure et à la complexité sont mises en place pour favoriser une exploration sécuritaire, comme l'utilisation de matériaux plus résistants pour se sentir plus en contrôle. Combinée avec la psychopédagogie, la composante affective permet de comprendre les émotions comme des signaux de sécurité et d'en saisir la fonction respective (Hinz, 2019).

Pour réguler l'expérience émotionnelle, l'apprentissage de stratégies de coping est proposé (Hébert et Plante, sous presse). Le modèle du CTE souligne que les émotions ne peuvent être régulées uniquement par la composante cognitive responsable de cet apprentissage. Il propose la CrP/A comme méthode de régulation, permettant de rendre de nouveau accessible la composante cognitive et d'apprendre ces stratégies (Hinz, 2019). Elle peut se réaliser en utilisant de petits supports artistiques et des formes fermées dans lesquels les émotions sont explorées visuellement, et par des représentations schématiques d'émotions (Lusebrink et Hinz, 2016). Ces méthodes sont fréquemment proposées dans la littérature pour contenir les émotions (Hébert et Plante, sous presse). La relation thérapeutique, située au niveau P/A, joue également le rôle de contenance pour l'expérience émotionnelle (Elbrecht, 2018; Lusebrink et Hinz, 2016). S'appuyant sur la théorie de Porges (2011), Elbrecht (2018) suggère que ce niveau pourrait activer la branche ventrale du nerf vague, favorisant la régulation affective en contexte de sécurité relationnelle.

4.1.4.3 Cibles thérapeutiques cognitives

Les survivant·e·s peuvent présenter des symptômes cognitifs comme une amnésie partielle de l'agression, des reviviscences (*flashbacks*, cauchemars...) et des changements dans les croyances sur soi et le monde (APA, 2013). Revisiter les souvenirs, cauchemars et pensées aide à attribuer un nouveau sens à l'événement et à l'intégrer dans son histoire, un processus associé aux fonctions thérapeutiques du niveau C/Sy (Hinz, 2019). Ce niveau et la dimension créative encouragent la résilience des survivant·e·s, un élément essentiel sur lequel s'appuyer pour effectuer ce travail (Malchiodi, 2020).

Pour soutenir la résilience, il est recommandé de représenter visuellement les ressources internes (forces et mécanismes mobilisés durant l'agression) et les ressources externes (réseau de soutien) (Hébert et Plante, sous presse). Le niveau C/Sy aide à découvrir ces ressources facilitées par l'exploration de symboles, qui peut favoriser la croissance post-traumatique (CPT) liée à la dimension créative du continuum (Hinz, 2019). La CPT est renforcée par des expériences de *flow*, facilitées par des exercices

d'échauffement créatifs corporels (Banfield et Burgess, 2013; Cane, 1951; Hinz, 2019). Le CTE offre ainsi diverses voies pour soutenir la résilience des survivant·e·s, qu'elle soit symbolique ou corporelle.

Lorsque l'art-thérapeute et la personne entament le processus de traitement des souvenirs, il peut être pertinent de recourir à des expériences sensorielles, des activités créatives axées sur l'intéroception et les mouvements bilatéraux pour faciliter leur récupération (Hébert et Plante, sous presse). Le CTE soutient cette approche issue des thérapies ascendantes, indiquant que l'engagement sensoriel et le mouvement peuvent réactiver les souvenirs corporels et ainsi faciliter leur mise en image (Hinz, 2019).

La représentation visuelle des souvenirs agit telle une forme d'exposition (Pifalo, 2007). Pour favoriser une exposition contrôlée, les approches descendantes proposent la mise en image des reviviscences et les approches art-thérapeutiques ascendantes suggèrent des activités artistiques bilatérales visant la désensibilisation aux dimensions corporelles et émotionnelles du traumatisme (Hébert et Plante, sous presse). Le CTE recommande la zone de transition créative de chaque niveau englobant ces différentes méthodes. De fait, les éléments sensoriels de l'événement sont modulés par le mouvement, les émotions traumatiques sont contenues par la composante perceptuelle, et les souvenirs représentés symboliquement sont restructurés cognitivement (Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016).

La littérature soutient que ce processus d'exposition aux souvenirs offre l'occasion de les réactualiser. Ce processus nommé reconsolidation peut être facilité par leur mise en image et les modifications apportées aux représentations (par exemple, l'ajout de ressources) (Hébert et Plante, sous presse). Ce processus renforce le sentiment de contrôle et transforme la perception de soi, permettant aux survivant·e·s de se voir comme tel·le·s plutôt que comme des victimes (Hébert, 2025). Dans le modèle, la reconsolidation peut s'effectuer en représentant le souvenir de manière concrète ou symbolique (C/Sy). Puis, en utilisant des stratégies perceptuelles (P) comme la modification d'images, des changements de perceptions se produisent (Hinz, 2019).

Un processus similaire est suggéré pour le traitement des cauchemars ; l'univers symbolique du cauchemar est représenté, puis l'image est modifiée. Ce processus peut se réaliser en réduisant la taille du personnage menaçant dans l'image (Lusebrink et Hinz, 2016). Cette méthode est alignée avec celles des approches art-thérapeutiques basées sur la thérapie par révision et répétition de l'imagerie mentale (*Image Rehearsal Therapy*) (Krakow et al., 1993) qui préconisent des techniques similaires (Haeyen et Staal, 2021; Kher et Haeyen, 2024).

Dans la littérature, ces différents souvenirs visent à être intégrés dans un narratif séquentiel, permettant d'explorer le sens de l'événement et de restituer sa temporalité (Hébert et Plante, sous presse). Ce processus, central à la méthode du *Graphic Narrative* de Gantt et Tinnin (2009), est ici appliqué avec des objectifs similaires au niveau C/Sy (Lusebrink et Hinz, 2016). La composante symbolique facilite la création du récit à travers l'exploration de symboles et de mythes (Hinz, 2019) et la composante cognitive permet la restructuration de l'expérience traumatique (Lusebrink et Hinz, 2016). La restructuration cognitive par l'art, associée aux approches cognitivo-comportementales, peut alors s'effectuer à mesure du travail souvenirs, comme proposé dans la littérature sur le TNS (Hébert et Plante, sous presse). En effet, le niveau C/Sy facilite la réinterprétation des événements et la construction d'une nouvelle perception de soi et du monde (Hinz, 2019). Il soutient également ce processus par la psychopédagogie des aspects de l'agression et du TNS (Lusebrink et Hinz, 2016). Le niveau encourage la recontextualisation temporelle de l'événement, notamment par la création d'une ligne du temps (Graves-Alcorn et Kagin, 2017), une démarche récurrente dans la littérature (Hébert et Plante, sous presse). Le CTE offre aussi la possibilité d'intégrer une dimension corporelle au narratif (Malchiodi, 2020). Par exemple, le niveau peut aider à donner une signification au *felt sense*, révélant l'histoire traumatique du corps (Elbrecht, 2018) et pourrait, à la manière des approches EMDR/bilatérales, proposer une restructuration cognitive ascendante en abordant les pensées en lien avec ces ressentis corporels (McNamee, 2006; Talwar, 2007).

4.1.5 Conclusion

L'art-thérapie dans le traitement du TNS est caractérisée par des contributions de divers cadres théoriques. Cet article propose le CTE comme modèle intégratif capable de fédérer ces perspectives. En associant ses différents niveaux aux propositions des approches existantes, il réunit un corpus de recherches diversifiées, consolidant ainsi les savoirs théoriques et pratiques sous son égide. Les méthodes des approches ascendantes et descendantes, dont les postulats théoriques ont inspiré le CTE, se trouvent ainsi intégrées dans un cadre cohérent. Le CTE-TNSA ne se limite pas à une simple accumulation de connaissances, mais possède une identité propre qui facilite le développement de traitements personnalisés, sécuritaires et exhaustifs couvrant différentes cibles thérapeutiques. Il serait important de développer davantage ce modèle intégratif, notamment en créant un répertoire d'interventions personnalisables offrant un éventail d'interventions sur lesquelles se baser pour offrir les meilleurs soins possibles.

4.1.6 Informations complémentaires au deuxième article

Nous proposons maintenant des informations complémentaires au deuxième article. Tout d'abord, nous soulignons les avantages du modèle et nous présentons un tableau mettant en lumière son caractère intégratif. Enfin, nous discutons des limites du modèle.

4.1.6.1 Avantages du modèle du Continuum des Thérapies Expressives

L'article soutient l'idée que le CTE, une approche collaborative et flexible, peut fournir des lignes directrices pour un traitement personnalisé, sécuritaire et global. De fait, le CTE offre plusieurs avantages significatifs dans le traitement du TNS. Tout d'abord, l'aspect collaboratif est important. En effet, des études ont démontré l'importance du consensus entre les survivantes et leur thérapeute sur les objectifs et les exercices thérapeutiques pour le succès du traitement du Trouble de stress post-traumatique (TSPT), et la nécessité d'une approche égalitaire qui redonne le contrôle aux survivantes (Briere, 1996; Brillon, 2017; Rouse et al., 2022; Wampold et al., 2010). Ensuite, son aspect à la fois flexible et structuré permettant d'offrir des lignes directrices est également un grand avantage. L'absence de rigidité liée à des étapes prédéfinies du modèle est particulièrement importante, compte tenu des récentes remises en question des approches séquentielles moins flexibles (Jongh et al., 2016; Ter Heide et al., 2016). De plus, Gantt et Tinnin (2009) soulignent que l'un des défis de l'art-thérapie dans le traitement du traumatisme réside dans son aspect non-directif, pouvant être préjudiciable. En ce sens, l'aspect structuré du CTE vient répondre adéquatement au défi non-directif du domaine. Le CTE présente aussi l'avantage d'offrir un traitement personnalisé. En effet, il propose une gamme de traitements variés, qu'ils soient ascendants, descendants ou à un même niveau d'expérience, en fonction des besoins (Hinz, 2019; Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020). En ce sens, le CTE, de nature intrinsèquement évaluative, permet non seulement d'identifier un point d'entrée thérapeutique approprié, mais aussi d'offrir un traitement sécuritaire en effectuant des ajustements continus en fonction de l'interaction des survivantes avec les matériaux d'art, minimisant ainsi le risque de retraumatisation (Hinz, 2019). De fait, sa théorie des MDV peut permettre différents ajustements, afin de prévenir cette retraumatisation. De plus, la zone de transition créative, faisant écho à la fenêtre de capacité, permet de s'appuyer sur la créativité des survivantes pour offrir une expérience sécuritaire. Ce faisant il peut être utilisé de manière *Trauma-Informed* (Malchiodi, 2020). Le CTE s'appuie également sur les neurosciences pour proposer des interventions, un élément clé à la création d'interventions appropriées pour les survivantes (Cammisuli et Castelnovo, 2023; Hinz, 2019). Enfin, ses différents niveaux permettent d'aborder toutes les facettes du traumatisme. Un traitement

véritablement efficace nécessite de cibler ces différentes facettes (Sarid et Huss, 2010). Ainsi, il incarne un type de modèle recherché dans les approches optimales du traitement des traumatismes, combinant structure, flexibilité, l'utilisation conjointe de méthodes ascendantes et descendantes et une attention portée aux neurosciences (Elbrecht et Antcliff, 2014; Cammisuli et Castelnuevo, 2023; Gantt et Tinnin, 2009; Tripp, 2022).

En ce qui concerne son aspect intégratif, le CTE peut s'adapter aux autres approches thérapeutiques dans le domaine du traumatisme. Plusieurs auteur-e-s ont d'ailleurs confirmé la compatibilité du CTE avec diverses approches thérapeutiques du traumatisme, notamment les approches ascendantes, telles que l'approche polyvagale de Porges (2011) (Sheehan-Klein, 2024), les approches basées sur la pleine conscience (Sheehan-Klein, 2024), le *Somatic Experiencing* de Levine (2015) (Patrick, 2021) et l'art-thérapie sensorimotrice (Elbrecht, 2018). Le modèle s'adapte aussi aux approches art-thérapeutiques hybrides, comme celle des thérapies expressives informées par le traumatisme de Malchiodi (2020), ainsi qu'aux approches descendantes telles que l'approche instinctuelle au traumatisme de Tinnin et Gantt (2013) (McGhee, 2018). Le CTE-TNSA permet de rassembler et d'articuler les notions des différentes approches recensées. Ce faisant il parvient à intégrer les diverses approches du traumatisme en une entité cohérente. Chaque grande classe de cibles de traitement (corps, émotions, cognitions) et les symptômes et conséquences associées, correspondent assez naturellement aux différents niveaux du CTE portant sur le corps (Kinesthésique/Sensoriel), les émotions (Perceptuel/Affectif) et les cognitions (Cognitif/Symbolique). Ses différents niveaux peuvent s'intégrer aux diverses approches d'art-thérapie déjà mentionnées. Les notions des approches ascendantes, comme l'art-thérapie sensorimotrice ou somatique, s'adaptent au niveau K/S du continuum, en incorporant les principes du travail corporel. De même, les notions des approches descendantes, telles que l'approche de la réponse instinctuelle au traumatisme et l'art-thérapie cognitivo-comportementale, peuvent correspondre au niveau C/Sy. Le tableau 4.1 résume les résultats de l'article, mettant en relation les niveaux du CTE, les symptômes et conséquences du TNS, les cibles thérapeutiques en art-thérapie et les notions des différentes approches de traitement. De plus, nous tenons à souligner que la théorie des MDV du CTE englobe de nombreuses recommandations faites par les auteur-e-s des différentes approches en art-thérapie.

Tableau 4.1 Résumé du potentiel intégratif du Continuum des Thérapies Expressives

Niveau principal du CTE (fonctions thérapeutiques associées)	Symptômes et conséquences du TNS	Cibles thérapeutiques en art-thérapie	Approches principales art-thérapeutiques et auteur.e.s associé.e.s
Niveau K/S	Symptômes corporels <i>Hyperactivation</i> Hypervigilance (E3) Réaction de sursaut (E4) Perturbation du sommeil (E6) Anxiété <i>Hypoactivation (réactions dissociatives)</i> Dépersonnalisation Déréalisation Conséquences liées au corps : Relation au corps, frontières corporelles, enjeux d'image corporelle, difficultés en lien avec la sexualité, manifestations somatiques, alexisomie	CIBLE 1 Sentiment de sécurité <i>Toutes les approches</i> CIBLE 2 Régulation du système nerveux autonome sympathique (SNAS) Décharge des tensions et rythmes de guérison Relaxation du corps CIBLE 3 Conscience corporelle CIBLE 4 Réappropriation du corps et corporéité	Art-thérapie somatique (Boudrias, 2021; Hamel, 2021) Art-thérapie sensorimotrice (Elbrecht, 2018)/par l'argile (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013; Elbrecht et Antcliff, 2014) Art-thérapie basée sur la pleine conscience (Goodarzi et al., 2020) Art-thérapie focusing (Rappaport, 2010; Lubbers, 2019; Zielona-Jenek et al., 2019) Art-thérapie EMDR/bilatérale (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tobin, 2016; Tripp, 2007, 2016, 2022; Tripp et al., 2019) Thérapies expressives informées par le traumatisme (<i>Trauma-Informed Expressive Arts Therapy</i>) (Malchiodi, 2020)
Niveau P/A	Symptômes émotionnels <i>Liés aux capacités de régulation</i> Irritabilité ou accès de colère (E1) Détachement (D6) <i>Liés à l'humeur et aux émotions</i> État émotionnel négatif persistant (D4) Perte d'intérêt (D5) Incapacité à ressentir des émotions positives (D7) Conséquences liées aux émotions : Alexithymie	CIBLE 5 Régulation affective CIBLE 6 Expression et identification des émotions	Toutes les approches
Niveau C/Sy	Symptômes cognitifs Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants (B1) Cauchemars (B2) Flashbacks (B3)	CIBLE 7 Identification des ressources internes et externes <i>La résilience incarnée peut s'effectuer de manière ascendante par le niveau K/S</i>	*Art-thérapie EMDR/bilatérale (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tobin, 2016; Tripp, 2007, 2016, 2022; Tripp et al., 2019) Art-thérapie cognitivo-comportementale (p.ex. Becker,

Sentiment intense de détresse (B4) Réactions physiologiques lors de l'exposition à des indices ressemblant à l'événement (B5) Incapacité de se rappeler d'un aspect de l'événement (D1) <i>Liés aux cognitions : croyances négatives et distorsions</i> Croyances négatives (D2) Distorsions cognitives (D3) <i>Liés aux capacités cognitives</i> Difficulté de concentration (E5) Conséquences liées aux cognitions : planification, anticipation, prise de décision et capacités attentionnelles	<i>La dimension Cr peut également être impliquée</i>	2015; Naff, 2014; Pifalo, 2007; Stace, 2014)
	CIBLE 8 Souvenirs	Réponse instinctuelle au traumatisme (<i>Instinctual Trauma Response</i>) (Gantt et Tinnin, 2007, 2009; Tinnin et Gantt, 2013)/Approches adoptant des méthodes proposées par l'approche <i>Parts Work</i> de Goulding et Schwartz (p. ex. Elbrecht, 2018; Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Tinnin et Gantt, 2013)
	Récupération* <i>Est facilitée par le niveau K/S</i>	
	Exposition <i>À tous les niveaux</i>	
	Reconsolidation Développement d'un narratif CIBLE 9 Cauchemars CIBLE 10 Pensées et croyances* <i>peut s'effectuer de manière ascendante par le niveau K/S</i>	Art-thérapie relationnelle basée sur les neurosciences (<i>Art Therapy Relational Neuroscience</i>) (Hass-Cohen et al., 2014 ; Hass-Cohen, 2016) Adaptations art-thérapeutiques basées sur la thérapie par révision et répétition de l'imagerie mentale (<i>Image Rehearsal Therapy</i>) (Krakow et al., 1993, 2000) <i>Imagery Rehearsal Based Art Therapy</i> (Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024) <i>Nightmare-Rescripting Art Therapy</i> (Versulys, 2021)

4.1.6.2 Limites du modèle du Continuum des Thérapies Expressives

Le CTE, en tant que modèle, présente également certaines limites. Notre analyse approfondie a révélé une limite liée à l'évaluation initiale. Son aspect libre et non encadré peut se révéler moins approprié pour une clientèle traumatisée. Or, la structure est essentielle dans le traitement du traumatisme (Gantt et Tinnin, 2009), y compris dans le contexte évaluatif. Nous croyons que l'évaluation initiale devrait être adaptée au contexte spécifique du TNS pour garantir un cadre sécuritaire. De plus, Kapitan (2014), dans son article sur la neurobiologie de l'art-thérapie, souligne que le cerveau est complexe et qu'il peut être tentant de simplifier les théories pour les rendre plus accessibles. Le CTE n'échappe pas à ce constat : il s'appuie sur des principes neuroscientifiques, mais simplifie certaines notions. Cette simplification impacte son application pratique. Créer des catégories de composantes est facile à comprendre, mais plus difficile à

mettre en pratique. Belkofer et Nolan (2016) ont observé que le CTE ne suit pas nécessairement une séquence linéaire, et que chaque intervention art-thérapeutique n'est pas exclusivement liée à une seule composante du continuum. Théoriquement simple, le modèle peut alors se révéler plus complexe en pratique. De fait, il nous apparaît pertinent de formuler des propositions concrètes pour aider les art-thérapeutes à utiliser ce modèle flexible, parfois complexe. Dans le chapitre suivant, nous examinons les douze propositions du répertoire d'interventions personnalisables avancées à l'annexe E.

CHAPITRE 5

DISCUSSION PARTIE 2 : PRÉSENTATION DU RÉPERTOIRE D'INTERVENTIONS ART-THÉRAPEUTIQUES PERSONNALISABLES SELON LE MODÈLE DU CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES ET JUSTIFICATIF DES PROPOSITIONS

Ce chapitre introduit le répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisables. Il aborde les défis rencontrés lors de son élaboration, tout en expliquant sa structure et la philosophie qui le sous-tend. Enfin, il examine en détail chacune des douze interventions proposées, en justifiant leur inclusion et en précisant le raisonnement sous-jacent à chaque proposition.

5.1 Répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisables

Cette recherche avait pour objectif d'élaborer des interventions art-thérapeutiques sous le modèle du Continuum des Thérapies Expressives (CTE) pour traiter le traumatisme de nature sexuelle (TNS) chez l'adulte. Nous avons analysé diverses propositions issues de la littérature et formulé de nouvelles en adéquation avec le modèle du CTE. Les résultats se matérialisent sous forme d'un répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisable détaillé auprès de cette clientèle en contexte de thérapie individuelle (annexe E). Le répertoire comprend douze propositions art-thérapeutiques, chacune associée à une cible de traitement et au niveau du continuum (ou composante) correspondant. Les différentes propositions font l'objet d'un tableau synthèse (tableau 5.0.1) à la fin de cette section.

5.1.1 Défis rencontrés

Formuler des propositions art-thérapeutiques a été particulièrement complexe, compte tenu de la nécessité de rester fidèle à la philosophie du CTE. Proposer des exercices art-thérapeutiques flexibles, en opposition à un programme thérapeutique universel, représentait un défi. Il était crucial de concevoir un traitement adaptable et non séquentiel, respectant la philosophie centrée sur le client. Ainsi, nos choix ont été orientés vers l'intégration des médias, dimensions et variables (MDV) pour répondre de manière sensible aux besoins uniques et aux différents cas de figure en thérapie, tout en offrant une structure cohérente et complète. Pour cette raison, une section nommée « Adaptations et variations » a été ajoutée à la fin de chaque proposition afin d'énoncer des variations possibles de l'exercice en s'appuyant entre autres sur les MDV.

Il s'est révélé impossible de cibler une seule composante du continuum par proposition artistique. En réalité, une proposition artistique tend à stimuler plusieurs composantes. De plus, les composantes d'un même niveau sont souvent complémentaires et leur utilisation simultanée ou en oscillation favorise la

créativité et le fonctionnement optimal des deux composantes d'un même niveau. Par exemple, au niveau P/A, l'oscillation entre les pôles du continuum peut encourager une expression émotionnelle contenue. Cette pendulation a semblé essentielle, aidant même à prévenir le risque de retraumatisation. C'est pourquoi plusieurs propositions intègrent plus d'une composante. Pour pallier cette difficulté, nous avons concentré chaque proposition sur une composante principale, puis nous avons identifié les autres composantes susceptibles d'être stimulées par chaque proposition, nommée composante(s) secondaire(s). Nos choix ont donc été guidés par la nécessité de créer des propositions flexibles et bien ancrées dans la recherche, tout en respectant les principes fondamentaux du CTE et en prenant en compte les défis spécifiques liés à la thérapie centrée sur le client et la nature complexe et dynamique des composantes du continuum.

5.1.2 Structure et philosophie

Les douze propositions artistiques sont classifiées selon les cibles thérapeutiques (chapitre 3) et associées à une ou plusieurs des composantes du CTE (chapitre 1, section 1.4.1). Il s'agit de travailler sur les symptômes du TNS et conséquences de l'agression, mais aussi sur les facteurs de protection des survivantes. Bien que chaque proposition ait une visée spécifique, l'ensemble présente trois dimensions interreliées que nous pouvons qualifier de cibles transversales : le sentiment de sécurité, la corporéité et la résilience.

Tout d'abord, toutes les propositions visent à maintenir ou à développer un sentiment de sécurité, une cible que nous considérons comme multidimensionnelle passant par le corps, les émotions, les cognitions et la relation thérapeutique. Considérant le risque bien réel de retraumatisation, pouvant être déclenchée par certains éléments en thérapie (p. ex. matériaux d'art immersifs, méditation guidée les yeux fermés, mise en image de souvenirs traumatiques sans précaution, ou connexion trop rapide/non suffisamment dosée au corps, à la respiration et aux sensations) réactivant le vécu traumatique, il importe d'adopter une approche prudente et sécurisante. Cela inclut le choix minutieux des matériaux d'art, qui peuvent perturber le sentiment de sécurité, ainsi que l'utilisation de techniques d'oscillation, de relaxation et de régulation. La composante perceptuelle et l'ajustement des MDV aident également les survivantes à rester dans leur fenêtre de capacité lors du processus et à cultiver ce sentiment de sécurité.

Ensuite, les propositions mettent aussi l'accent sur le sentiment de corporéité, même les propositions plus cognitives se voulant incarnées. Considérant que la corporéité peut être définie de différentes manières selon les auteur-e-s, ici nous adoptons cette définition proposée dans le cadre des thérapies somatiques:

La corporéité est le fait de ressentir directement son propre corps, sans la narration ou l'interprétation constante de notre esprit pensant. Cette incarnation ne comporte aucun jugement, commentaire issu d'une croyance intérieure, ou filtre, mais présente plutôt les données brutes du corps telles quelles. Nous pouvons appeler cela la conscience corporelle du moment présent - une communication directe de notre moi profond ou incarnation. [...] Nous décrivons souvent cette sensation simple mais insaisissable comme un retour à la maison. (traduction libre de Mischke-Reeds, 2018, p. 10)

Considérant que l'art encourage naturellement la corporéité (Murawska, 2014; Schaverien, 2021), cette cible thérapeutique, peut être envisagée comme une cible transversale ayant l'objectif ultime de retrouver un sentiment de sécurité dans le corps et une relation incarnée à soi et au monde. Il ne s'agit donc pas d'une cible thérapeutique distincte, mais bien de la base sous-jacente à l'ensemble des propositions. Le concept de « retour à la maison », tel que décrit par Mischke-Reeds (2018), évoque ce lien profond avec soi et avec le monde qui nous entoure. Ce qui est donc visé ici est une réunion avec soi-même, un sentiment d'harmonie avec notre environnement, une sensation d'ancrage dans le monde. Des variations de propositions artistiques et de matériaux d'art sont également offertes lorsque l'exploration corporelle s'avère non sécuritaire ou ressenti de manière intrusive pour certaines survivantes. Grâce à ces variations, il devient alors possible de s'approcher graduellement et en toute sécurité de l'expérience corporelle des survivantes.

Enfin, pour retrouver un sentiment de sécurité, il est crucial de miser sur les capacités de résilience des survivantes, par une expérience incarnée de la résilience. Les propositions reposent alors sur le corps comme ressource. Inspirée par les fondements des mouvements féministes, nous proposons également des méthodes visant à renforcer la résilience en soutenant le pouvoir d'agir des survivantes, élément essentiel après l'expérience d'impuissance qu'est l'agression sexuelle. Dans cette optique de pouvoir d'agir, le répertoire est envisagé comme une base commune sur laquelle l'art-thérapeute et la survivante peuvent s'appuyer. Il constitue ainsi un outil que les survivantes peuvent s'approprier, avec un accompagnement adéquat, favorisant le renforcement de leur résilience.

Tableau 5.1 Synthèse des interventions art-thérapeutiques du répertoire personnalisable

Propositions artistiques	Matériaux suggérés	Cibles thérapeutiques	Composante principale	Composante(s) secondaire(s)	Variations et adaptations	Recommandations	Auteur.e.s.
1. Création d'un lieu sécurisant	Matériaux sensoriels variés (ouate, tissus, laine, éléments de la nature, etc.) et fusil à colle chaude	Sentiment de sécurité	S	Sy, A, P	Proposer des matériaux plus cognitifs	Proposer cet exercice en début de traitement	Adeniyi, 2014; Elbrecht, 2013; Hamel, 2021; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Hinz, 2019; Howie, 2016; Gantt et Tinnin, 2007, 2009; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Mouck, 2014; Pifalo, 2007; Rappaport, 2010; Schouten et al., 2019; Tinnin et Gantt, 2013; Tripp, et al., 2019
	Différents types de supports (différents types de cartons, contenants et de boîtes)				Proposer de représenter le sentiment de sécurité	Rendre la production artistique accessible en tout temps	
	Divers types de crayons				Proposer l'utilisation des principes d'oscillation		
2. Dessin bilatéral des réponses de survie du corps	Pastels à l'huile de grande taille (jumbo)	Décharge des tensions (complétion des réponses du SNAS)	K	A	Recommander de créer en position debout	S'assurer que le sentiment de sécurité est suffisamment établi et que la survivante connaît des outils de régulation	Elbrecht, 2018; Hass-Cohen, 2016; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Miller-Karas, 2015 Pierre Janet, Peter Levine et Pat Ogden (Concept de l'Acte de triomphe)
	Grand format de papier				Proposer l'utilisation de format de papier plus petit		
					Introduire progressivement les exercices bilatéraux :		
					Explorer divers mouvements bilatéraux		
					Commencer par des mouvements bilatéraux très rapides, puis ralentir jusqu'à trouver son propre rythme		

3. Façonnage en argile d'un souvenir sensoriel positif	Argile (sèche à l'air)	Relaxation du corps	S	K, Crk/s	Proposer l'exploration des sensations et mouvements agréables avec l'argile dans le moment présent	Utiliser la sculpture comme une ressource pour l'auto-apaisement	Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013, 2015; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Carr, 2008; Hinz, 2009, 2019; Lubow, 2009; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Naff, 2014; Nazarian, 2021; 2020; Patrick, 2021; Schouten et al., 2019
	Plaquette de plastique				Garder les yeux ouverts durant le façonnage	Proposer de prendre la sculpture dans les mains tel un ancrage	
	Bol d'eau chaude pour tremper les mains				Moduler la quantité d'eau et d'argile disponible		
					Ajouter de la musique douce		
					Proposer des étirements corporels		
4. Tracé du corps et exploration intéroceptive par la peinture tactile	Crayons feutres larges pour le contour	Conscience du corps et de ses sensations	S	P, A	Tracé du corps de face et de dos	S'assurer que le sentiment de sécurité est suffisamment établi et que la survivante connaît des outils de régulation	Dansky, 2022; Elbrecht, 2018; Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Mischke-Reeds, 2018; Nazarian, 2021; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022; Rappaport, 2010; Shuman et al., 2022; Sigal et Rob, 2021; Tripp, 2016; Zielona-Jenek et al., 2019
	Peinture tactile (différentes couleurs)				Tracé du corps sur les sensations résultant du traumatisme		
					Tracé du corps dans le but d'identifier les organes activés pendant ou post-événement	Encourager l'exploration de différents types de matériaux artistiques sensoriels avant l'exercice	
	Papier très grand format				Tracé du corps pour aborder d'autres facettes de la relation au corps tel les enjeux d'image corporelle et la sexualité	S'assurer du confort de la survivante avec la proposition et veiller à obtenir son consentement avant et pendant le tracé du corps	
	Essuie-tout et lingettes nettoyantes pour les mains				Tracé du corps pour identifier les émotions et les ressources internes		
					Tracé de corps miniature	Proposer une liste de mots pour décrire les sensations	
					Suggérer l'utilisation de médiateurs	Envisager l'exercice des quatre cadrans à la suite de l'exercice	
					Proposer l'utilisation de matériaux plus résistants ou de		

					matériaux moins fluides		
					Recommander l'utilisation d'un papier plus texturé pour moins de fluidité		
					Ajuster la quantité de peinture		
					Recommander l'utilisation du médium avec le bout des doigts plutôt qu'avec les mains entières		
					Proposer l'utilisation de la composante Sy, ajout d'une protection autour du tracé du corps		
5. Dessin de la fenêtre de capacité	Pastels secs	Développement des capacités de régulation affective (et du SNAS)	A	S, P, C	Proposer des matériaux d'arts favorisant une plus grande distance réflexive	Créer une boîte à outils ou un répertoire de stratégies de régulation	Elbrecht, 2013; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Rankin et Taucher, 2003; Siegel, 1999; Tripp, 2022
	Feuille de papier standard				Proposer des matériaux plus résistants		
6. Mandalas fluides des émotions suite à l'agression	Aquarelle en pastilles	Expression des émotions	A	P, Crp/a, C	Proposer l'utilisation de crayons aquarelles pour offrir davantage de contrôle	Profiter de l'occasion pour fournir des informations sur les émotions (psychopédagogie)	Adeniyi, 2014; Brillon 2017; Elbrecht, 2018; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hamel, 2021; Hinz, 2019; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016; Luzzatto et al. 2022; Malchiodi, 2020; Mischke-Reeds, 2018; Mouck, 2014 adapté de Meekums, 2000; Pifalo, 2007; Tripp et al., 2019; Wakerley, 2008;
	Papier aquarelle carré de petit format	Différenciation des émotions			Moduler la quantité d'eau utilisée, afin de moduler l'engagement de la composante A	Proposer un exercice d'introduction aux émotions de base à l'aide de médiums secs avant de passer aux mandalas fluides	
	Objet circulaire pour tracer un cercle				Proposer l'exploration d'une émotion par séance pour les survivantes pour qui l'exploration simultanée pourrait engendrer des états de dysrégulation	Envisager d'approfondir l'exploration de chaque émotion avec des matériaux	
	Crayon mine ou de bois						
	Pinceaux						
	Pot d'eau						
	Essuie-tout						

						artistiques adaptés lors de séances ultérieures, comme l'exploration de la colère avec l'argile	Westrhenen et al., 2017
7. Masques des émotions intérieur-extérieur	Masque prémoulé en carton Peinture acrylique Pinceaux Pot d'eau Essuie-tout	Identification des émotions	A	Crp/a, Crk/s, Crc/sy	Proposer la création d'un masque avant-après (<i>Before and After Mask</i>), afin de comprendre mieux les changements émotionnels Proposer l'ajout d'une ressource interne à l'intérieur du masque pour favoriser la résilience incarnée Proposer des matériaux d'arts plus sensoriels pour une expérience plus incarnée Proposer des matériaux plus résistants pour une expérience offrant davantage de contrôle	Profiter de l'occasion pour fournir des informations sur les émotions (psychopédagogie) Profiter de l'occasion pour travailler les pensées (restructuration cognitive) Envisager d'approfondir l'exploration de chaque émotion avec des matériaux artistiques adaptés lors de séances ultérieures	Adeniyi, 2014; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lustman, 2017; Luzzatto et al., 2022; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013; Tinnin et Gantt, 2013; van Westrhenen et al., 2017
8. Collage des ressources internes et externes	Images prédécoupées Magazines sur différents thèmes Feuille de papier standard Ciseaux Colle	Identification et développement des ressources	Sy, Cr	C	Proposer des exercices basés sur l'approche du <i>Parts Work</i> Adapter la consigne sous l'angle de l'exploration de symboles représentant la reconstruction ou la symbolique de la croissance Proposer des exercices tels représenter une relation significative, actuelle ou passée, un souvenir positif lié à	Proposer cet exercice en début de traitement	Elbrecht, 2018; Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Kagin, 2017; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et al., 2018; Hinz, 2019; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Murray et al., 2017; Pearce et al., 2023; Raffaelli et Hartzell, 2016; Rappaport, 2010; Stace, 2014;

					une relation importante ou mettre en image un personnage ou symbole protecteur		Tripp, 2016; Tripp et al., 2019; van Westrhenen et al., 2017; Visser et Du Plessis, 2015
9. Dessin d'une reviviscence	Divers types de crayons Feuille de papier standard	Travail des mémoires traumatiques	C	S, A, P	Sauter l'étape de récupération des mémoires si la reviviscence est déjà accessible Proposer des matériaux d'arts plus sensoriels ou évoquant davantage les émotions en fonction des besoins	Proposer à la survivante de faire une observation répétée de l'image modifiée Répéter l'exercice avec différents souvenirs autant de fois que nécessaire	Boudrias, 2021; Elbrecht, 2018; Gantt et Tinnin, 2007; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Lubow, 2009; Malchiodi, 2020; Pifalo 2007; Sarid et Huss, 2010; Schouten et al., 2019; Steele et Kuban, 2012; Visser et Du Plessis, 2015
10. Dessin d'une ligne du temps	Divers types de crayons Feuille de papier de moyen format	Travail des mémoires traumatiques	Crc/sy	P, A, K, S	Proposer d'ajouter les forces mobilisées lors de l'événement ou d'autres éléments positifs Proposer aux survivantes de dessiner la ligne du temps du point de vue de quelqu'un qui les aime Proposer de raconter une version sécuritaire de l'histoire ou d'écrire une chanson ou un poème en alternatives à la proposition de raconter son histoire	Prioriser les questions commençant par « Où? » et « Quand? » Proposer d'ajouter la date des événements sur la ligne Envisager d'approfondir l'exploration de chaque souvenir identifié sur la ligne lors de séances ultérieures en proposant de faire un dessin par souvenir (tout en se basant sur les principes de modification d'images, d'oscillation et en utilisant des méthodes de régulation affective)	Becker, 2015; Boudrias, 2021; Burns et O'Shea, 2017; Coholic et al., 2009; Crenshaw, 2006; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Kagin, 2017; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen, 2016; Hinz, 2019; Kross et al., 2014; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Moser et al., 2017; Mouck, 2014; Nazarian, 2021; Pifalo, 2007; Pearce et al., 2023; Rankin et Taucher, 2003; Tripp, 2007, 2012, 2016; Visser et Du Plessis, 2015; Wisco et al., 2015

11. Dessin d'un moment clé d'un cauchemar traumatique	Divers types de crayons	Travail des cauchemars	Sy	C, P, A, S	Proposer le pastels secs ou d'autres médiums artistiques engageant la composante sensorielle (S) et affective (A)	Répéter l'exercice autant de fois que nécessaire	Elbrecht, 2018; Hamel, 2022; Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024; Krakow et Zadra, 2010; Lusebrink et Hinz, 2016; Tinnin et Gantt, 2013; Versluys, 2021
	Feuille de papier standard				Proposer la création d'une « boîte à cauchemars »	Proposer de faire une observation répétée de l'image modifiée, afin de favoriser la consolidation des changements	
12. Dessin d'une pensée ou croyance négative à propos du corps	Divers types de crayons	Travail des pensées et des croyances	C	K, Cr	Proposer une approche ascendante à la restructuration cognitive	Offrir de l'information au sujet des croyances et des pensées distorsionnées les plus communes	Banfield et Burgess, 2013; Cane, 1951; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Hinz, 2019; Huss et al., 2012; Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020; McNammee, 2006; Saltzman et al., 2013; Slepian et Ambady, 2012; Steele et Kuban, 2012; Talwar, 2007; Tripp, 2016
	Matériaux d'art variés Deux feuilles de papier standard					Poursuivre le travail de restructuration à mesure du processus créatif et du narratif	

5.1.3 Justification des propositions art-thérapeutiques du répertoire personnalisable

Nous détaillons ici le rationnel derrière les douze propositions art-thérapeutiques du répertoire personnalisable selon le modèle du CTE pour le traitement du TNS en contexte de thérapie individuelle.

5.1.3.1 Propositions entourant le corps; niveau K/S

Les propositions entourant le corps incluent les propositions 1 à 4, soit celles abordant le sentiment de sécurité, la régulation du SNAS par relaxation et la décharge des tensions et la conscience corporelle. Ces cibles sous-jacentes visent à travailler les symptômes corporels du traumatisme en y incluant ceux d'hypo et d'hyperactivation ainsi que plusieurs conséquences du TNS, comme la relation au corps, les enjeux de frontières et d'image corporelle, les manifestations somatiques et l'alexisomie.

Les propositions art-thérapeutiques dans cette catégorie correspondent au niveau K/S du continuum et trouvent leur fondement dans les approches art-thérapeutiques somatiques, de type *focusing*, *Somatic Experiencing*, sensorimotrice, des thérapies expressives informées par le traumatisme ainsi que certains fondements de l'approche EMDR et de la pleine conscience. Les éléments communs à ces différentes approches sont mis de l'avant: se centrer sur la conscience du corps et de ses sensations, engager le corps dans le processus (approche bilatérale) et utiliser des méthodes de relaxation axées sur le corps.

5.1.3.1.1 Proposition 1 : Création d'un lieu sécurisant

La première proposition est la création d'un lieu sécurisant dans le but de travailler le sentiment de sécurité. On l'a vu, le sentiment de sécurité est un objectif thérapeutique consensuel dans la littérature. Chaque auteur·e l'aborde de manière spécifique : certain·e·s privilégient une approche cognitive, comme Adeniyi (2014) et van Westrhenen et al. (2017), tandis que d'autres adoptent une perspective sensorielle, comme Elbrecht (2013). Nous proposons de l'aborder d'une manière plus sensorielle. Notre méthode consiste en une visualisation de type *focusing*, suivie de l'élaboration d'une image représentant un lieu sécurisant. Inspirée des recommandations de Rappaport (2010), cette visualisation met l'accent sur les sensations corporelles pour rendre le lieu pleinement sécurisant. Contrairement aux scans corporels traditionnels, la visualisation de type *focusing* a l'avantage d'écarter les éléments perçus comme non sécuritaires. Il s'agit de la première étape des six étapes de la thérapie *focusing*, communément appelée dégagement de l'espace (voir section Art-thérapie *focusing* 1.3.2.2.2).

Ensuite, nous proposons une consigne largement appuyée par la recherche : la mise en images d'un lieu sécurisant, qu'il soit réel ou imaginaire. Bien que de représenter directement le sentiment de sécurité puisse cibler le corps, comme suggéré par Mouck (2014), cela peut constituer un défi majeur pour certaines personnes. Nous préconisons donc une approche engageant également la composante symbolique (Sy), qui peut aussi permettre la corporéité (*embodiment*) par sa capacité à englober les composantes associées à l'hémisphère droit des niveaux précédents, soit les composantes affective (A) et sensorielle (S).

La majorité des auteur·e·s recommandent des crayons et du collage pour représenter le lieu sécurisant. Cependant, ces matériaux peuvent solliciter des fonctions plus cognitives selon le modèle du CTE. La mise en images d'un lieu sécurisant avec des matériaux sensoriels en 3D, comme le proposent Hamel (2021) et Gerig Shelly (2022), semble favoriser une expérience plus incarnée du sentiment de sécurité, en engageant davantage le corps et ses sens, matériaux susceptibles d'engendrer des sensations agréables et régulatrices (comme la ouate, le tissu et des éléments de la nature) (Hinz, 2019; Homer, 2015). Divers types de support tels des boîtes et des contenants, pour construire un lieu sécurisant, peuvent également engager la composante perceptuelle (P).

Étant donné que les préférences des survivantes en matière de composantes du CTE peuvent varier et que le sentiment de sécurité doit être travaillé dès le début et tout au long de la thérapie, nous avons inclus des adaptations couvrant les deux autres niveaux du CTE. Ainsi, cette cible peut être abordée sur les différents niveaux du CTE, selon les besoins individuels. Parmi les variations possibles, on retrouve la représentation du sentiment de sécurité pour les personnes se situant davantage sur le niveau P/A et capables de mettre en images ce sentiment ainsi que l'utilisation de matériaux plus cognitifs pour engager le niveau C/Sy, permettant d'axer davantage sur les symboles tout en offrant plus de contrôle. Nous avons également intégré les suggestions de plusieurs auteur·e·s, qui estiment que représenter un lieu sécurisant peut être un défi. Celles-ci sont répertoriées à l'annexe D. Pour surmonter ces obstacles, nous nous sommes appuyée sur les principes d'oscillation développés par plusieurs auteur·e·s, en proposant de mettre en images l'élément entravant le sentiment de sécurité visualisé précédemment dans la visualisation *focusing* (Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Tripp et al., 2019).

En outre, nous recommandons de faire cet exercice au début du traitement et de rendre l'image du lieu sécurisant accessible tout au long du processus thérapeutique. Cela permettrait une oscillation entre une

image difficile et celle du lieu sécurisant à tout moment, comme le préconisent plusieurs auteur·e·s (Elbrecht, 2013; Gantt et Tinnin, 2007, 2009, Howie, 2016; Tinnin et Gantt, 2013).

5.1.3.1.2 Proposition 2 : Dessin bilatéral des réponses de survie du corps

Notre deuxième proposition consiste à faire un dessin bilatéral afin de compléter ses réponses de survie activée durant l'agression. La décharge des tensions, comme nous l'avons vu, vise à libérer l'énergie accumulée lors d'une agression et à compléter les réponses de survie du système nerveux autonome sympathique (SNAS). Cette approche peut être efficace si elle est abordée à travers l'art kinesthésique; la composante K se révèle particulièrement adaptée pour cette démarche, permettant ainsi de libérer les tensions et d'induire par la suite une relaxation (Hinz, 2019). Tel que mentionné, dans la cible thérapeutique sur la décharge des tensions, le dessin bilatéral est une des méthodes recommandées (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020).

Notre proposition s'inscrit dans la philosophie des approches ascendantes, qui recommande de compléter les réponses de survie (l'Acte de triomphe) (Levine, 2010; Ogden et al., 2006) et se base sur une des propositions d'Elbrecht (2018). Cette dernière suggère d'utiliser différents types de mouvements : tracer des lignes diagonales vers l'extérieur sur du papier pour répondre à la réaction de combat du système nerveux autonome sympathique (SNAS), et des lignes diagonales vers soi pour répondre à la réaction de fuite du SNAS, tout en adoptant une posture bien ancrée. Nous avons choisi cet exercice pour sa capacité à induire un sentiment de sécurité corporelle, à favoriser le développement d'une conscience corporelle (*Felt body*) ainsi qu'une reconnexion avec les sensations et l'histoire du corps. En plus, selon l'auteure, l'engagement corporel dans des mouvements bilatéraux, impliquant la colonne vertébrale, peut induire un effet similaire à l'activation de la partie ventrale du nerf vague, favorisant ainsi une relaxation après la décharge. La proposition a l'avantage de cibler directement les réponses de survie et est basée sur le pouvoir d'agir. De plus, les mouvements vigoureux peuvent permettre l'expression d'émotions telles la colère (composante A) (Hinz, 2019), ce qui peut être particulièrement bénéfique pour cette clientèle.

Notre proposition offre une opportunité de psychopédagogie, en permettant d'informer les survivantes sur les réponses normales du système nerveux autonome (SNA) lors d'une agression ainsi que sur les impacts à long terme de cette mobilisation corporelle face à l'événement. D'ailleurs, la plupart des approches actuelles intègrent cette dimension. Nous avons également proposé de discuter d'éléments entourant l'événement traumatique avant l'exercice principal. Cela permet d'induire un certain niveau

d'activation, en suivant le principe de titration (Payne et al., 2015). De cette manière, le SNAS serait davantage engagé dans l'exercice, permettant de compléter les réponses de survie. Nous proposons de réserver une partie de la séance pour retourner à la fenêtre de capacité par diverses méthodes de régulation par le mouvement, comme le geste de réparation (Miller-Karas, 2015). Ce dernier élément s'inscrit dans les principes d'oscillation, en concluant la séance sur un mouvement positif évoquant la joie, tout en se basant sur la relation comme élément clé de sécurité. Cela pourrait également agir telle une ressource incarnée pour la survivante, qui peut utiliser le mouvement pour se réguler en dehors des séances. De plus, il nous semble pertinent que le geste soit fait en tandem avec l'art-thérapeute, considérant que la relation thérapeutique est un canal important de la régulation (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020).

Elbrecht (2018) suggère d'utiliser plusieurs crayons dans chaque main pour réaliser l'exercice proposé. Bien que cette recommandation soit appropriée, il peut parfois être difficile de manipuler plusieurs crayons simultanément. Nous proposons d'utiliser un pastel à l'huile dans chaque main, matériau décrit par la théorie du CTE comme à la fois robuste et fluide. La résistance du pastel permet une utilisation vigoureuse, favorisant la libération d'énergie et la réponse de combat, tandis que sa fluidité encourage des mouvements souples et renforce la composante affective. Nous recommandons spécifiquement l'utilisation de pastels à l'huile de style « jumbo » pour une meilleure prise en main et pour réduire le risque de casse.

Dans notre société contemporaine, la composante kinesthésique (K) est souvent sous-estimée face à l'engagement corporel, notamment le mouvement qui peut être perçu comme confrontant. Comme nous l'avons vu, cette composante est parfois négligée. Ainsi, l'utilisation de formats de papier plus petits peut offrir une introduction plus sûre et moins intimidante. Afin d'introduire progressivement les techniques de mouvements bilatéraux, on peut adapter la consigne. Cela inclut l'exploration de divers mouvements bilatéraux, comme proposé par Malchiodi (2020), de petits traits bilatéraux vigoureux ou encore de commencer par des mouvements bilatéraux rapides pour ensuite progressivement ralentir jusqu'à trouver un rythme confortable (Elbrecht, 2018).

Il importe de considérer que cette consigne peut être activante pour le système nerveux autonome (SNAS), et il est crucial d'évaluer le degré de préparation des survivantes (Elbrecht, 2018).

5.1.3.1.3 Proposition 3 : Façonnage en argile d'un souvenir sensoriel positif

La troisième proposition consiste à façonner en argile un souvenir sensoriel positif dans une visée d'apaisement du SNAS. La littérature montre l'importance d'engager le corps à travers ses aspects sensoriels (S) et moteurs (K) pour induire une relaxation corporelle (Elbrecht, 2013; Hass-Cohen et Carr, 2008; Hinz, 2009a, 2019). Nous proposons plusieurs étapes: tremper les mains dans de l'eau chaude, manipuler de l'argile en synchronisation avec la respiration, puis façonner un souvenir sensoriel positif.

De nombreux ouvrages soutiennent l'intégration d'exercices de relaxation corporelle et de respiration (Goodarzi et al., 2020; Lubow, 2009; Mouck, 2014; Naff, 2014; Nazarian, 2021). La proposition de Chesnot et Chidiac (2020), de plonger les mains dans de l'eau chaude avant de manipuler l'argile, est particulièrement pertinente. Cet exercice, qui devient une forme de relaxation, jumelé à une pratique de pleine conscience, peut être particulièrement apaisant. Nous supposons que cette intervention directe sur le corps peut aider les survivantes à se réapproprier une partie de leur corps non sexuée, facilitant ainsi une reprise de pouvoir.

L'exercice d'échauffement consistant à serrer puis à relâcher l'argile au rythme de la respiration peut donner l'occasion à la fois de se familiariser avec l'argile, sans se concentrer sur le résultat, et d'introduire les exercices de respiration, qui peuvent être particulièrement utiles pour se réguler. À noter que l'utilisation de la respiration doit être maniée avec précaution et ajustée progressivement, car elle peut suractiver le SNA (Lanius et al. 2011; Ogden et Fisher, 2015; Teicher et al., 2006). L'exercice principal qui consiste à façonner un souvenir sensoriel positif avec l'argile en fermant les yeux, traduisant ce souvenir en textures et en formes, est inspiré de Malchiodi (2020). Comme elle le souligne, les souvenirs sensoriels positifs peuvent devenir une ressource d'auto-apaisement. Ils permettent aux survivantes de se reconnecter à des expériences positives lors de moments de dysrégulation, ou d'osciller entre ces sensations et celles liées à des événements traumatiques. Nous croyons que cela peut particulièrement soutenir la résilience incarnée (Buckley et al., 2018). Selon Hinz (2009), fermer les yeux pendant la période créative peut aider à vivre une expérience pleinement consciente. De leur côté, Goodarzi et al. (2020) recommandent de garder les yeux ouverts. Ces deux considérations nous amènent à proposer une alternance entre les deux. Cette manière de faire pourrait permettre une forme de régulation, en se basant sur les principes de titration; le niveau de sensations ressentie lorsque les yeux sont fermés est dosé-modulé par l'ouverture des yeux. Cela va dans le sens de Malchiodi (2020) qui affirme que les principes de

pendulation et de titration peuvent être utilisés lors de l'interaction avec les matériaux d'art sensoriels pour se réguler.

Les matériaux sensoriels impliquant le mouvement favorisent également la relaxation (Hass-Cohen, 2016; Patrick, 2021). On l'a vu, selon Crane (2010), l'argile est le matériau d'art le plus relaxant par rapport à l'aquarelle et aux crayons. Nous recommandons donc l'utilisation de l'argile, tant pour ses propriétés sensorielles que pour son potentiel à induire des mouvements. Cela permet aux survivantes de se situer dans la zone de transition créative du niveau K/S. En guise d'échauffement, nous suggérons de se concentrer sur la respiration, tout en manipulant l'argile, reproduisant ainsi les mouvements des poumons en pressant et relâchant l'argile, comme le propose Hinz (2009a). En se basant sur le modèle du CTE qui avance que les mouvements répétitifs peuvent être régulateurs, cette technique douce et répétitive pourrait favoriser la régulation par le mouvement (K) (Gal, 2011; Gorynski, 2022; Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978; Lusebrink et Hinz, 2016; Samuels et Szabadi, 2008).

Plusieurs adaptations peuvent être mises en place pour répondre aux besoins spécifiques des survivantes. La première concerne la consigne artistique principale. Si les survivantes n'ont pas de souvenirs positifs accessibles, on peut leur proposer d'explorer, dans le moment présent, des sensations et mouvements agréables avec l'argile. Cette adaptation est fondée sur la recherche de Patrick (2021), qui adopte l'approche *Somatic Experiencing* en art-thérapie. L'auteur recommande d'explorer les sensations intéroceptives, sensorielles et kinesthésiques agréables en utilisant des matériaux sensoriels afin de favoriser la régulation et la relaxation.

La deuxième adaptation concerne l'aspect de fermer les yeux durant le façonnage du souvenir. Certains auteur-e-s, tels Goodarzi et al. (2020), affirment que de garder les yeux ouverts durant des visualisations ou scans corporels peut offrir une expérience plus sécuritaire pour certaines survivantes.

La troisième adaptation consiste à utiliser les MDV afin d'offrir une expérience sécuritaire. L'argile possède un potentiel régressif notable (Hinz, 2019). Pour cette raison, l'art-thérapeute doit veiller à moduler la quantité d'eau et d'argile disponibles, afin de modérer ce potentiel régressif. Finalement, d'autres suggestions pouvant faciliter ce processus sont aussi proposées comme l'ajout de musique douce au processus pour plus d'apaisement (Nazarian, 2021) et la pratique d'étirements corporels pour plus d'engagement de la composante K (Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020).

Finalement, nous recommandons, en se basant sur les propos de Malchiodi (2020) et Elbrecht (2013) d'utiliser la sculpture tel une ressource ou un ancrage pour l'auto-apaisement. En ce sens, la sculpture peut être à portée de main, au besoin.

5.1.3.1.4 Proposition 4 : Tracé du corps et exploration intéroceptive avec la peinture tactile

La quatrième proposition consiste en un tracé du corps grandeur réelle pour augmenter la conscience du corps. Comme nous l'avons vu, la composante S et la composante K peuvent servir à travailler la cible thérapeutique portant sur la conscience corporelle. La composante S permet d'augmenter la conscience du corps, de ses sensations internes et de ses sens. Notre proposition se concentre sur cette composante en suggérant un scan corporel, suivi d'un tracé du corps. Nous ajoutons également la composante K, en proposant d'engager le sens proprioceptif et vestibulaire en suggérant aux survivantes de faire un tracé du corps grandeur réelle et d'adopter la position qu'elles désirent.

Certains auteur·e·s suggèrent qu'un scan corporel effectué avant la phase créative est particulièrement approprié pour cette cible thérapeutique, permettant aux survivantes de développer une conscience de leur corps (Goodarzi et al., 2020; Nazarian, 2021). Selon Goodarzi et al. (2020), le scan corporel devrait être centré sur la pleine conscience en favorisant l'adoption d'un point de vue d'observateur, encourager l'autocompassion et se concentrer sur les parties non sexuées du corps.

Notre proposition principale consiste à réaliser un contour du corps, une démarche récurrente dans la littérature. Les survivantes sont alors invitées à représenter leurs sensations corporelles telles une « image intéroceptive » (Sigal et Rob, 2021). Cette consigne s'inspire du Somagram des thérapies somatiques et des travaux de nombreux auteur·e·s en art-thérapie (Dansky, 2022; Goodarzi et al., 2020; Hinz, 2019; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Mischke-Reeds, 2018; Nazarian, 2021; Rappaport, 2012; Sigal et Rob, 2021; Tripp, 2016; Zielona-Jenek et al., 2019). Nous privilégions la mise en images du corps entier à taille réelle, comme le suggèrent des auteur·e·s adoptant une approche focusing (Lubbers, 2017, 2019; Zielona-Jenek et al., 2019; Rappaport, 2010).

Les recherches de Lubbers ont particulièrement mis en lumière que le grand format encourage le sentiment de corporéité, permettant une exploration plus vaste des ressentis corporels, allant au-delà de l'aspect purement physiologique du corps. De plus, le contour du corps en grandeur réelle peut permettre

aux survivantes de faire un mouvement, soit d'adopter une position qui sera tracée sur papier, engageant alors davantage la composante K. Nous suggérons également de s'assurer qu'au moins une sensation agréable soit représentée, afin de mettre en application le principe d'oscillation et ainsi prévenir des états de dysrégulation.

Finalement, il nous apparaît important de souligner qu'une alliance thérapeutique solide doit être établie avant de proposer un tracé du corps grandeur réelle, car c'est l'art-thérapeute qui tracera les contours du corps. Il s'agit d'obtenir le consentement de la survivante avant de procéder au tracé du corps grandeur réelle et de le respecter en tout temps. En suivant les recommandations de plusieurs auteur·e·s qui discutent de l'agentivité et de redonner du contrôle aux survivantes, il est essentiel de veiller au confort de la survivante tout au long de l'exercice et de l'informer qu'elle peut l'interrompre à tout moment (Hass-Cohen, 2016; Malchiodi, 2020).

Il est essentiel d'opter pour des matériaux d'art résistants comme les crayons-feutres. L'accent mis sur les limites du contour du corps est crucial pour restaurer un sentiment de frontières corporelles (*boundaries*), comme le soulignent Shuman et al. (2022) et ainsi favoriser la réappropriation du corps et la corporéité. Les crayons-feutres larges sont préférables, leurs traits sont plus marqués par rapport aux crayons à traits fins et pâles.

Nous suggérons des matériaux sensoriels plus fluides pour représenter les sensations intéroceptives, car ils engagent le sens tactile et permettent de favoriser davantage la pleine conscience et d'induire un état de relaxation (Hinz, 2019; Stanko-Kaczmarek et Kaczmarek, 2016). Nous nous sommes inspirée des travaux de Hinz (2019) et de l'étude de Zielona-Jenek et al. (2019) pour recommander la peinture tactile pour représenter les sensations du corps. Hinz (2019) souligne que ce matériau peut favoriser une expérience de pleine conscience, permettant ainsi de prendre conscience des sensations internes et de les exprimer à travers l'art. De plus, l'étude de Zielona-Jenek et al. (2019) a montré que la représentation visuelle du corps avec la peinture tactile a aidé les survivantes à identifier et à réguler leurs sensations physiques, leur permettant ainsi de se réapproprier leur corps. La peinture tactile est un matériau d'art favorisant l'aspect affectif, ce qui peut permettre de faire le pont de la composante sensorielle à la composante affective et ainsi identifier les émotions présentes.

En guise d'adaptation, pour favoriser la corporéité d'une manière qui peut s'avérer moins confrontante, nous suggérons de réaliser un contour du corps miniature et prétracé de face et de dos. Réaliser des contours sous plusieurs angles est proposé par les thérapies somatiques, permettant ainsi une vision plus globale du corps (Mischke-Reeds, 2018). De plus, tel que mentionné dans la cible thérapeutique sur la conscience du corps et des sensations, il est également possible d'examiner ce thème sous d'autres angles. La littérature aborde les contours et représentations du corps sous l'angle des réactions corporelles post-événement. Il est possible de mettre en images les sensations résultant du traumatisme ou même les organes activés pendant ou post-événement, la relation au corps, les enjeux d'image corporelle, la sexualité, les émotions et les ressources internes; l'angle de la consigne peut alors être adapté afin de traiter ces thèmes importants (Dansky, 2022; Goodarzi et al., 2020; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Nazarian, 2021; Sigal et Rob, 2021, Tripp, 2016; Zielona-Jenek et al., 2019).

Plusieurs stratégies peuvent prévenir une éventuelle retraumatisation. On peut d'abord opter pour des formats plus petits si la survivante ne se sent pas à l'aise avec le tracé de son corps par l'art-thérapeute ou si les sensations risquent d'être trop stimulantes. Cette approche utilise la composante P en offrant plus de contenance dans un cadre plus restreint. Pour engager plus de distance réflexive et ainsi prendre une distance face aux sensations et émotions, il est possible de solliciter la composante C par l'utilisation d'un médiateur ou de matériaux plus résistants offrant du contrôle. Afin de diminuer l'aspect affectif de l'expérience (A), on peut choisir un type de papier moins lisse pour modifier la fluidité de l'expérience. Limiter les quantités de peinture ou faire appel aux pastels secs qui n'exigent pas d'eau sont aussi des ajustements pertinents. Afin de diminuer l'aspect immersif de la peinture tactile, Elbrecht (2018) suggère le bout des doigts plutôt que les mains entières, favorisant ainsi le sentiment de sécurité. En outre, l'intégration d'une dimension symbolique (Sy) à l'exercice du contour du corps peut renforcer la contenance émotionnelle (Rappaport, 2010). Par exemple, en suggérant l'ajout d'une forme de protection autour de la représentation corporelle (Shuman et al., 2022).

Il est crucial d'établir un fort sentiment de sécurité et que la survivante connaisse les outils de régulation avant d'entreprendre cet exercice. L'exercice de Hass-Cohen (2016), qui consiste à explorer des matériaux artistiques sensoriels et à identifier ceux perçus comme sécurisants, pourrait être pertinent avant cet exercice. À la suite de l'exercice, il serait bénéfique de proposer une liste de mots pour décrire les sensations, afin de faciliter l'exploration verbale. En outre, l'exercice des quatre cadrans de Hamel (2021)

s'intègre naturellement dans la continuité de cette proposition pour une séance ultérieure, permettant une exploration approfondie des sensations difficiles.

5.1.3.2 Propositions entourant les émotions; niveau P/A

Les propositions entourant les émotions incluent les propositions 5 à 7 et misent sur l'expression et l'identification des émotions ainsi que sur les capacités de régulation affective. Les cibles sous-jacentes à nos propositions visent à travailler les symptômes émotionnels du traumatisme, en y incluant les difficultés liées à l'humeur et aux émotions, à la régulation et aux enjeux entourant l'alexithymie. Nos propositions art-thérapeutiques dans cette catégorie correspondent au niveau P/A du continuum et trouvent leur fondement dans l'ensemble des approches art-thérapeutiques discutées. Elles incluent des propositions basées sur les approches ascendantes, en se concentrant sur l'aspect incarné des émotions, ainsi que des approches descendantes suggérant diverses techniques comme la psychopédagogie et l'acquisition d'outils de régulation. Les éléments essentiels concernent l'utilisation de matériaux fluides qui stimulent les émotions, combinés à diverses méthodes pour une exploration sécuritaire. Cela repose notamment sur les principes d'oscillation et la composante perceptuelle, qui offrent une structure contenant.

5.1.3.2.1 Proposition 5 : Dessin de la fenêtre de capacité

Notre cinquième proposition consiste en un dessin de la fenêtre de capacité (Tripp, 2022). Bien que la cible thérapeutique portant sur le développement des capacités de régulation soit imbriquée dans la cible transversale du sentiment de sécurité, nous proposons un exercice à part. Nous proposons un exercice d'introduction de type ascendant. Cette approche fait écho aux pratiques des thérapies somatiques, où l'on documente les sensations physiques associées aux états d'hyper et d'hypoactivation pour évaluer la fenêtre de capacité d'une personne. Nous visons plusieurs buts. L'exercice peut aider à introduire le concept auprès des survivantes, à rendre visible la fenêtre de capacité actuelle des survivantes et même à identifier le type d'outils qui peut être bénéfique. En effet, la proposition de Tripp (2022), répertorié à l'annexe D, offre l'opportunité d'explorer les différents outils de régulation affective (et du SNAS) associés à ces états et de les différencier, engageant ainsi la composante C. On l'a vu, les interventions appropriées varient selon les états : lors d'hyperactivation, on privilégiera des techniques plus actives mobilisant le corps, tandis que lors d'hypoactivation, on favorisera des méthodes de relaxation et de repos (Mischke-Reeds, 2018). Cette proposition veut aussi redonner du pouvoir aux survivantes. Elles peuvent alors apprendre à mieux comprendre leurs réactions physiques et émotionnelles et à utiliser de manière autonome des méthodes de régulation efficace.

Nous proposons le pastel sec comme matériau d'art, car il est à la fois émotionnel par sa fluidité et ses couleurs, et sensoriel s'il est utilisé avec les doigts. Il pourrait alors permettre de susciter les composantes corporelles et émotionnelles, faisant écho au concept de fenêtre de capacité qui englobe ces dimensions. Les matériaux peuvent être ajustés pour prendre une plus grande distance face aux sensations et offrir plus de contrôle, engageant ainsi la composante cognitive.

À la suite de cet exercice, nous recommandons la création d'une boîte à outils ou d'un répertoire de stratégies adaptées aux besoins uniques des survivantes, en y incluant des techniques d'ancrage, des exercices de relaxation, des auto-câlins, des pratiques de pleine conscience et diverses activités artistiques favorisant la régulation émotionnelle (Elbrecht, 2013; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Rankin et Taucher, 2003). Dans cet ordre d'idées, comme exercice complémentaire, il peut être pertinent d'explorer avec les survivantes leurs ancrages vagal ventral, tels que décrits par Dana (2018) dans le cadre de la théorie polyvagale, en dressant une liste d'actions, de lieux, de moments ou d'objets susceptibles de renforcer le sentiment de sécurité et de favoriser le retour dans la fenêtre de capacité.

5.1.3.2.2 Proposition 6 : Mandalas fluides des émotions liées à l'agression

La sixième proposition consiste à aborder une gamme d'émotions par l'aquarelle. Les auteur-e-s abordent tous et toutes, d'une manière ou d'une autre, l'expression des émotions. Dans le cadre du CTE, cette cible est principalement travaillée à travers la composante A (Hinz, 2019). Cette proposition se focalise plus spécifiquement sur l'exploration et l'expression des émotions liées à l'agression telles que la peur, la culpabilité, la honte, le sentiment d'impuissance, la colère et la joie, par l'utilisation des mandalas fluides. Cette méthode permet de mettre en lumière les qualités subjectives des émotions à travers des représentations visuelles.

Afin de faciliter l'expression artistique, les survivantes sont invitées à revisiter des souvenirs associés à chaque émotion, comme le propose Lubow (2009). Ensuite, en s'inspirant de l'approche *focusing* de Rappaport (2010), elles sont encouragées à se connecter à leurs ressentis corporels. À ce stade, elles choisissent spontanément des couleurs à l'aquarelle qui évoquent ces émotions et créent un mandala fluide distinct pour chaque émotion. La technique du mandala fluide, qui nous a été enseignée par Janis Timm-Bottos, art-thérapeute et professeure de l'Université Concordia, consiste à tracer un cercle au crayon sur un papier aquarelle carré, à appliquer de l'eau à l'intérieur du cercle, puis à ajouter des couleurs

d'aquarelle. Plus il y a d'eau, plus les couleurs se mélangent, tout en restant contenues à l'intérieur du cercle. Selon Hinz (2019), les mandalas allient les composantes affective et perceptuelle, engageant ainsi la zone de transition créative du niveau, ce qui permet une expression émotionnelle sécuritaire. De manière générale, la littérature suggère que les formes fermées comme les mandalas sont une stratégie efficace pour contenir les émotions. La technique du mandala fluide peut également solliciter la composante C grâce à ses étapes structurées.

En s'appuyant sur le principe d'oscillation et les recherches sur la neurobiologie du traumatisme, nous proposons d'ajouter autour de chaque mandala, une fois sec, des éléments aidants en lien avec l'émotion exprimée. En se basant sur les interventions répertoriées à l'annexe D, pour le sentiment de peur, on pourrait inclure une couleur ou un symbole évoquant la sécurité (Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Tripp et al., 2019). Pour la culpabilité et la honte, des aspects d'auto-compassion ou de lâcher-prise (Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Mischke-Reeds, 2018; Wakerley, 2008). Pour l'impuissance, des représentations du pouvoir d'agir ou de la capacité à se protéger peuvent être intégrées (Elbrecht, 2018 ; Westrhenen et al., 2017). Quant à la colère, des éléments affirmant l'expression envers l'agresseur peuvent être ajoutés, s'inspirant notamment des techniques d'écriture de lettres destinées à l'agresseur (Lustman, 2007; Mouck, 2014 adapté de Meekums, 2000; Pifalo, 2007). Ces propositions sont également influencées par Hass-Cohen (2016), qui suggère d'ajouter des éléments positifs aux dessins chargés d'émotions douloureuses, ainsi que par les recommandations de Goodarzi et al. (2020), Hamel (2021) et Luzzatto et al. (2022) pour l'intégration de couleurs de guérison dans ce type d'images. Mouck (2014) inspire également notre approche en recommandant de dessiner une forme, de la remplir avec des mots et des symboles représentant une émotion liée à l'abus, puis d'ajouter autour des couleurs ou des symboles pour aider à gérer cette émotion (voir annexe D).

L'aquarelle est un médium fluide qui favorise le contact émotionnel, justifiant ainsi notre choix. L'équilibre entre les composantes affective, perceptuelle et cognitive fournit la structure nécessaire pour explorer les émotions de manière sécuritaire avec ce médium fluide. Nous préconisons également de petits formats, comme recommandé par plusieurs auteur-e-s, afin de renforcer la contenance émotionnelle (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020).

Nous suggérons des crayons aquarelle solubles. De cette façon, les survivantes peuvent dessiner avec les crayons (sans eau), ce qui leur donne davantage de contrôle. Elles peuvent ensuite ajouter de l'eau,

ajustant ainsi le degré de fluidité de l'expérience. De plus, les pastilles d'aquarelle peuvent être utilisées sans ajout préalable d'eau dans le mandala, permettant aussi de moduler le niveau de fluidité de l'expérience. Et, par conséquent, de moduler l'aspect affectif de l'expérience. On peut aussi explorer une émotion à la fois au cours de différentes séances, afin d'éviter de surcharger les survivantes avec différentes émotions simultanément.

Joindre la psychopédagogie à cet exercice peut être approprié. Cet exercice peut être l'occasion d'offrir des informations importantes sur le rôle des émotions (psychopédagogie), comme le suggèrent les psychologues d'approche cognitive (Brillon, 2017) et certaines art-thérapeutes (Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014). De plus, cet exercice pourrait être précédé d'une exploration des émotions de base, comme le suggèrent plusieurs auteur·e·s, sous forme de gribouillis (Adeniyi, 2014) ou de manière abstraite avec des médiums secs (Lusebrink et Hinz, 2016) (voir annexe D). Les gribouillis et les médiums secs présentent l'avantage de moduler l'implication de la composante A, permettant ainsi aux survivantes de s'approcher de leur monde émotionnel en toute sécurité, de manière graduelle. Ajoutons que la littérature a démontré qu'en fonction de chaque émotion des matériaux d'art peuvent être plus appropriés. L'expression de la colère, par exemple, peut être facilitée par des médiums résistants, en engageant le corps comme l'argile. On recommande donc d'approfondir chaque émotion individuellement avec des matériaux et formats appropriés (voir cible thérapeutique sur l'expression des émotions), car cet exercice se veut davantage une forme de survol de chaque émotion, basé sur les principes d'oscillation.

5.1.3.2.3 Proposition 7 : Masque des émotions intérieur-extérieur

La septième proposition consiste en la création d'un masque des émotions. On l'a vu, la confection de masques est souvent explorée dans le domaine du traitement du TSPT en art-thérapie (Adeniyi, 2014; Goodarzi et al., 2020; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013). Le potentiel de cette pratique est reconnu dans l'identification des émotions et la compréhension de l'expérience émotionnelle (Goodarzi et al., 2020 ; Rosen Saltzman et al., 2013). Les masques peuvent offrir une expérience à la fois affective et perceptuelle, agissant comme un contenant qui permet une exploration structurée des émotions (Hinz, 2019). Ils possèdent également une dimension symbolique. Les masques peuvent être transformés en un personnage, par exemple (Hinz, 2019). Ils sont aussi la représentation d'une partie du corps, soit le visage, et peuvent permettre de favoriser une exploration des émotions de manière plus incarnée que sur un autre type de support. De plus, le masque offre également l'opportunité d'être porté pour incarner le personnage, une expérience qui peut s'avérer plus sentie et corporelle (van Westrhenen et al., 2017).

Nous avons adopté l'idée d'un masque intérieur-extérieur, où l'intérieur correspond au vécu interne et l'extérieur à ce qui est perçu par autrui, comme suggéré par Murray et al. (2017). Cette approche permet d'explorer à la fois les émotions et la perception de soi (composante perceptuelle) ainsi que les croyances sur soi-même (restructuration cognitive), ce qui favorise l'acceptation et l'intégration de différentes facettes de soi (Hinz, 2019 ; Lustman, 2017 ; Murray et al., 2017 ; Rosen Saltzman et al., 2013). Bien que principalement axé sur la composante A, l'exercice est polyvalent et peut toucher différents niveaux du continuum thérapeutique et d'autres objectifs de traitement. Enfin, l'exercice de dialogue avec le masque proposé à la suite de la réalisation du masque s'inspire des pratiques de dialogue avec l'art de Rappaport (2008, 2010), et du dialogue avec le masque pour explorer différentes facettes de soi, suggéré par Gantt et Tinnin (2009). Cela pourrait permettre de verbaliser de manière sécuritaire l'expérience vécue et même de connecter avec des parties de soi dissociées.

Quant aux matériaux, nous proposons un masque prémoulé. Nous déconseillons l'utilisation de bandelettes directement sur le visage pour deux raisons. Premièrement, comme nous l'avons vu, cela pourrait être anxiogène et raviver des sentiments d'impuissance (Fybish, 2019). Deuxièmement, cette méthode complexe, avec ses nombreuses étapes, pourrait poser des défis importants (Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2017, 2019). Comme nous l'avons constaté dans les symptômes potentiels observés chez les survivantes, celles-ci peuvent éprouver des difficultés d'attention et de concentration, rendant les tâches complexes souvent moins adaptées (Tinnin et Gantt, 2013). Nous recommandons également la peinture acrylique, un médium fluide qui peut faciliter l'expression émotionnelle (composante A).

En regard à la proposition artistique, une variation intéressante est envisageable. On l'a vu, Adeniyi (2014) propose un exercice de création de masque avant-après (*before and after mask*) qui consiste à tracer une ligne centrale sur le masque pour le diviser en deux parties : d'un côté, illustrer la perception de soi avant l'agression, et de l'autre côté, après l'agression. L'objectif est d'identifier les changements émotionnels, de favoriser leur acceptation et même de remettre en question les croyances sur soi-même. Cette variation pourrait être suggérée pour comprendre les changements émotionnels dans le temps. Plusieurs variations sont possibles quant aux matériaux d'art. Pour une expérience plus sensorielle et incarnée, des matériaux sensoriels peuvent être utilisés, tandis que pour une expérience plus cognitive et structurée, des matériaux plus résistants, tels des crayons, peuvent être préférés. On pourrait aussi intégrer le principe

d'oscillation en ajoutant une ressource interne à l'intérieur du masque, pour favoriser la résilience incarnée (Luzzatto et al., 2022).

En guise de recommandations, nous proposons de joindre la psychopédagogie à cet exercice, afin de normaliser l'expérience émotionnelle (Brillon, 2017; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014). De plus, on pourrait envisager d'approfondir chaque émotion identifiée sur le masque avec différents matériaux et formats (voir annexe D).

5.1.3.3 Propositions entourant les cognitions; niveau C/Sy

Les propositions entourant les cognitions incluent les propositions 8 à 12 et misent sur l'identification et le développement des ressources ainsi que le travail des souvenirs traumatiques, des cauchemars et des croyances et pensées. Les cibles sous-jacentes visent à travailler d'abord la résilience avec la première proposition de cette catégorie, puis à aborder les symptômes liés à la mémoire traumatique et aux croyances et distorsions cognitives. Nos propositions correspondent majoritairement au niveau C/Sy du continuum et trouvent leur fondement dans les approches art-thérapeutiques cognitivo-comportementale incluant l'*Emotional Processing Theory*, l'approche de la réponse instinctuelle au traumatisme et l'art-thérapie relationnelle basée sur les neurosciences. Les éléments essentiels incluent des matériaux cognitifs offrant du contrôle et des approches axées sur la modification des images. Ces deux éléments visent à renforcer le pouvoir d'agir des survivantes.

5.1.3.3.1 Proposition 8 : Collage des ressources internes et externes

La huitième proposition consiste en un collage des ressources internes et externes. Elle porte sur la cible thérapeutique du développement et de l'identification des ressources qui est essentielle dans le traitement du TNS pour soutenir les capacités de résilience des survivantes. Dans le contexte du CTE, la composante symbolique est particulièrement bien placée pour favoriser l'identification des forces des survivantes. En ce sens, nous proposons une exploration symbolique des ressources des survivantes, consigne fortement appuyée par la littérature (Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et al., 2018; Luzzatto et al., 2022; Visser et Du Plessis, 2015). Nous suggérons aussi l'intégration d'au moins une ressource qui a permis aux survivantes de survivre à l'événement traumatique, englobant ainsi les propos de nombreux auteur·e·s (Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et al., 2018; Luzzatto et al., 2022; Mouck, 2014; Pearce et al., 2023; Pifalo, 2007; Rappaport, 2010; van Visser et Du Plessis, 2015; Wakerley, 2008; Westrhenen et al., 2017). Ajoutons que les symboles intègrent également

des aspects liés aux autres niveaux du CTE, à savoir le niveau K/S et la composante affective (Hinz, 2019; Kagin et Lusebrink, 1978). L'exploration de symboles peut alors donner lieu à une expérience incarnée. L'ajout de l'exercice de déploiement (*unfurling*) des thérapies somatiques nous est apparu pertinent pour encourager une expérience plus incarnée de la résilience, afin de ressentir corporellement sa force et sa stabilité (Mischke-Reeds, 2018).

Nous proposons le collage, qui encourage une expérience à la fois symbolique et cognitive (Hinz, 2019). Visser et Du Plessis (2015) recommandent également cette technique pour identifier les forces et les ressources d'une personne de manière concrète ou symbolique. On l'a vu, le collage favorise une expression et une identification plus approfondies des forces personnelles par rapport à d'autres matériaux d'art (Hinz, 2019; Raffaelli et Hartzell, 2016). De plus, il permet l'exploration de multiples ressources grâce à la diversité des symboles et des significations des images qu'il contient (Tripp et al., 2019).

Pour les survivantes éprouvant des difficultés à identifier et à illustrer leurs forces, nous proposons plusieurs alternatives. D'abord, les exercices basés sur l'approche du *Parts Work* peuvent se révéler pertinents. Cette méthode, suggérée par divers auteur-e-s, consiste à prendre soin de la partie vulnérable ou blessée de soi, souvent avec l'aide d'une partie protectrice ou adulte (Elbrecht, 2018; Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014) et est également un des fondements de la thérapie instinctuelle du traumatisme (Gantt et Tinnin, 2009). Le collage peut inclure des symboles représentant ces deux parties et leurs interactions. Le dialogue entre les parties ou l'utilisation de mots réconfortants de la part de la partie protectrice peut être particulièrement bénéfique (Goodarzi et al., 2020). Une autre alternative consiste à utiliser des symboles de reconstruction pour mettre en lumière les capacités de résilience des survivantes (Murray et al., 2017), ou à intégrer la symbolique de la croissance, telle qu'une semence ou un arbre grandissant dans des conditions difficiles, illustrant le fait qu'elles ont pu survivre à l'événement traumatique (Luzzatto et al., 2022; Pearce et al., 2023; Malchiodi, 2020).

Pour celles qui ont du mal à représenter des ressources externes, nous suggérons de représenter une relation significative, actuelle ou passée, un souvenir positif lié à une relation importante (Pearce et al., 2023) ou un personnage ou symbole protecteur (Rappaport, 2010; van Westrhenen et al., 2017).

De plus, nous proposons de réaliser notre proposition en début de traitement, car il peut favoriser l'établissement d'un sentiment de sécurité, particulièrement dans le cas du TNS (Elbrecht, 2018; Tripp, 2016).

5.1.3.3.2 Proposition 9 : Dessin d'une reviviscence

Comme souligné dans la revue de la littérature, le travail sur les souvenirs traumatiques est essentiel dans le traitement du TNS. Nous avons identifié plusieurs dimensions clés de ce travail, notamment la récupération, l'exposition, la reconsolidation des souvenirs et le développement d'un narratif. Ainsi, nous proposons deux consignes artistiques spécifiques ciblant cette cible thérapeutique (propositions 9 et 10), toutes deux associées davantage au niveau C/Sy du continuum. Bien que les deux propositions visent la récupération, l'exposition et la reconsolidation, la première se concentre sur la mise à jour du souvenir, tandis que la deuxième met l'accent sur le développement du narratif.

La première proposition concernant le travail sur les souvenirs traumatiques consiste à représenter visuellement les reviviscences (à l'exception des cauchemars, voir proposition 11), puis de modifier l'image. Cette approche s'inspire des suggestions de Pifalo (2007) et de Schouten et al. (2019), qui recommandent la mise en images des *flashbacks* en guise d'exposition aux souvenirs. Pour aider à la mise en images de ces reviviscences, nous proposons une méthode de récupération des souvenirs basée sur les travaux de Lubow (2009) et Steele et Kuban (2012). Cette méthode consiste à se concentrer mentalement et en détail sur une reviviscence récente, en explorant les sens et les ressentis associés, puis à imaginer prendre une photo du moment. Ce processus centré sur les sensations pourrait réveiller les souvenirs corporels, facilitant ainsi la récupération des mémoires par le corps. Nous proposons que les images des reviviscences soient dessinées du point de vue d'un observateur, selon les recommandations de Gantt et Tinnin (2009), afin d'utiliser la composante perceptuelle pour contenir l'intensité émotionnelle. De plus, en accord avec plusieurs auteur-e-s, il est crucial de mettre à jour le souvenir lors de la reconsolidation (Boudrias, 2021; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Visser et Du Plessis, 2015). À cet égard, après avoir représenté visuellement la reviviscence, nous suggérons d'utiliser la composante perceptuelle pour modifier l'image, par exemple, en ajoutant des pratiques d'auto-soins corporels, des stratégies de gestion ou des ressources internes et externes. L'intégration d'auto-soins corporels, comme le proposent Goodarzi et al. (2020), pourrait favoriser la réappropriation du corps, tandis que l'incorporation de stratégies ou de ressources pourrait agir comme une restructuration cognitive pour renforcer le sentiment d'auto-efficacité des survivantes. De plus, modifier les productions

artistiques dans ce contexte pourrait transformer le sens de l'événement (Sarid et Huss, 2010). Dans tous les cas, intervenir sur l'image semble essentiel pour restaurer le pouvoir d'agir des survivantes.

Nous recommandons d'utiliser différents types de crayons pour offrir un meilleur contrôle et favoriser la contenance; deux aspects essentiels dans le travail sur les souvenirs traumatiques. Plusieurs auteur·e·s mentionnent que le dessin peut permettre la mise en images concrète des souvenirs traumatiques et d'images intrusives (Hass-Cohen et al., 2014; Pifalo 2007; Schouten et al., 2019). Il est également crucial de considérer le format du dessin; un format trop grand pourrait susciter trop de réponses de peur. Ainsi, un format de petit à moyen est à privilégier.

Quant aux variations de l'exercice proposé, il est très possible qu'il ne soit pas nécessaire de faire l'étape de récupération des mémoires, considérant que les reviviscences sont de puissants souvenirs et peuvent déjà être très accessibles aux survivantes. De plus, plusieurs adaptations pourraient être faites sur le plan des matériaux d'art, pour moduler l'engagement des aspects corporels et émotionnels en lien avec les reviviscences, engageant ainsi les différents niveaux du continuum. En ce sens, des matériaux plus sensoriels ou évoquant davantage les émotions pourraient être appropriés en fonction des besoins des survivantes.

Nous recommandons de faire une observation répétée de l'image modifiée, afin de faciliter le processus de changement au niveau des souvenirs traumatiques et de favoriser l'encodage du nouveau souvenir (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020). De plus, nous conseillons de répéter l'exercice avec différents souvenirs autant de fois que nécessaire.

5.1.3.3 Proposition 10 : Dessin de la ligne du temps

Cette deuxième proposition concernant la cible des souvenirs traumatiques et dixième de notre série porte sur la reconsolidation des souvenirs, plus spécifiquement sur le développement d'un narratif séquentiel. Pour ce faire, nous recommandons l'exercice de la Ligne du temps, un exercice largement consensuel dans la littérature (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen, 2016; Luzzatto et al., 2022; Mouck, 2014; Pearce et al., 2023; Pifalo, 2007). Plus spécifiquement, la proposition consiste à représenter sur une ligne du temps les événements avant, pendant et après l'événement traumatique, en terminant la ligne avec une projection d'horizons positifs pour le futur. Conformément à la philosophie du CTE, la ligne du temps peut être dessinée dans différentes orientations

(verticale ou horizontale), avec la possibilité d'ajouter des couleurs, des dates ou des symboles significatifs (Graves-Alcorn et Kagin, 2017; Hinz, 2019). Une fois la ligne du temps complétée, nous proposons que la survivante raconte son histoire à la troisième personne, afin de favoriser une distance sécuritaire (Kross et al., 2014; Malchiodi, 2020; Moser et al., 2017; Wisco et al., 2015).

On l'a vu, le développement d'un récit séquentiel du traumatisme peut engager la zone de transition créative C/Sy, facilitant ainsi la connexion entre la mémoire implicite et la mémoire autobiographique, tout en permettant d'attribuer un sens à l'expérience. La ligne du temps apparaît comme un exercice permettant de stimuler cette zone de transition, en replaçant les souvenirs dans le passé, tout en offrant aux survivantes l'occasion de se raconter. La composante perceptuelle est également engagée dans l'exercice en raison de la dimension de la ligne, favorisant l'organisation séquentielle des événements et offrant une rétroaction visuelle montrant que l'événement appartient bel et bien au passé. De plus, l'aspect symbolique pour représenter les souvenirs revêt une importance particulière, permettant d'intégrer les autres niveaux d'expérience du continuum (Hinz, 2019) et favorisant l'exploration d'un récit de manière corporelle, en s'inspirant de la suggestion de Malchiodi (2020) amenant le concept de *body-based narratives*. L'aspect symbolique module les états d'activation par la fonction de contenance des symboles, recommandée dans le travail des souvenirs traumatiques.

Pour favoriser la résilience des survivantes, nous suggérons d'ajouter une projection d'horizons positifs, comme recommandé par certains auteur·e·s (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Mouck, 2014; Pifalo, 2007). Cela permet de soutenir la croissance post-traumatique, un élément récurrent dans la littérature (Becker, 2015; Crenshaw, 2006; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Mouck, 2014; Pifalo, 2007; Nazarian, 2021). Finalement, en se basant sur les propos de Luzzatto et al. (2022), nous suggérons de prendre un moment pour regarder la ligne du temps avec une distance avant l'exploration verbale, en guise de stratégie pour aider à l'aspect temporel des mémoires.

Quant aux matériaux d'art, nous proposons d'utiliser différents types de crayons pour offrir une expérience contrôlée et sécuritaire, favorisant l'engagement des composantes cognitive (C) et symbolique (Sy) (Hinz, 2019). Les crayons sont particulièrement adaptés à la mise en images d'un récit visuel, permettant l'exploration narrative tout en assurant la contenance nécessaire pour traiter les souvenirs traumatiques (Gantt et Tinnin, 2009; Hass-Cohen et al., 2014; Lyshak-Stelzer et al., 2007). Le support d'un

format moyen peut offrir assez d'espace pour y tracer une ligne englobant les événements avant, pendant et après.

Pour adapter l'exercice de la ligne du temps à différents cas de figure, il est possible d'ajouter les forces mobilisées lors de l'événement ou d'autres éléments positifs, ce qui permet de mettre à jour les souvenirs à la lumière de ces nouvelles informations (Boudrias, 2021; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Tripp, 2007, 2012, 2016; Visser et Du Plessis, 2015). Pour les survivantes ayant du mal à percevoir leurs forces ou des éléments positifs, dessiner la ligne du temps du point de vue de quelqu'un qui les aime, comme suggéré par Hass-Cohen (2016), peut être bénéfique (voir annexe D). Si l'expression verbale est trop confrontante, raconter une version sécuritaire de l'histoire (Burns et O'Shea, 2017) ou écrire une chanson ou un poème (Lubow, 2009), peut être plus adapté (voir annexe D).

Nous recommandons d'utiliser différentes stratégies pour faciliter l'encodage du souvenir de manière séquentielle, comme prioriser les questions commençant par « Où? » et « Quand? » (Hass-Cohen, 2016) ou encore ajouter la date des événements sur la ligne (Rankin et Taucher, 2003). Ensuite, faire suivre l'exercice de la ligne du temps par un approfondissement de chaque souvenir évoqué sur la ligne, avec des images indépendantes, peut permettre de récupérer davantage d'informations et faire office d'exposition pour des souvenirs spécifiques. Cette récupération peut engager les autres niveaux du continuum, intégrant ainsi le corps et ses mémoires. Lors de la mise en images des souvenirs de la ligne du temps, il est crucial d'utiliser des principes de modification d'image, d'oscillation ou des méthodes de régulation affective pour maintenir les survivantes dans leur fenêtre de capacité (Haeyen et Staal, 2021; Rankin et Taucher, 2003; Schouten et al., 2019).

5.1.3.3.4 Proposition 11 : Dessin d'un moment clé d'un cauchemar traumatique

Notre onzième proposition concerne le traitement des cauchemars et s'inspire de la procédure bien établie de la thérapie par révision et répétition d'imagerie mentale (*Imagery Rehearsal Therapy*) de Krakow en thérapie cognitive-comportementale (TCC), largement validée empiriquement depuis plus de 30 ans (Krakow et Zadra, 2010). Les travaux d'Haeyen et Staal (2021), de Kehr et Haeyen (2024) et ceux de Versluys (2021) se fondent particulièrement sur cette approche. L'élément central de la procédure reste l'importance de la modification des images de cauchemars (Elbrecht, 2018; Hamel, 2022; Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024; Lusebrink et Hinz, 2016; Versluys, 2021). C'est pourquoi notre approche repose également sur cet élément.

Plus spécifiquement, nous proposons d'illustrer un moment critique d'un cauchemar traumatique, suivi de la modification d'un ou plusieurs éléments clés. Cette méthode mobilise la composante symbolique (Sy), considérant que les symboles sont le langage des cauchemars, et la composante perceptuelle (P) liée à la modification d'images (Hinz, 2019). Haeyen et Staal (2021) suggèrent aux art-thérapeutes de poser des questions sur l'environnement, sur les personnes présentes et sur les sensations ressenties dans le cauchemar, tout en associant les émotions à des couleurs pour créer la scène. Cette approche pourrait favoriser l'engagement d'autres composantes du continuum, telles que la composante sensorielle (S) et affective (A), permettant une mise en images plus incarnée du monde onirique.

La littérature propose l'intégration des ressources dans l'image pour renforcer le sentiment d'auto-efficacité (Hamel, 2022) ou encore la réduction de la taille du personnage menaçant pour rendre l'image moins activante (Lusebrink et Hinz, 2016). Cela dit, la proposition de Versluys (2021) est particulièrement pertinente : la modification devrait, lorsque possible, être une action mise en œuvre par la survivante, dans le but d'encourager l'autonomie et la prise de conscience de ses propres forces. Cette proposition nous apparaît comme renforçant encore plus le pouvoir d'agir des survivantes.

Nous proposons différents types de crayons (crayons de bois, crayons feutres, etc.) pour illustrer les cauchemars. Nous privilégions les médiums offrant du contrôle, car cela facilite la précision nécessaire pour représenter l'aspect symbolique des cauchemars. Par ailleurs, les résultats de l'étude d'Haeyen et Staal (2021) confirment que les crayons sont particulièrement efficaces. De plus, en se basant sur les MDV, il est essentiel de choisir un format de dessin adapté, en évitant les formats trop grands qui pourraient intensifier les réponses de peur. Un format petit à moyen est donc recommandé pour un travail thérapeutique sécuritaire.

En guise d'adaptation de notre proposition, on pourrait proposer l'utilisation de pastels secs. Ce médium intensifie l'expression émotionnelle et sensorielle de l'image, offrant ainsi une dimension affective plus profonde et potentiellement plus incarnée. Dans les situations où une plus grande contenance émotionnelle est nécessaire, une « boîte à cauchemars », comme recommandée par Hamel (2022), peut servir de support physique pour contenir les écrits et les images associés aux cauchemars, facilitant ainsi leur gestion et leur exploration thérapeutique.

Finalement, nous recommandons deux stratégies basées sur la répétition pour l'exercice. Premièrement, on peut répéter l'exercice en mettant en images des versions alternatives du cauchemar autant de fois que nécessaire (Versluys, 2021). Deuxièmement, prendre en photo les images modifiées et les regarder chaque soir au coucher est suggéré pour permettre de consolider les changements (Haeyen et Staal, 2021; Versluys, 2021).

5.1.3.3.5 Proposition 12 : Dessin d'une croyance négative à propos du corps

Bien que le travail des pensées et croyances puisse se faire progressivement et que certains principes d'oscillation, comme l'ajout d'une force ou d'une émotion agréable dans l'image, puissent être une forme de restructuration cognitive, une proposition distincte permet de traiter plus spécifiquement les symptômes D2 (croyances négatives) et D3 (distorsions cognitives) au niveau de l'expérience C/Sy. La restructuration cognitive aide les personnes en traitement à se percevoir comme des survivantes et non des victimes, renforçant ainsi leur résilience, un facteur de protection crucial dans le TNS (Lubow, 2009). Pour cette raison, nous proposons une dernière activité art-thérapeutique qui consiste à la création un dessin représentant une ou plusieurs croyances négatives à propos de leur corps découlant du traumatisme. Ensuite, nous suggérons un exercice engageant le corps à travers des mouvements amples, à la manière de Florence Cane (1951). Enfin, nous encourageons une seconde création, offrant une réponse créative à l'image initiale, envisagée du point de vue d'une personne qui les aime ou les a aimées par le passé. Nous proposons le mouvement entre les deux créations, parce qu'il a été démontré que le mouvement augmente la flexibilité cognitive et soutient la créativité, ce qui facilite l'émergence de nouvelles idées et associations (Banfield et Burgess, 2013; Hinz, 2019; Slepian et Ambady, 2012). Cette approche prépare donc les survivantes à utiliser leur flexibilité cognitive pour envisager les choses sous une perspective différente. Quant au fait qu'il y a deux créations à réaliser, nous nous sommes inspirée du protocole de Hass-Cohen et Clyde Findlay (2019) qui a montré des changements cognitifs positifs chez la participante lors d'alternance entre la création d'images difficiles et d'images positives. Finalement, cette proposition s'appuie également sur les recommandations de Hass-Cohen (2016) pour créer des œuvres du point de vue d'autrui. Cette dernière méthode pourrait favoriser une perception de soi plus compatissante et une vision de soi davantage associée à une image de survivante et non de victime.

Quant aux matériaux, nous proposons ceux qui peuvent solliciter davantage la composante cognitive tels divers types de crayons pour la mise en images de la pensée ou croyance négative et pour la deuxième création, nous proposons de laisser le libre choix pour permettre une plus grande créativité.

Nos adaptations sont basées sur les propos de plusieurs auteur·e·s qui suggèrent une approche ascendante à la restructuration cognitive. Cela peut être utile pour les survivantes ayant une préférence pour le niveau K/S du continuum ou ayant des difficultés à identifier leurs croyances et pensées distorsionnées. Cette méthode peut également être utile lorsque les survivantes reconnaissent rationnellement une nouvelle croyance, mais ne parviennent pas à la ressentir, ou lorsque des croyances conflictuelles sont présentes (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tripp, 2016). On parle ici plus spécifiquement des approches de McNamee (2006), Talwar (2007) et Tripp (2016) qui proposent des techniques artistiques centrées sur le corps et la stimulation bilatérale pour traiter les traumatismes. Ces techniques font émerger les pensées à partir du corps à travers des scans corporels ou des dessins de contour du corps, en créant à partir des sensations corporelles liées aux croyances. Les sensations, émotions ou images associées sont exprimées dans une série de productions artistiques généralement avec de la peinture tactile, souvent en alternant les mains pour chaque dessin. Ces approches ascendantes à la restructuration cognitive visent à respecter la neurobiologie du traumatisme.

Enfin, nous recommandons de discuter avec les survivantes des croyances négatives et pensées distorsionnées les plus communes. Une liste peut également être fournie avant de commencer ce travail cognitif (psychopédagogie). Le travail de restructuration peut se poursuivre à mesure du processus créatif et du narratif du trauma comme l'ont suggéré de nombreux auteur·e·s (Hass-Cohen et al., 2014; Huss et al., 2012; Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020; Rosen Saltzman et al., 2013; Steele et Kuban, 2012; Talwar, 2007).

En somme, ce chapitre a exposé notre répertoire d'interventions personnalisables ainsi que nos douze propositions, soigneusement ancrées dans le modèle du Continuum des Thérapies Expressives (CTE). Chacune d'elles a été rigoureusement justifiée à l'aide de la littérature scientifique pertinente. Penchons-nous à présent sur les limites de notre recherche et sur les principales recommandations pour les études futures.

CHAPITRE 6

LIMITES DE LA RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS

Concernant les limites de notre recherche, il est important de mentionner que notre répertoire d'interventions art-thérapeutiques personnalisables se base largement sur des écrits qui n'ont pas été testés empiriquement. Comme nous l'avons vu, ces écrits comportent des limites importantes notamment au plan des échantillons (taille), de l'absence de suivi post-traitement et de groupe contrôle, de la difficulté à délimiter l'impact de l'art-thérapie lorsqu'elle s'inscrit dans une offre de soins diversifiées et des interventions art-thérapeutiques qui sont offertes par des professionnel-le-s qui ne sont pas des art-thérapeutes professionnel-le-s. Concernant le modèle du CTE, Riccardi et Rodrigues (2023) soulignent qu'il repose sur des bases scientifiques solides, mais qu'il nécessite encore une validation empirique plus approfondie. Dans cet ordre d'idées, les auteures comme Malchiodi (2020) et Elbrecht (2018) qui discutent du modèle dans le contexte du traumatisme n'ont pas mené des recherches empiriques à son sujet. C'est également le cas de notre recherche. En effet, nos propositions art-thérapeutiques sont appuyées sur de nombreuses sources, mais elles restent théoriques et n'ont pas été testées empiriquement. Ces limites doivent être prises en compte pour des futures recherches en art-thérapie.

De fait, puisque cette thèse est purement théorique et constitue une première tentative de développer des propositions art-thérapeutiques dans le traitement du TNS chez l'adulte sous l'égide du CTE, nous recommandons de procéder à des recherches empiriques pour évaluer l'efficacité des interventions proposées. Les experts insistent sur l'importance, voire l'urgence, de mener ce type de recherche appliquée dans le domaine de l'art-thérapie en traumatisme (Baker et al., 2018; Kaiser et Deaver, 2013) et à propos du CTE plus spécifiquement (Stayne, 2021).

Pour ce faire, nous proposons de suivre les étapes du modèle de Fraser et Galinsky (2010). Notre recherche s'est concentrée principalement sur les deux premières étapes de leur méthode. La troisième étape consiste à tester les propositions sur un petit échantillon, par exemple à travers une étude de cas, afin de raffiner et d'adapter les interventions selon divers contextes. Les adaptations pourraient inclure des spécificités telles que le type d'agression (conjugal, incestueux, etc.), la relation entre l'agresseur et la victime, le moment de l'agression (enfance versus âge adulte) ainsi que la complexité du traumatisme (simple versus complexe). Étant donné l'évolution rapide du domaine du traumatisme, il est essentiel d'intégrer les nouvelles découvertes dans les propositions art-thérapeutiques avant d'entreprendre les interventions pilotes. Il est également recommandé de tester les propositions en limitant l'intervention à

l'art-thérapie, excluant tout autre suivi parallèle. On propose l'utilisation des mesures mixtes, se basant à la fois sur des méthodes qualitatives et quantitatives, en y incluant des mesures pré-test et post-test (Fraser et al., 2009). La quatrième étape du modèle de Fraser et Galinsky (2009) implique de tester les propositions sur un échantillon plus large et sur des échantillons diversifiés. Il serait pertinent de tester tout d'abord les propositions sur un échantillon diversifié, représentatif de la population, en y incluant des personnes racisées, des membres de la communauté LGBTQ+ et des hommes. Les interventions proposées pourraient également faire l'objet d'adaptations et d'études en fonction de ces éléments de diversité.

Pour garantir une approche inclusive et sensible, il est crucial de permettre aux individus d'exprimer leur expérience subjective du modèle du CTE. Cela pourrait être réalisé, par exemple, à travers des entretiens qualitatifs suivant des méthodes phénoménologiques descriptives ou interprétatives. Cette approche permettrait d'explorer en profondeur les besoins spécifiques des survivantes et de comprendre les facteurs influençant l'efficacité du traitement, y compris le rôle des matériaux artistiques et de la relation thérapeutique. Idéalement, tel que recommandé par Fraser et al. (2009), une combinaison d'approches devrait être envisagée. Nous recommandons à cette étape un suivi post-traitement, afin de mesurer la durabilité de l'apport du traitement.

Enfin, il est aussi crucial que les recherches futures soient menées par des art-thérapeutes professionnel·le·s, car ils·elles sont formé·e·s pour comprendre le modèle du CTE, contrairement à d'autres professionnels de la santé mentale. Cela limiterait le risque d'une application rigide des propositions et réduirait la possibilité que le protocole devienne un modèle standardisé, utilisé sans jugement clinique préalable. En outre, certains sujets cruciaux tels que les enjeux liés à la sexualité, les interventions spécifiques à une population masculine et l'impact potentiel de l'approche art-thérapeutique féministe dans le traitement du TNS méritent une exploration plus approfondie dans les études futures. Finalement, tel qu'évoqué précédemment, l'évaluation initiale du CTE pourrait faire l'objet d'une adaptation pour offrir la structure nécessaire à l'accompagnement des survivantes d'agression sexuelle.

CONCLUSION

Dans le cadre de cette thèse, nous avons l'objectif d'élaborer un répertoire d'interventions personnalisables selon de modèle du Continuum des Thérapies Expressives (CTE) destinées aux art-thérapeutes professionnel-le-s pour traiter le traumatisme de nature sexuelle (TNS) chez l'adulte en contexte de thérapie individuelle. Pour ce faire, nous avons d'abord exploré les bases théoriques entourant le TNS, notamment en explorant les symptômes et conséquences spécifiques découlant de ce type d'agression classés en trois grandes catégories (corps, émotions et cognitions). Nous avons exploré l'art-thérapie comme modalité de traitement, en répertoriant huit approches de traitement principales des traumatismes ayant chacune leurs propres méthodes. Nous avons recensé les points de convergence entre ces approches et les différents écrits pertinents dans le domaine sous le prisme des cibles thérapeutiques. À ce sujet, nous avons écrit un premier article en empruntant la taxonomie de Cooper (1988). Cela nous a permis de faire une synthèse de la littérature exhaustive au sujet des principales cibles thérapeutiques contemporaines en art-thérapie dans le traitement du TNS chez l'adulte. Tel que mentionné, aucune revue de littérature n'avait récemment recensé ces différentes cibles contemporaines dans le domaine. L'article visait précisément à combler cette lacune. Ainsi 60 ouvrages ont été analysés afin d'identifier les cibles et méthodes récurrentes. Les résultats ont été organisés en trois catégories de cibles de traitement (corps, émotions et cognitions) et divisés en dix sous-cibles (*i.e.* sentiment de sécurité, régulation du système nerveux autonome, conscience corporelle, réappropriation du corps et corporéité, régulation affective, expression identification des émotions, ressources, souvenirs, cauchemars, croyances et pensées). À la lumière de cette diversité d'approches et de cibles thérapeutiques, nous avons identifié une problématique majeure dans le domaine de l'art-thérapie : son apparente fragmentation, en l'absence d'une structure unificatrice. Nous avons comparé les différentes approches à des organes essentiels d'un organisme vivant, et proposé le CTE comme une sorte de peau, d'os et de ligaments permettant de relier ces organes pour former un tout cohérent. Ce modèle se présente ainsi comme un cadre capable d'intégrer les notions issues des différentes approches et d'aborder l'ensemble des cibles thérapeutiques dans le traitement du TNS. Ce faisant, nous avons mis en lumière sa capacité à devenir un modèle intégratif dans le traitement du TNS et nous avons proposé une nouvelle terminologie pour le qualifier CTE-TNSA (Continuum des Thérapies Expressives dans le Traitement du Traumatisme de Nature Sexuelle chez l'Adulte). Nous avons discuté du potentiel du modèle dans un deuxième article scientifique. Celui-ci

soutient l'idée que le modèle peut permettre d'identifier un point d'entrée thérapeutique approprié et de fournir des lignes directrices pour un traitement personnalisé, sécuritaire et global. Les différentes cibles de traitement identifiées dans le premier article sont discutées en analysant la contribution du modèle et sa compatibilité avec la littérature. L'article montre que chaque grande classe de cibles de traitement (corps, émotions, cognitions) et les symptômes et conséquences associées, correspondent assez naturellement aux différents niveaux du CTE portant sur le corps (Kinesthésique/Sensoriel), les émotions (Perceptuel/Affectif) et les cognitions (Cognitif/Symbolique). Ce faisant, l'article tente de démontrer que le CTE englobe tout le savoir du domaine de l'art-thérapie dans le traitement du traumatisme. Nous avons ensuite élaboré douze propositions art-thérapeutiques associées aux différentes cibles thérapeutiques selon le modèle du CTE-TNSA ce qui constitue le répertoire d'interventions personnalisables. Nous avons également discuté du rationnel derrière chacune des interventions proposées. Ces propositions se veulent une fondation dynamique sur laquelle les art-thérapeutes professionnel-le-s peuvent s'appuyer dans l'application de l'art-thérapie auprès de cette clientèle. Ainsi, notre recherche répond à un besoin de définir les pratiques et à générer des connaissances pratiques dans le domaine. Elle offre aussi un canevas de référence pour les futures études sur l'efficacité des diverses interventions dans le domaine. En ce sens, le CTE-TNSA agit comme une structure vivante : il forme un corps cohérent et dynamique, capable de mouvement et prêt à faire le prochain pas vers de nouvelles avancées.

ANNEXE A

CRITÈRES DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Critères diagnostiques **309.81 (F43.10) du DSM-5-TR**

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
- Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles

réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

- Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

- Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
- État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

- Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
- Hypervigilance.
- Réaction de sursaut exagérée.
- Problèmes de concentration.
- Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

ANNEXE B ÉVALUATION INITIALE DU CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES

- **Médium Préféré :** _____

Fluide 1 2 3 4 5 Résistant

- **Force de la préférence :** Flexible 1 2 3 4 5 Rigide

- **Interaction avec le Médium (Utilisation des Médias) :**

Fluide 1 2 3 4 5 Résistant

- **Interaction avec le Médium : Réponses aux Limites et contraintes**

- Taille du Papier Choisi : Minuscule – Petit – Moyen – Grand – Très Grand
- Quantité de Médium Utilisé : Petite – Moyenne - Grande
- Respect des Contraintes Temporelles : Inquiétude – Approprié – Aucun Respect
- Limite du Processus Créatif : S'arrête prématurément – Persévère Inadéquatement
- Réponse aux Consignes/Instructions : Inquiétude – Approprié – Aucun Respect

5. **Interaction avec le Médium : Engagement et Tolérance à la Frustration :**

- Abandonne Facilement – Persévère de manière appropriée - Pleinement engagé à finir

6. **Interaction avec le Médium : Prise de Risque**

- S'en tient au familier – Essaye de nouveau avec encouragement – Expérimente librement

7. **Interaction avec le Médium: Niveau d'Énergie**

- Ennuyé – Apathique – Intéressé – Impliqué – Excité

8. **Interaction avec le Médium : Capacité d'adaptation**

Réponse aux « Erreurs » Commises : Se Ferme – Persévère - Crée

Réponse aux défis-obstacles du Média/Processus : Se Ferme – Persévère - Crée

Réponse à l'Inconnu : Évite – Attend - Approche

Conscience et réponse aux contraintes temporelles/médiatiques

9. **Qualité des Commentaires Verbaux**

Représentation des composantes du CTE : K S A P C Sy Cr

Débit/Volume de Parole : Fort, rapide, sous pression - Lent, réfléchi, calme

Logique Manifesté : Bizarre – Irrationnelle – Réfléchie – Créative

10. **Éléments Stylistiques ou Expressifs des Productions Artistiques Finales**

- Niveau de Développement : Rétrogradé - Approprié - Avancé
- Qualité des Lignes et des Formes : Hésitante – Assurée - Audacieuse
- Utilisation de l'Espace : Moins de 1/4 - Modérée - Plus de 3/4

- Indicateurs Organiques : Intégration, Persévération, Agulation, Autre : _____
- Prédominance des Couleurs : Aucune Couleur – Usage Modéré (3-4 couleurs) – Haute Couleur
- Type de Couleurs : Basse Excitation – Mélange de Basses et Hautes Excitations – Haute Excitation
- Adéquation des Couleurs : Utilisation Bizarre – Utilisation Appropriée – Utilisation Créative
- Niveau d'Intégration : Excellente Intégration – Cohérente - Mauvaise Gestalt

Contenu et Symbolisme : _____

Traduction libre de Hinz (2017, p. 37)

ANNEXE C EXTRAITS DU JOURNAL DE BORD RÉFLEXIF

C.1 Extrait 1

Ouvrage : Goodarzi, G., Sadeghi, K. et Foroughi, A. (2020). The effectiveness of combining mindfulness and art-making on depression, anxiety and shame in sexual assault victims: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 71(101705), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101705>

L'étude porte sur les femmes ayant vécu une agression sexuelle avec un échantillon de 16 participantes. L'intervention combine la pleine conscience pour favoriser l'apaisement et l'utilisation des arts pour soutenir l'expression. La méthodologie est solide (groupe contrôle et mesures pré-post), mais une limite notable est que les ateliers n'ont pas été facilités par des art-thérapeutes, mais par des professionnel-le-s ayant reçu 30 heures de formation en art-thérapie. Le programme n'est donc pas considéré comme de l'art-thérapie à part entière, puisqu'il n'incluait d'exploration symbolique des productions artistiques. Malgré cette limite, l'étude demeure importante puisqu'elle cible directement des adultes ayant vécu un TNS, a un échantillon plus grand que la moyenne, est bien menée et rapporte des résultats empiriques positifs. L'intervention proposait huit consignes artistiques associées à des matériaux précis, avec un accent marqué sur le corps et l'engagement sensoriel. Cela offre un appui empirique aux cibles et méthodes associées au corps, mais aussi plusieurs propositions artistiques correspondent à la composante sensorielle du CTE. Par exemple, la consigne de créer des images représentant les cinq sens semble correspondre à ce qu'on entend dans les thérapies ascendantes par « extéroception » et semble avoir été proposé comme une méthode d'ancrage. Cette proposition me semble un bon exemple à discuter pour illustrer les méthodes appropriées associées aux cibles thérapeutiques entourant le corps.

C.2 Extrait 2

Ouvrage : Rappaport, L. (2010). Focusing-oriented art therapy: Working with trauma. *Person-Centered et Experiential Psychotherapies*, 9(2), 128-142. <https://doi.org/10.1080/14779757.2010.9688513>

L'auteure décrit l'application de l'art-thérapie dans l'approche Focusing auprès de personnes ayant vécu un trauma. Cette approche combine la méthode de Focusing de Gendlin (1981, 1996), organisée en six étapes, avec les principes de l'art-thérapie. L'article présente d'abord une vision d'ensemble, puis illustre l'application clinique par une étude de cas d'une femme adulte survivante d'agression sexuelle. Une consigne artistique proposée, *All fine space*, m'apparaît particulièrement intéressante. Elle se distingue de la consigne plus classique du *safe place*, souvent difficile pour certaines personnes, puisque l'étape préalable de dégagement de l'espace permet de créer un espace perçu comme « all fine ». Cela me semble offrir une voie plus accessible et nuancée pour travailler le sentiment de sécurité, surtout pour les survivantes pour qui représenter un lieu sécurisant constitue un défi. Cette consigne pourrait donc contourner un obstacle relevé par plusieurs auteur-e-s concernant la difficulté d'atteindre un état de sécurité intérieure. L'aspect structuré de la démarche paraît aussi protecteur, en réduisant le risque de dysrégulation. Cette approche s'intègre bien au modèle du CTE, particulièrement au niveau K/S, en permettant d'aborder le sentiment de sécurité à travers l'engagement corporel. Elle pourrait ainsi représenter une contribution concrète et transférable au répertoire.

C.3 Extrait 3

Ouvrage : Lubow, N. E. (2009). *Cross-modal creative arts therapy: A training manual for practitioners* (publication n° 3384594) [Thèse de doctorat, Université de Cincinnati]. ProQuest.

L’auteure présente un manuel de formation en thérapie créative multimodale pour les thérapeutes par les arts oeuvrant auprès de survivant·e·s d’événements traumatiques, sans toutefois avoir été testé empiriquement. Le programme se veut global en ciblant le corps, les émotions et les cognitions à travers diverses modalités artistiques. L’accent mis sur le sentiment de sécurité est particulièrement notable : il est abordé non seulement sur le plan physique, mais aussi émotionnel et relationnel. Des exercices sont développés pour explorer ces différentes dimensions, mais la distinction entre eux n’est pas toujours claire, certains apparaissant redondants (ex. consignes répétées autour de la signature, relevant davantage de la composante symbolique). Cela me conduit à penser que je pourrais proposer de travailler le sentiment de sécurité à plusieurs niveaux du CTE. Je pourrais le proposer de manière plus corporelle, mais suggérer des alternatives pour qu’il puisse être travaillé à tous les niveaux du continuum. Cela ferait en sorte que, peu importe où la personne se situe sur le continuum, elle pourrait partir de là. Il serait également pertinent de réfléchir à en faire une cible transversale de mon répertoire, au regard des différents angles envisageables. Aussi, une consigne proposée par l’auteur nommé *Internalizing the safe place* qui vise à travailler le sentiment de sécurité retient mon attention. Il permet d’aborder à la fois le sentiment de sécurité et celui d’insécurité, en utilisant l’image de la sécurité comme contenant de celle abordant l’insécurité. Ça me semble faire écho à la fonction de contenance de la composante perceptuelle dans le CTE et aussi aux principes d’oscillation des thérapies ascendantes. Je pense que cette démarche pourrait offrir une alternative aux consignes traditionnelles du *safe place* et contourner certains blocages. Toutefois, introduire des éléments de non-sécurité dans une image censée représenter la sécurité pourrait produire l’effet inverse de celui recherché. Je pourrais alors l’indiquer comme une possibilité (une variante) et ce sera alors à l’art-thérapeute et à la survivante de déterminer la pertinence de cette consigne. Aussi, le choix des matériaux n’est pas justifié : les mêmes sont souvent repris, sans rationnel explicite. Je me demande si cela est dû à des contraintes d’accès aux matériaux, mais dans ce contexte il demeure difficile d’accorder une grande importance à leurs propositions en matière de médiums artistiques.

C.4 Extrait 4

Ouvrage : Adeniyi, L. B. (2014). *Group art therapy for adult female victims of sexual violence* [Mémoire de maîtrise, Université d’Indiana]. Scholar Works.

<https://scholarworks.indianapolis.iu.edu/server/api/core/bitstreams/ee010496-b322-4173-8f91-afccfae26c1d/content>

Cet ouvrage présente un programme d’art-thérapie de groupe destiné à des femmes adultes survivantes d’agression sexuelle. Il n’a pas été testé empiriquement. Les ateliers proposés sont détaillés, expliquant le rationnel derrière les propositions. Les matériaux d’art sont discutés sous l’angle du CTE. L’ouvrage propose plusieurs ateliers pertinents, mais plusieurs sont difficilement adaptable au travail individuel en thérapie ou complexe à mettre en place de manière générale. Par exemple, l’atelier sur le contrôle (t-shirt *tie-dye*) paraît complexe à réaliser; une alternative plus simple aurait pu être l’utilisation de l’aquarelle (par exemple mandalas fluides ou peinture sur papier humide). Cela me fait penser que les mandalas fluides pourraient être pertinents : ils intègrent à la fois une dimension de fluidité émotionnelle

(selon le CTE), tout en demeurant très contenus, ce qui pourrait prévenir un sentiment d'impuissance ou de perte de contrôle. Par ailleurs, certaines consignes me semblent moins adaptées à mon contexte, comme l'activité *Walk in my shoes*, qui utilise un soulier et sa décoration pour illustrer les symptômes. Cette dernière paraît plutôt conçue pour un contexte de groupe, voire pour un groupe à visée d'action sociale. L'auteure propose également un exercice créatif consistant à créer une boîte pour contenir le trauma, sans jamais l'ouvrir. Cette approche semble aller à l'encontre des recommandations actuelles, qui privilégient l'intégration du souvenir traumatique dans la mémoire autobiographique plutôt que de laisser le traumatisme 'encapsulé'. Par contre, je remarque que l'utilisation de boîtes ou autres formes de contenant revient souvent dans les écrits et pourrait correspondre à la composante perceptuelle du CTE, permettant la régulation et potentiellement de prévenir la retraumatisation.

ANNEXE D TABLEAU RÉSUMÉ DE LA RECENSION EXHAUSTIVE DE LA LITTÉRATURE SUR LES CIBLES THÉRAPEUTIQUES EN ART-THÉRAPIE

Cibles thérapeutiques	Propositions artistiques	Matériaux d'art
CIBLE 1 Sentiment de sécurité	1.1 Propositions en lien avec le lieu sécurisant • Représenter un lieu sécurisant (Adeniyi, 2014; Elbrecht, 2018; Hamel, 2021; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Heijman et al., 2024; Gantt et Tinnin, 2009; Lubbers, 2017, 2019; Mouck, 2014; Pifalo, 2007; Rappaport, 2010; Schouten et al., 2019) • Représenter un moment sécurisant (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015) • Représenter le sentiment de sécurité (Mouck, 2014). • Créer un environnement sécuritaire pour un personnage fictif (Malchiodi, 2020) • Créer une sculpture représentant la sécurité (ancrage) (Elbrecht, 2013) • Représenter symboliquement le <i>felt sense</i> ressenti dans le <i>All fine place</i> ou le lieu (Rappaport, 2010)	• Dessin ou collage (Adeniyi, 2014; Elbrecht, 2018; Hamel, 2021; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Heijman et al., 2024; Gantt et Tinnin, 2009; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Mouck, 2014; Pifalo, 2007; Rappaport, 2010; Schouten et al., 2019; Tripp et al, 2019) • Matériaux 3D (Elbrecht, 2018; Hamel, 2021; Gerig Shelly, 2022)
	1.2 Propositions basées sur le principe d'oscillation • Créer un collage à partir d'images de sécurité et d'images liées au trauma (Tripp et al, 2019) • Créer une image représentant à la fois les sentiments de sécurité d'insécurité (Lubow, 2009) • Représenter respectivement les <i>felt sense</i> du sentiment de sécurité et du trauma dans un tracé du corps (Lubbers, 2017, 2019)	
CIBLE 2 Régulation du système nerveux autonome sympathique	2.1 Décharge des tensions et rythmes de guérison • Décharger les tensions par le dessin bilatéral rythmé et kinesthésique (Elbrecht 2018; Malchiodi, 2020). • Compléter les réponses de survie du SNAS par le dessin bilatéral (Elbrecht, 2018) • Utiliser les méthodes <i>Motor reaction de-freezing techniques</i> (Hamel, 2021) • Créer une réponse par l'art, suite à une relaxation musculaire progressive (Mouck, 2014) • Relâcher les tensions à l'aide de l'argile (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013)	• Dessin bilatéral (Elbrecht 2018; Malchiodi, 2020) • Jeu de sable et marionnettes impliquant du mouvement (Hamel, 2021) • Argile (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013; Elbrecht et Antcliff, 2014)

2.2 Relaxation du corps par les sens

- Mettre en image les effets d'une relaxation corporelle (Nazarian, 2021)
 - Représenter les effets d'étirements doux du corps avec de l'argile (Goodarzi et al., 2020)
 - Explorer des sensations relaxantes à l'aide des matériaux d'art (Patrick, 2021)
- Matériaux d'art engageant les sens (e.g., argile, peinture tactile, tissus) (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen 2016; Hinz, 2009a; Patrick, 2021)
 - Dessin (Nazarian, 2021)

Outils complémentaires

- Exercices de pleine conscience (Goodarzi et al., 2020; Lubow 2009; Naff, 2014; Nazarian, 2021; Mouck, 2014)
- Utilisation de l'eau chaude et de l'argile pour favoriser la relaxation (Chesnot et Chidiac, 2020)
- Écoute de musique douce (Nazarian, 2021)
- Utilisation des souvenirs sensoriels positifs comme ressource (Malchiodi, 2020)

CIBLE 3 Conscience corporelle

3.1 Extéroception

- Représenter différents sens en image (Goodarzi et al., 2020)

3.2 Intéroception

- Réaliser un tracé du corps en miniature ou grandeur réelle (Dansky, 2022; Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Nazarian, 2021; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022; Tripp, 2016; Zielona-Jenek et al., 2019)
- Réaliser un tracé du corps avant et après un scan corporel (Nazarian, 2021)
- Mettre en image des sensations corporelles (Sigal et Rob, 2021)

3.2.1 Propositions en lien avec les sensations traumatiques

- Représenter le corps et colorier les organes activés durant le trauma (Goodarzi et al., 2020)
- Mettre en image les sensations physiques résultant du trauma (Sigal et Rob, 2021)
- Représenter le corps dissocié sous forme d'une poupée (Stace, 2014)

- Dessin (Dansky, 2022; Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Nazarian, 2021; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022; Sigal, 2021; Sigal et Rob, 2021; Tripp, 2016; Zielona-Jenek et al., 2019)
- Matériaux d'art engageant les sens (Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013)
- Textiles et poupées (Stace, 2014)

Outil complémentaire

- Scan corporel (Goodarzi et al., 2020)

CIBLE 4 Réappropriation du corps et corporéité	• Réaliser un tracé du corps grandeur nature axé sur ce qui l'habite (Lubbers, 2017, 2019; Zielona-Jenek et al., 2019) • Représenter les frontières corporelles et leur protection symbolique (Shuman et al. 2022) • Mouler d'une partie du corps (Zielona-Jenek et al., 2019) • Confectionner une poupée (Vanloo-Rivard, 2020) • Explorer le thème de la sexualité par l'illustration d'un symbole féminin (Wakerley, 2008) • Aborder le thème de la sexualité (Huss et al., 2012; Wakerley, 2008)	• Matériaux mixtes et dessins (Lubbers, 2017, 2019; Rappaport, 2010; Shuman et al. 2022; Wakerley, 2008) • Peinture tactile (Zielona-Jenek et al., 2019) • Bandelettes de plâtre (Zielona-Jenek et al., 2019) • Textiles et poupée (Vanloo-Rivard, 2020)
---	--	---

Outil complémentaire

- Questionnaire de Davis (1990) de son ouvrage *The Courage to Heal Workbook*

<i>Favoriser la résurgence de souvenirs traumatiques corporels</i>	Voir cible thérapeutique sur la récupération des souvenirs traumatiques, section cibles cognitives (3.1.4.3.2.1)
--	--

Cibles thérapeutiques	Propositions artistiques	Matériaux d'art
CIBLE 5 Régulation affective	• Mettre en image la fenêtre de capacité (Tripp, 2022) • Créer un objet représentant un moment d'ancrage (Malchiodi, 2020) • Créer un symbole représentant le moment présent (Rankin et Taucher, 2003) • Façonner un ancrage en argile (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015)	• Dessin avec ou sans stimulation bilatérale (Malchiodi, 2020; Rankin et Taucher, 2003; Tripp, 2022) • Argile (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015) • Matériaux sensoriels pour soutenir la titration (Patrick, 2021)

Outils complémentaires

- Apprentissage de stratégies de coping (*anchors, grounding*)
- Liste des ancrages vagal ventral (Dana, 2018)
- Mouvements doux de yoga
- Relaxations musculaires progressives
- Auto-câlins
- Visualisations et méditations guidées
- Techniques de pleine conscience
- Techniques de respiration (Malchiodi, 2020; Mouck, 2014)

CIBLE 6 Émotions

6.1 Expression des émotions

- Représenter les émotions ou la souffrance (Adeniyi, 2014; Avrahami, 2006; Becker, 2015; Elbrecht, 2018; Hogg, 2018; Pifalo, 2007; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lustman, 2007; Malchiodi, 2020; Rappaport, 2010; Steele et Kuban, 2012; van Westrhenen et al., 2017; Zielona-Jenek et al., 2019)
- Exprimer les émotions sur un grand format (Tripp et al., 2019)
- Gribouiller l'émotion en couleurs (Adeniyi, 2014)
- Dessiner un paysage émotionnel (Lustman, 2017)
- Dessiner l'agresseur sous forme symbolique, entouré des émotions vécues (Pretorius et Pfeifer, 2010)
- Réaliser un tracé du corps avec les émotions à l'intérieur (Dansky, 2022; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022)
- Ajouter des autosoins et des couleurs de guérison dans la production artistique (Goodarzi et al., 2020; Luzzatto et al., 2022)
- Dessin ou collage (Adeniyi, 2014; Avrahami, 2006; Becker, 2015; Dansky, 2022; Elbrecht, 2018; Hogg, 2018; Goodarzi et al., 2020; Pifalo, 2007; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lustman, 2007; Malchiodi, 2020; Pretorius et Pfeifer, 2010; Rappaport, 2010; Steele et Kuban, 2012; van Westrhenen et al., 2017; Zielona-Jenek et al., 2019)
- Matériaux mixtes en 3D (Hamel, 2021; Gerig Shelly, 2022)
- Argile (Elbrecht, 2013)

6.2 Propositions ciblées sur une émotion

6.2.1 Peur et terreur

- Réaliser une narration visuelle jumelée à un recadrage cognitif (Steele et Kuban, 2012)
- Réaliser des images de danger et de sécurité (Lyshak-Stelzer et al., 2007)
- Représenter la peur sous forme symbolique (*felt sense*) (Rappaport, 2010)
- Dessin (Lyshak-Stelzer et al., 2007; Rappaport, 2010, Steele et Kuban, 2012)

6.2.2 Culpabilité et honte

- Représenter un paysage représentant le lâcher-prise de la culpabilité (Wakerley, 2008)
- Modeler l'argile et bouger le corps (Goodarzi et al., 2020)
- Réaliser des scans corporels centrés sur l'autocompassion (Goodarzi et al., 2020)
- Créer un environnement sécuritaire pour un personnage fictif dans une visée d'autocompassion (Malchiodi, 2020)
- Dessiner un monstre de la honte (Mischke-Reeds, 2018)
- Représenter visuellement la honte (Mischke-Reeds, 2018)
- Dessin (Mischke-Reeds, 2018)
- Argile (Goodarzi et al., 2020)

6.2.3 Sentiment d'impuissance

- Confectionner un masque intérieur-extérieur (van Westrhenen et al., 2017)
- Réaliser un collage d'images traumatiques et de sécurité (Tripp et al., 2019)
- Utiliser l'espace interne d'un rectangle pour représenter la protection (Elbrecht, 2018)
- Masques (van Westrhenen et al., 2017)
- Collage (Tripp et al., 2019)
- Dessin (Elbrecht, 2018)

6.2.4 Colère

- Marteler du bois (Hamel, 2021)
- Projeter de la peinture (Hamel, 2021)
- Frapper de l'argile (Hamel, 2021)
- Donner une forme à la colère avec de l'argile et créer un contenant pour la déposer (Mouck, 2014)
- Créer une sculpture en argile (Lustman (2007)
- Tracer des lignes pour relâcher la colère (Elbrecht, 2018; Hamel, 2021; Mouck, 2014)
- Représenter l'agresseur emprisonné (Pifalo, 2007)
- Bois (Hamel, 2021)
- Peinture (Hamel, 2021)
- Argile (Hamel, 2021; Lustman, 2007; Mouck, 2014; Wakerley, 2008)
- Pastels à l'huile (Hamel, 2021; Mouck, 2014)
- Dessin (Pifalo, 2007)

Outil complémentaire

- Écrire une lettre adressée à l'agresseur (Lustman, 2007; Mouck, 2014 adapté de Meekums, 2000; Pifalo, 2007)
-

6.3 Identification des émotions

- Explorer les émotions de base (Lubow, 2009)
- Explorer les émotions de base à l'aide du dessin bilatéral (Malchiodi, 2020)
- Confectionner des masques (Adeniyi, 2014; Lustman, 2017; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013)
- Dessin (Lubow, 2009; Malchiodi, 2020)
- Masques (Adeniyi, 2014; Lustman, 2017; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013)

Outil complémentaire

- Ajout de musique pour évoquer des émotions (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020)
-

Cibles thérapeutiques	Propositions artistiques	Matériaux d'art
CIBLE 7 Ressources	7.1 Ressources internes • Mettre en image les forces personnelles (Elbrecht, 2018; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et al., 2018; Luzzatto et al., 2022; Visser et Du Plessis, 2015) • Représenter les forces et défis (Murray et al., 2017) • Mettre en image les ressources internes mobilisées durant l'événement traumatique (Wakerley, 2008) • Mettre en image les forces ayant permis de survivre (Mouck, 2014) • Situer les forces à l'intérieur d'un tracé du corps (Luzzatto et al., 2022) • Explorer les symboles représentant les forces (Backos, 2021) • Représenter visuellement les <i>Value Ladders</i> (i.e., valeurs, forces personnelles et mécanismes de coping utilisés lors de situations difficiles) (Visser et Du Plessis, 2015) 7.1.1 Développement des capacités de résilience • Mettre en image une partie vulnérable et une partie protectrice de soi (Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Mouck, 2014) • Mettre en image une partie de soi sous forme de personnage capable de pratiquer l'autosoin et manifester de l'autocompassion (Mouck, 2014) • Créer une boîte comme lieu de guérison pour l'enfant intérieur (Elbrecht, 2018)	• Matériaux 2D (Elbrecht, 2018; Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Hamel, 2021; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et al., 2018; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Murray et al., 2017; Mouck, 2014; Pearce et al., 2023; Rappaport, 2010; van Westrhenen et al., 2017; Visser et Du Plessis, 2015) • Matériaux 3D (Elbrecht, 2018; Murray et al., 2017; Pifalo, 2007)

	• Prendre soins d'un personnage symbolique vulnérable et lui créer un environnement sécurisant (Malchiodi, 2020) • Reconstruire un pot d'argile brisé (Murray et al., 2017) • Mettre en images la métaphore de la semence (Luzzatto et al., 2022; Pearce et al., 2023) • Utiliser visuellement la symbolique d'un arbre qui grandit (Malchiodi, 2020) • Utiliser la technique du <i>Hands-on Healing</i> (Hamel, 2021)		
	7.2 Ressources externes • Mettre en image le réseau de soutien (Mouck, 2014) • Mettre en image une relation apaisante (Hass-Cohen, 2016) • Représenter une figure d'attachement sécurisante (Stace, 2014) • Représenter une relation significative actuelle ou passée (Luzzatto et al., 2022) • Représenter un souvenir positif en lien avec une relation importante (Pearce et al., 2023) • Fabriquer un bracelet dont les billes représentent des personnes importantes (Pifalo, 2007) • Mettre en image un personnage ou un symbole protecteur (Elbrecht, 2018; Rappaport, 2010; van Westrhenen et al., 2017)		
CIBLE 8 Souvenirs	8.1 Récupération des souvenirs <table> <tr> <td> • Mettre en image l'événement passé, en tentant de 'capturer' le souvenir à la manière de la prise d'une photographie (Lubow, 2009) • Stimuler les souvenirs implicites associés à l'événement traumatique en posant des questions axées sur les sens et l'expérience vécue par les survivantes (Steele et Kuban, 2012) </td><td> • Matériaux d'art sensoriels (peinture tactile, argile, ...) (Elbrecht, 2018; Hass-Cohen et Carr, 2008; Talwar, 2007) </td></tr> </table> 8.1.1 Méthodes bilatérales • Représenter les sensations traumatiques (<i>Body-based Bilateral Art Protocol for Reprocessing Trauma</i>) (Tripp, 2016) • Représenter les pensées traumatiques à partir du corps (<i>Art Therapy Trauma Protocol (ATTP)</i>) (Talwar, 2007) • Stimuler les souvenirs implicites à l'aide de matériaux sensoriels et de mouvements corporels, suivis d'une stimulation bilatérale (Elbrecht, 2018)	• Mettre en image l'événement passé, en tentant de 'capturer' le souvenir à la manière de la prise d'une photographie (Lubow, 2009) • Stimuler les souvenirs implicites associés à l'événement traumatique en posant des questions axées sur les sens et l'expérience vécue par les survivantes (Steele et Kuban, 2012)	• Matériaux d'art sensoriels (peinture tactile, argile, ...) (Elbrecht, 2018; Hass-Cohen et Carr, 2008; Talwar, 2007)
• Mettre en image l'événement passé, en tentant de 'capturer' le souvenir à la manière de la prise d'une photographie (Lubow, 2009) • Stimuler les souvenirs implicites associés à l'événement traumatique en posant des questions axées sur les sens et l'expérience vécue par les survivantes (Steele et Kuban, 2012)	• Matériaux d'art sensoriels (peinture tactile, argile, ...) (Elbrecht, 2018; Hass-Cohen et Carr, 2008; Talwar, 2007)		

8.2 Exposition aux souvenirs

- Mettre en image un enfant qui vit des émotions difficiles (Luzzatto et al., 2022)
- Se représenter sous forme d'une poupée éprouvant différents symptômes (Stace, 2014)
- S'exposer aux souvenirs par l'écriture (Becker, 2015)
- Mettre en image les reviviscences (Pifalo, 2007; Schouten et al., 2019).
- Mettre en image l'événement traumatique ou un aspect de celui-ci (Hass-Cohen et al., 2014)
- Matériaux 2D (Luzzatto et al., 2022; Pifalo, 2007; Schouten et al., 2019)
- Peinture (Hass-Cohen et al., 2014)
- Matériaux d'art sensoriels (Sarid et Huss, 2010)
- Textiles et poupée (Stace, 2014)

8.3 Reconsolidation des souvenirs

- Mettre en image des souvenirs traumatiques jumelés à des images des ressources internes ou externes (Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Visser et Du Plessis, 2015)
- Représenter le souvenir par le protocole des quatre cadrans (Boudrias, 2021; Hamel, 2021)
- Représenter le souvenir par le protocole simplifié du dessin en deux parties (Boudrias, 2021)
- Représenter le souvenir traumatique et les besoins corporels associés (Goodarzi et al., 2020).
- Créer deux mandalas représentant un lieu sécurisant et les forces, déposer l'image traumatique au centre, puis utiliser la stimulation bilatérale et les mouvements oculaires pour les unir (Tobin, 2006)
- Dessin ou autres matériaux 2D (Gantt et Tinnin, 2009; Gantt et Tripp, 2016; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Lubow, 2009; Luzzatto et al., 2022; Lyshak-Stelzer et al., 2007; Mouck, 2014; Pearce et al., 2023; Pifalo, 2007; Schouten et al., 2019; Rankin et Taucher, 2003; Tinnin et Gantt, 2013)

8.4 Développement d'un narratif

- Tracer une ligne du temps ou une ligne de vie (Luzzatto et al., 2022; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Mouck, 2014)
 - Tracer des lignes du temps ou une ligne de vie en y incluant le réseau de soutien et la projection d'horizons positifs (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Mouck, 2014; Pifalo, 2007)
 - Matériaux en 3D pour offrir une expérience incarnée (Rei Solas, 2015)
 - Argile (Goodarzi et al., 2020)
 - Livre (Heijman et al., 2024; Lyshak-
-

	• Dessiner une ligne du temps ou la ligne de vie du point de vue de quelqu'un qui nous aime (Hass-Cohen, 2016) • Créer de dessins chronologiques sans ligne explicite (Rankin et Taucher, 2003; Gantt et Tinnin, 2009; Gantt et Tripp, 2016) • Cartographier l'événement (Pifalo, 2007) • Tracer la ligne de vie en y intégrant les souvenirs de vie positifs et douloureux pré- et post-événement (Mouck, 2014; Pearce et al., 2023; Luzzatto et al., 2022) • Dessiner une chronologie autobiographique de l'événement (<i>Autobiographical Trauma Timeline</i>) (Hass-Cohen et al., 2014) • Représenter l'événement sous forme de graphique avec une fin positive (<i>Graphic Narrative</i>) (Gantt et Tinnin, 2009; Tinnin et Gantt, 2013) • Réorganiser temporellement les images portant sur les fragments de souvenirs (Schouten et al., 2019)	Stelzer et al., 2007)
	8.4.1 Générer un sens	
	• Modifier les productions artistiques pour permettre d'en modifier le sens (Sarid et Huss, 2010) • Partager l'histoire traumatique par un dessin (Westrhenen et al., 2017) • Créer un masque en argile (Goodarzi et al., 2020) • Utiliser un panier pour explorer l'événement traumatique (<i>Life Story Baskets</i>) (Rei Solas, 2015) • Créer un livre sur l'histoire personnelle (Heijman et al., 2024; Lyshak-Stelzer et al., 2007) • Raconter visuellement une version sécuritaire de son histoire (<i>Safe version</i>) (Burns et O'Shea, 2017) • Écrire une chanson ou un poème (<i>Lyrical Narrative</i>) (Lubow, 2009) • Explorer le sens individuel grâce aux symboles et aux mythes collectifs (Lubow, 2009)	
CIBLE 9 Cauchemars	• Dessiner ou rejouer des scènes du cauchemar à l'aide de marionnettes (Pifalo, 2007) • Utiliser la méthode en cinq étapes: apaiser les émotions, prendre de la distance émotionnelle, identifier le message existentiel, transformer le cauchemar en ressources et les mettre en pratique (Hamel, 2022) • Réaliser un narratif visuel du rêve (<i>Dream Narrative</i>) (Tinnin et Gantt, 2013)	• Dessin ou matériaux 2D (Haeyen et Staal, 2021; Hamel, 2022; Kehr et Haeyen, 2024; Tinnin et Gantt, 2013; Versluys, 2021) • Marionnettes (Pifalo, 2007)

9.1 Procédures basées sur l'*Imagery Rehearsal Therapy* (IRT) de Krakow

- *Mettre en images les cauchemars sous forme de bande dessinée (Imagery Rehearsal Based Art Therapy)* (Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024)
- *Mettre en images les cauchemars (Nightmare-Rescripting Art Therapy)* (Versluys, 2021)

9.1.1 Modification du cauchemar comme méthode de traitement

- Intégrer les ressources dans l'image (Hamel, 2022)
- Revisiter la conclusion ou modifier l'élément générant de la peur (Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024)
- Modifier une action entreprise par la survivante (Versluys, 2021)
- Réduire la taille du personnage menaçant (Lusebrink et Hinz, 2016)

CIBLE 10 Croyances et pensées

10.1 Renforcer les croyances positives

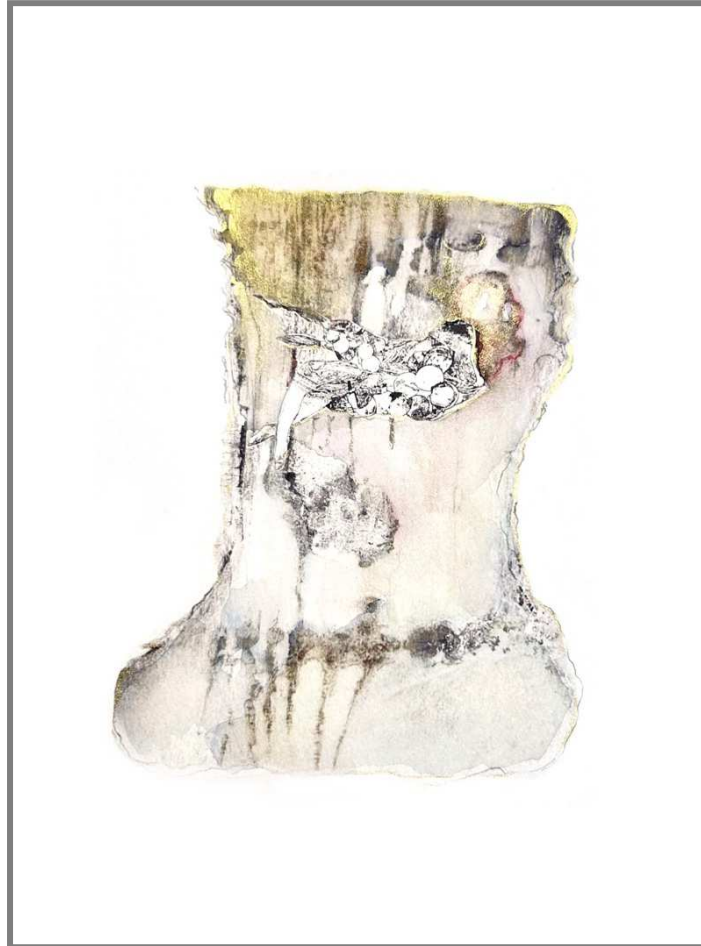
- Mettre en image les espoirs futurs (Nazarian, 2021)
- Mettre en image l'espoir en lien avec les symptômes post-traumatiques (Mouck, 2014)
- Mettre en image les aspirations et objectifs (Crenshaw, 2006)
- Imaginer l'avenir sous un jour plus optimiste (Hass-Cohen et al., 2014)
- Explorer visuellement les thèmes « Aller de l'avant » et « Devenir motivé pour l'avenir » (Becker, 2015)
- Faire un dessin du futur tel qu'il serait envisagé par une personne qui nous aime (Hass-Cohen, 2016)
- Explorer la perception de soi et du monde (Crenshaw, 2006)
- Mettre en image une croyance positive à propos de soi jumelée à une stimulation bilatérale (Tripp, 2016)
- Dessin ou autres matériaux 2D (Becker, 2015; Crenshaw, 2006; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen, 2016; Mouck, 2014; Visser et Du Plessis, 2015)
- Utilisation bilatérale du dessin ou d'autres matériaux 2D (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tripp, 2016)
- Collage (Nazarian, 2021)

10.2 Travailler les pensées inadaptées

-
- S'appuyer sur la restructuration cognitive au fil du processus créatif et du narratif du trauma (Hass-Cohen et al., 2014; Huss et al., 2012; Lefevre, 2004; Lubow, 2009; Malchiodi, 2020; Rosen Saltzman et al., 2013; Steele et Kuban, 2012; Talwar, 2007)
 - Utiliser la restructuration cognitive de manière ascendante (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tripp, 2016)
 - Réaliser une séquence de quatre images représentant le traumatisme, des autoportraits et les ressources internes et externes (*The Four-Drawings Protocol*) (Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019)
 - Représenter visuellement les aspects positifs et négatifs de soi (*Who am I?*) (Visser et Du Plessis, 2015)
 - Mettre en image une représentation de soi influencée par les émotions, (*Personal mirror*) (Visser et Du Plessis, 2015)
-

**ANNEXE E RÉPERTOIRE D'INTERVENTIONS PERSONNALISABLES POUR LE TRAITEMENT DU
TRAUMATISME DE NATURE SEXUELLE CHEZ L'ADULTE EN CONTEXTE DE THÉRAPIE INDIVIDUELLE
SELON LE CONTINUUM DES THÉRAPIES EXPRESSIVES**

Créé par Mia Hébert
Sous la supervision de Pierre Plante, Ph. D.
Université du Québec à Montréal



Cette œuvre, réalisée par Rose Élise Cialdella et Mia Hébert, s'inscrit dans leur projet créatif *La mère, la fille, le dialogue* (2015-présent), un parcours artistique mère-fille ayant pour but d'ouvrir un dialogue à travers les arts sur divers aspects de leur relation. Fidèles à leur tradition d'écrire un texte sur l'œuvre, la mère déclare : « Pour moi, cela évoque un corps qui voit enfin la lumière et qui refleurit ». La fille, quant à elle, dit : « Pour moi, cela symbolise des frontières en train de se restaurer, mais aussi différentes parties de soi enfin réunies ».

E.1 Avant-propos

Comme le soulignent King et al. (2019, p. 149), « l'art-thérapie est une profession et non une intervention » [traduction libre]. En conséquence, ce répertoire s'adresse aux art-thérapeutes professionnel-le-s. Ce document ne substitue pas une formation au modèle complexe du Continuum des Thérapies Expressives (CTE). On recommande de compléter la lecture du répertoire par une lecture approfondie des ouvrages de référence, notamment ceux de Lisa Hinz, et par des formations spécialisées. Nous recommandons également la lecture du chapitre 5 de cette thèse, afin de mieux comprendre les réflexions cliniques derrière nos propositions. D'entrée de jeu, il importe de mentionner que la qualité de la relation thérapeutique joue un rôle crucial dans la thérapie, surpassant l'impact des techniques elles-mêmes. Selon la recherche, les interventions thérapeutiques contribuent à une part limitée du changement, en comparaison de l'importance prépondérante de la relation thérapeutique (Asay et Lambert, 1999). Il est donc essentiel de ne pas sous-estimer son importance dans la mise en place des interventions suggérées. Dans cette optique, nous recommandons aux art-thérapeutes professionnel-le-s de miser sur l'alliance en utilisant ce répertoire en collaboration avec la survivante, en le considérant comme une base qui permet de co-construire et d'ajuster le traitement en fonction des besoins spécifiques.

E.2 Utilisation du répertoire

Ce répertoire propose douze interventions individuelles basées sur le Continuum des Thérapies Expressives (CTE) et ciblant le traumatisme de nature sexuelle (TNS). Chaque proposition inclut les composantes du CTE et la catégorie de symptômes visés, la cible thérapeutique correspondante, les matériaux d'art à privilégier, un déroulement par étapes, des adaptations d'exercices, des variations basées sur les variables, dimensions et médias (MDV) et des recommandations. Le répertoire est conçu comme un outil de travail flexible et non séquentiel. Ainsi, les interventions ne suivent pas un ordre précis, afin que le travail thérapeutique puisse s'aligner avec les résultats de l'évaluation initiale du CTE, plutôt que sur un programme structuré de type « one size fits all ». En ce sens, c'est l'évaluation initiale et l'accord entre l'art-thérapeute et la survivante concernant les méthodes de traitement qui détermineront les propositions les plus pertinentes. Considérant que la durée du traitement varie d'une personne à l'autre (Naff, 2014) et que le répertoire contient douze propositions, ce modèle constitue une base de traitement sans être exhaustif. De surcroît, il incombe à l'art-thérapeute d'adapter ces propositions en fonction des besoins spécifiques des survivantes, en incluant des ajustements pour être sensibles aux aspects culturels et de diversité ainsi que des ajustements en fonction du sous-type d'agression.

E.2.1 Proposition 1 : Création d'un lieu sécurisant

Composante principale : Sensorielle

Composantes secondaires : Symbolique, Affective, Perceptuelle

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés au corps (hyperactivation et hypoactivation) et relation au corps

Cible thérapeutique : Sentiment de sécurité

Matériaux d'art

- Matériaux sensoriels variés (ouate, tissus, laine, éléments de la nature, etc.) et fusil à colle chaude
- Différents types de supports (différents types de cartons, contenants et de boîtes)
- Divers types de crayons

Proposition artistique : <i>Mettez en image un lieu sécurisant réel ou imaginaire.</i>
--

Déroulement

1. L'art-thérapeute guide une visualisation inspirée du *focusing* (voir Annexe F).
2. La survivante est invitée à créer une image d'un lieu sécurisant réel ou imaginaire.
3. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur l'aspect sensoriel.

Variations et adaptations

- Proposer des matériaux plus cognitifs pour favoriser l'engagement du niveau C/Sy.
- Proposer de représenter le sentiment de sécurité pour favoriser l'engagement de la composante affective (Mouck, 2014).
- Proposer l'utilisation des principes d'oscillation lorsque la représentation d'un lieu sécuritaire représente un défi trop grand (Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Tripp et al., 2019).

Recommandations

- Proposer cet exercice en début de traitement (consensus scientifique).
- Rendre la production artistique accessible en tout temps (Elbrecht, 2013; Gantt et Tinnin, 2007a, 2009, Howie, 2016; Tinnin et Gantt, 2013).

Inspiration auteur.e.s : Adeniyi, 2014; Elbrecht, 2013; Hamel, 2021; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen, 2016; Hinz, 2019; Howie, 2016; Gantt et Tinnin, 2007, 2009; Lubbers, 2019; Lubow, 2009; Mouck, 2014; Pifalo, 2007; Rappaport, 2010; Schouten et al., 2019; Tinnin et Gantt, 2013; Tripp, et al., 2019.

E.2.2 Proposition 2 : Dessin bilatéral des réponses de survie du corps

Composante principale : Kinesthésique

Composante secondaire : Affective

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés au corps (hyperactivation et hypoactivation), relation au corps et manifestations somatiques

Cible thérapeutique : Régulation du SNAS par la décharge des tensions

Matériaux d'art

- Pastels à l'huile de taille jumbo
- Grand format de papier

Proposition artistique : *Tracez des traits diagonaux vers l'extérieur. Puis tracer des traits diagonaux vers soi en engageant les deux mains.*

Déroulement

1. L'art-thérapeute offre des informations à propos des réactions de survie du SNA (psychopédagogie).
2. La survivante est invitée à adopter une posture assise bien ancrée.
3. La survivante est invitée à parler de la date de l'événement ou d'un élément entourant l'événement qui génère un niveau d'activation faible à modéré (en suivant le principe de titration).
4. Lorsque le niveau d'activation est suffisant, la survivante est invitée à faire des traits diagonaux vers l'extérieur pour compléter la réponse de survie de combat, puis de tracer des traits diagonaux vers soi pour compléter la réponse de fuite (vers un endroit sécuritaire).
5. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur l'aspect kinesthésique.
6. L'art-thérapeute et la survivante font conjointement un geste de réparation pour clore la séance.

Variations et adaptations

- Recommander de créer en position debout pour engager davantage le corps (Hass-Cohen, 2016).
- Proposer l'utilisation de formats de papier plus petits pour moduler l'expérience kinesthésique (Hinz, 2019).
- Introduire progressivement les exercices bilatéraux pour les personnes qui sont moins à l'aise avec le mouvement : explorer divers mouvements bilatéraux ou commencer par des mouvements bilatéraux très rapides, puis ralentir jusqu'à trouver son propre rythme (Malchiodi, 2020; Elbrecht, 2018).

Recommandation

- S'assurer que le sentiment de sécurité est suffisamment établi et que la survivante connaît des outils de régulation.

Inspiration auteur·e·s : Elbrecht, 2018; Hass-Cohen, 2016; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Miller-Karas, 2015. Pierre Janet, Peter Levine et Pat Ogden pour le concept de l'Acte de Triomphe

E.2.3 Proposition 3 : Façonnage en argile d'un souvenir sensoriel positif

Composante principale : Sensorielle

Composantes secondaires : Kinesthésique, Zone de transition créative du niveau K/S

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés au corps (hyperactivation et hypoactivation) et relation au corps

Cible thérapeutique : Régulation du SNAS par la relaxation du corps, réappropriation du corps et corporéité

Matériaux d'art

- Argile (sèche à l'air)
- Plaquette de plastique
- Pot d'eau chaude pour tremper les mains

Proposition artistique : *Façonnez un souvenir sensoriel positif avec l'argile.*

1. La survivante trempe ses mains dans un bol d'eau chaude en portant attention à l'aspect sensoriel.
2. La survivante est invitée à prendre l'argile dans ses mains et à se concentrer sur sa respiration tout en la manipulant.
3. La survivante est invitée à reproduire les mouvements de ses poumons en pressant et relâchant l'argile.
4. La survivante est invitée à façonner en textures et en formes un souvenir sensoriel positif avec l'argile en alternant entre les yeux ouverts et fermés.
5. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur l'aspect sensoriel et kinesthésique.

Variations et adaptations

- Proposer l'exploration des sensations et mouvements agréables avec l'argile dans le moment présent lorsque les souvenirs ne sont pas accessibles (Patrick, 2021).
- Garder les yeux ouverts durant le façonnage pour prévenir des états de dysrégulation (Goodarzi et al., 2020).
- Moduler la quantité d'eau et d'argile disponible pour prévenir des états de dysrégulation (Hinz, 2019).
- Ajouter de la musique douce pour favoriser une plus grande relaxation et engager davantage l'aspect sensoriel par l'utilisation d'un deuxième sens (Nazarian, 2021).
- Ajouter des étirements corporels pour engager davantage le mouvement et favoriser la corporéité (Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020).

Recommandations

- Utiliser la sculpture comme une ressource pour l'auto-apaisement (Malchiodi, 2020).
- Proposer de prendre la sculpture dans les mains tel un ancrage (Elbrecht, 2013).

Inspiration auteur.e.s : Chesnot et Chidiac, 2020; Elbrecht, 2013, 2015; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Carr, 2008; Hinz, 2009, 2019; Lubow, 2009; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Naff, 2014; Nazarian, 2021; 2020; Patrick, 2021; Schouten et al., 2019.

E.2.4 Proposition 4 : Tracé du corps et exploration intéroceptive avec la peinture tactile

Composante principale : Sensorielle

Composantes secondaires : Perceptuelle et affective

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés au corps (hyperactivation et hypoactivation), relation au corps et alexisomie

Cible thérapeutique : Conscience corporelle

Matériaux d'art

- Crayons feutres larges pour le contour
- Peinture tactile (différentes couleurs)
- Papier de très grand format

Proposition artistique : *Créons un tracé de votre corps grandeur nature ensemble, puis mettez en image vos sensations dans le tracé du corps.*

Déroulement

1. L'art-thérapie guide un scan corporel (voir Annexe F).
2. La survivante décide d'une position corporelle et se place sur un grand papier.
3. L'art-thérapeute trace le contour du corps de la survivante avec les crayons feutres en prenant soins de vérifier le consentement et le niveau de confort tout au long de l'exercice.
4. La survivante choisit des couleurs de peinture tactile et représente différentes sensations présentes dans son corps, avec au moins une sensation agréable/vécue comme sécuritaire.
5. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur l'aspect sensoriel et aide la survivante à mettre des mots sur ses sensations. L'aspect des frontières corporelles peut également être abordé.

Variations et adaptations

- Tracé de corps miniature (Hinz, 2019; Malchiodi, 2020).
- Tracé de corps miniature de face et de dos pour favoriser la corporéité (Mischke-Reeds, 2018).
- Tracé du corps sur les sensations résultant du traumatisme (Sigal et Rob, 2021).
- Tracé du corps dans le but d'identifier les organes activés pendant ou post-événement pour mieux comprendre les réactions du corps (Goodarzi et al., 2020).

- Tracé du corps pour aborder d'autres facettes de la relation au corps telles les enjeux d'image corporelle et la sexualité (Zielona-Jenek et al., 2019).
- Tracé du corps pour identifier les émotions et les ressources internes (Dansky, 2022; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022).
- Suggérer l'utilisation de médiateurs dans le processus (Hinz, 2019).
- Proposer l'utilisation de matériaux plus résistants ou moins fluides (Hinz, 2019).
- Recommander l'utilisation de papier texturé pour réduire la fluidité (Hinz, 2019).
- Ajuster la quantité de peinture tactile utilisée selon les besoins (Elbrecht, 2018; Hinz, 2019).
- Recommander l'utilisation du médium avec le bout des doigts plutôt qu'avec les mains entières (Elbrecht, 2018).
- Proposer l'intégration de la composante symbolique (Sy), incluant l'ajout d'une protection autour de la représentation du corps (Rappaport, 2010; Shuman et al., 2020).

Recommandations

- S'assurer que le sentiment de sécurité est suffisamment établi et que la survivante connaît des outils de régulation.
- Encourager l'exploration de différents types de matériaux artistiques sensoriels pour se familiariser avec ceux-ci avant l'exercice (Hass-Cohen, 2016).
- S'assurer du confort de la survivante avec la proposition artistique et veiller à obtenir son consentement avant et pendant le tracé du corps.
- Envisager l'exercice des quatre cadrans à la suite de l'exercice, si approprié (Hamel, 2021).

Inspiration auteur·e·s : Dansky, 2022; Elbrecht, 2018; Goodarzi et al., 2020; Malchiodi, 2020; Mischke-Reeds, 2018; Nazarian, 2021; Lubbers, 2017, 2019; Luzzatto et al., 2022; Rappaport, 2010; Shuman et al., 2022; Sigal et Rob, 2021; Tripp, 2016; Zielona-Jenek et al., 2019.

E.2.5 Proposition 5 : Dessin de la fenêtre de capacité

Composante principale : Affective

Composantes secondaires : Sensorielle, Perceptuelle, Cognitive

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux émotions, particulièrement ceux liés aux capacités de régulation, symptômes liés au corps (hyperactivation et hypoactivation)

Cible thérapeutique : Régulation affective (et du SNAS)

Matériaux d'art :

- Pastels secs
- Feuille de papier standard

Proposition artistique : *Mettez en image votre fenêtre de capacité.*

Déroulement

1. L'art-thérapeute offre de l'information au sujet de la fenêtre de capacité (psychopédagogie).
2. La survivante est invitée à mettre en images sa fenêtre de capacité.
3. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur les aspects affectifs et corporels et explorent ensemble différentes stratégies de régulation.

Variations et adaptations

- Proposer des matériaux d'arts favorisant une plus grande distance réflexive permettant de prendre une distance face aux sensations et d'engager davantage la composante C.
- Proposer des matériaux plus résistants pour une expérience offrant davantage de contrôle (C).

Recommandations

- Proposer la création d'une boîte à outils, d'un répertoire de stratégies de régulation ou dresser la liste des ancrages vagal ventral (Dana, 2018).

Inspiration auteur·e·s : Dana, 2018; Elbrecht, 2013; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Rankin et Taucher, 2003; Siegel, 1999; Tripp, 2022.

E.2.6 Proposition 6 : Mandalas fluides des émotions suite à l'agression

Composante principale : Affective

Composantes secondaires : Perceptuelle, Zone de transition créative du niveau P/A

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux émotions, particulièrement ceux liés à l'humeur et aux émotions ainsi que l'alexithymie

Cible thérapeutique : Expression des émotions

Matériaux d'art

- Aquarelle en pastilles
- Papier aquarelle carré de petit format
- Objet circulaire pour tracer un cercle
- Crayon mine ou de bois
- Pinceaux
- Pot d'eau
- Essuie-tout

Proposition artistique : *Créez un mandala fluide par émotion. Puis ajoutez des éléments aidants autour de chaque mandala.*

Déroulement

1. L'art-thérapeute fait une démonstration de la technique des mandalas fluides : tracer un cercle au crayon sur un papier aquarelle carré, appliquer de l'eau à l'intérieur du cercle, puis ajouter des couleurs d'aquarelle.
2. La survivante est invitée à reconnecter avec des souvenirs évoquant la peur et la terreur, la culpabilité et la honte, le sentiment d'impuissance et la colère (une émotion à la fois).
3. La survivante est invitée à créer un mandala par émotion.
4. Lorsque les mandalas sont davantage secs, la survivante est invitée à ajouter dans l'espace restant autour de chaque mandala des éléments aidants tel des couleurs, des symboles ou des mots.
5. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et les productions artistiques en axant sur l'aspect affectif et perceptuel. De plus, les déclencheurs, les sensations, les images mentales, pensées ou souvenirs associés à l'émotion pourraient être abordés (Lubow, 2009), ce qui peut permettre de se déplacer sur le continuum et d'aller vers d'autres cibles.

Variations et adaptations

- Proposer l'utilisation de crayons aquarelles pour offrir davantage de contrôle.
- Moduler la quantité d'eau utilisée, afin de moduler l'engagement de la composante A.

- Proposer l'exploration d'une émotion par séance pour les survivantes pour qui l'exploration simultanée pourrait engendrer des états de dysrégulation.

Recommandations

- Profiter de l'occasion pour fournir des informations sur les émotions (psychopédagogie) (Brillon, 2017; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014).
- Proposer un exercice d'introduction aux émotions de base à l'aide de médiums secs avant de passer aux mandalas fluides (Adeniyi, 2014; Lusebrink et Hinz, 2016).
- Envisager d'approfondir l'exploration de chaque émotion avec des matériaux artistiques adaptés lors de séances ultérieures, comme l'exploration de la colère avec l'argile.

Inspiration auteur·e·s : Adeniyi, 2014; Brillon 2017; Elbrecht, 2018; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hamel, 2021; Hinz, 2019; Lubbers, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016; Luzzatto et al. 2022; Malchiodi, 2020; Mischke-Reeds, 2018; Mouck, 2014 adapté de Meekums, 2000; Pifalo, 2007; Tripp et al., 2019; Wakerley, 2008; Westrhenen et al., 2017. Janis-Timm Bottos (Ph.D) pour l'enseignement de cette technique.

E.2.7 Proposition 7 : Masques des émotions intérieur-extérieur

Composante principale : Affective

Composantes secondaires : Perceptuelle, zone de transition créative P/A, K/S, C/Sy

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux émotions, particulièrement ceux liés à l'humeur et aux émotions ainsi que l'alexithymie

Cible thérapeutique : Identification des émotions

Matériaux d'art

- Masque prémoulé en carton
- Peinture acrylique (différentes couleurs)
- Pinceaux
- Pot d'eau
- Essuie-tout

Proposition artistique : *Créez un masque intérieur-extérieur : l'intérieur correspond à votre vécu interne et l'extérieur à ce qui est perçu par autrui.*

Déroulement

1. La survivante est invitée à peindre l'intérieur et l'extérieur du masque.
2. La survivante est invitée à dialoguer avec le masque par écrit.
3. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et ce qui ressort du dialogue en axant sur l'aspect affectif et perceptuel.
4. Les pensées liées à la perception de soi peuvent également être restructurées.

Variations et adaptations

- Proposer la création d'un masque avant-après (*Before and After Mask*), afin de mieux comprendre les changements émotionnels (Adeniyi, 2014).
- Proposer l'ajout d'une ressource interne à l'intérieur du masque pour favoriser la résilience incarnée (Luzzatto et al., 2022).
- Proposer des matériaux d'arts plus sensoriels pour une expérience plus incarnée (K/S).
- Proposer des matériaux plus résistants pour une expérience offrant davantage de contrôle (C).

Recommandations

- Profiter de l'occasion pour fournir des informations sur les émotions (psychopédagogie) (Brillon, 2017; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014).
- Profiter de l'occasion pour travailler les pensées (restructuration cognitive) (Hinz, 2019; Lubow, 2009; Lustman, 2017; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013).
- Envisager d'approfondir l'exploration de chaque émotion identifiée avec des matériaux artistiques adaptés lors de séances ultérieures.

Inspiration auteur·e·s : Adeniyi, 2014; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Lusebrink, 2017; Hinz, 2017, 2019; Lubow, 2009; Lustman, 2017; Luzzatto et al., 2022; Murray et al., 2017; Rosen Saltzman et al., 2013; Tinnin et Gantt, 2013; van Westrhenen et al., 2017.

E.2.8 Proposition 8 : Collage des ressources internes et externes

Composantes principales : Symbolique, Dimension créative

Composante secondaire : Cognitive

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Cette proposition vise d’abord à soutenir les capacités de résilience des survivantes. Elle peut avoir des impacts sur les symptômes entourant les pensées et les croyances à propos de soi.

Cible thérapeutique: Identification des ressources

Matériaux d’art

- Images prédécoupées
- Magazines sur différents thèmes
- Feuille de papier standard
- Ciseaux
- Colle

Proposition artistique : *Créez un collage évoquant vos ressources, en prenant soin d’ajouter au moins une ressource qui vous a permis de survivre à l’événement traumatique.*

Déroulement

1. La survivante est invitée à faire l’exercice du déploiement (*unfurling*) symbolisant le processus de « sortir de sa coquille ».
2. La survivante est invitée à feuilleter les magazines et les images prédécoupées et à choisir celles qui évoquent ses ressources internes et externes sous forme symbolique.
3. L’art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur les aspects symboliques et cognitifs dans une visée d’identifier les ressources. L’aspect de résilience incarnée peut également être abordé.

Variations et adaptations

- Proposer des exercices basés sur l'approche du *Parts Work* pour les survivantes qui éprouvent de la difficulté à identifier ou à illustrer leurs ressources internes (Elbrecht, 2018; Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Kagin, 2017; Hinz, 2019; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014).
- Adapter la consigne sous l'angle de l'exploration de symboles représentant la reconstruction (Murray et al., 2017) ou la symbolique de la croissance (Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Pearce et al., 2023;).
- Proposer des exercices tels que représenter une relation significative, actuelle ou passée, un souvenir positif lié à une relation importante ou mettre en images un personnage ou symbole protecteur pour les survivantes qui éprouvent de la difficulté à identifier ou à illustrer leurs ressources externes (Pearce et al., 2023; Rappaport, 2010; van Westrhenen et al., 2017).

Recommandation

- Proposer cet exercice en début de traitement (Elbrecht, 2018).

Inspiration auteur·e·s : Elbrecht, 2018; Gerig Shelly, 2022; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Kagin, 2017; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et al., 2018; Hinz, 2019; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Mouck, 2014; Murray et al., 2017; Pearce et al., 2023; Raffaelli et Hartzell, 2016; Rappaport, 2010; Tripp, 2016; Tripp et al., 2019; van Westrhenen et al., 2017; Visser et Du Plessis, 2015.

E.2.9 Proposition 9 : Dessin d'une reviviscence

Composante principale : Cognitive

Composantes secondaires : Sensorielle, Affective, Perceptuelle

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux cognitions, particulièrement ceux liés à la mémoire

Cible thérapeutique : Travail des souvenirs traumatiques

Matériaux d'art

- Divers types de crayons
- Feuille de papier standard

Proposition artistique : *Faites un dessin représentant une reviviscence en adoptant un point de vue d'observateur, puis modifiez un ou plusieurs éléments dans l'image.*

Déroulement

1. L'art-thérapeute invite la survivante à se concentrer mentalement et de manière détaillée sur une reviviscence récente, en explorant les sens et les ressentis associés, puis à imaginer prendre une photo du moment.
2. La survivante est invitée à mettre en image la reviviscence.
3. La survivante est invitée à effectuer une modification (ex. ajout d'auto-soins, de stratégies de coping ou de ressources).
4. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur l'aspect de la modification de l'image.

Variations et adaptations

- Sauter l'étape de récupération des mémoires si la reviviscence est déjà accessible.
- Proposer des matériaux d'arts plus sensoriels ou évoquant davantage les émotions en fonction des besoins des survivantes.

Recommandations

- Proposer à la survivante de faire une observation répétée de l'image modifiée, afin de favoriser l'encodage du souvenir à jour (Elbrecht, 2018; Malchiodi, 2020).
- Répéter l'exercice avec différents souvenirs autant de fois que nécessaire.

Inspiration auteur·e·s : Boudrias, 2021; Elbrecht, 2018; Gantt et Tinnin, 2007; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Lubow, 2009; Malchiodi, 2020; Pifalo 2007; Sarid et Huss, 2010; Schouten et al., 2019; Steele et Kuban, 2012; Visser et Du Plessis, 2015.

E.2.10 Proposition 10 : Dessin d'une ligne du temps

Composante principale : Zone de transition créative du niveau C/Sy

Composantes secondaires : Perceptuelle, Affective, Kinesthésique, Sensorielle (mémoire implicite contenue dans les symboles)

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux cognitions, particulièrement ceux liés à la mémoire

Cible thérapeutique : Travail des souvenirs traumatiques

Matériaux d'art

- Divers types de crayons
- Feuille de papier de moyen format

Proposition artistique : *Représentez sur une ligne du temps les événements avant, pendant et après l'événement traumatique, en terminant la ligne avec une projection d'horizons positifs pour le futur. La ligne du temps peut être dessinée dans différentes orientations (verticale ou horizontale) et vous pouvez ajouter des couleurs, des dates et des symboles significatifs.*

Déroulement

1. La survivante est invitée à tracer sur une ligne du temps les événements avant, pendant et après l'événement traumatique, puis de terminer la ligne avec une projection d'horizons positifs pour le futur.
2. La survivante est invitée à raconter son histoire en s'exprimant à la troisième personne.

Variations et adaptations

- Proposer d'ajouter les forces mobilisées lors de l'événement ou d'autres éléments positifs, ce qui permet de mettre à jour les souvenirs à la lumière de ces nouvelles informations (Boudrias, 2021; Goodarzi et al., 2020; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Tripp, 2007, 2012, 2016; Visser et Du Plessis, 2015).
- Proposer aux survivantes de dessiner la ligne du temps du point de vue de quelqu'un qui les aime, pour favoriser l'auto-compassion (Hass-Cohen, 2016).
- Proposer de raconter une version sécuritaire de l'histoire (Burns et O'Shea, 2017) ou d'écrire une chanson ou un poème (Lubow, 2009), si le fait de l'histoire est trop confrontant.

Recommandations

- Prioriser les questions commençant par « Où? » et « Quand? », afin de faciliter l’encodage de manière séquentielle (Hass-Cohen, 2016).
- Proposer d’ajouter la date des événements sur la ligne, pour encourager l’aspect de temporalité des événements (Rankin et Taucher, 2003).
- Envisager d'approfondir l'exploration de chaque souvenir identifié sur la ligne lors de séances ultérieures, en proposant de faire un dessin par souvenir (tout en se basant sur les principes de modification d'images, d'oscillation et en utilisant des méthodes de régulation affective).

Inspiration auteur·e·s : Becker, 2015; Boudrias, 2021; Burns et O’Shea, 2017; Coholic et al., 2009; Crenshaw, 2006; Goodarzi et al., 2020; Graves-Alcorn et Kagin, 2017; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2015; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen, 2016; Hinz, 2019; Kross et al., 2014; Luzzatto et al., 2022; Malchiodi, 2020; Moser et al., 2017; Mouck, 2014; Nazarian, 2021; Pifalo, 2007; Pearce et al., 2023; Rankin et Taucher, 2003; Tripp, 2007, 2012, 2016; Visser et Du Plessis, 2015; Wisco et al., 2015.

E.2.11 Proposition 11 : Dessin d’un moment clé d’un cauchemar traumatique

Composante principale : Symbolique

Composantes secondaires : Perceptuelle, Affective, Cognitive, Sensorielle

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux cognitions, plus spécifiquement le symptôme B2 lié aux cauchemars traumatiques

Cible thérapeutique : Cauchemars

Matériaux d’art

- Divers types de crayons
- Feuille de papier standard

Proposition artistique : *Illustrez un moment critique de votre cauchemar traumatique. Puis modifiez un ou plusieurs éléments clés.*

Déroulement

1. L’art-thérapeute pose des questions sur l'environnement, les personnes présentes et les sensations et émotions ressenties dans le but d’aider la survivante à recréer mentalement les scènes du cauchemar.

2. La survivante est invitée à choisir un moment clé évoquant de la peur et à le mettre en image.
3. La survivante est invitée à effectuer une modification (ex. entreprendre une action dans l'image, ajouter une ressource, diminuer la taille du personnage menaçant).
4. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et la production artistique en axant sur l'aspect de la modification de l'image.

Variations et adaptations

- Proposer les pastels secs ou d'autres médiums artistiques engageant la composante sensorielle (S) et affective (A), pour une expérience plus émotionnelle et incarnée.
- Proposer la création d'une « boîte à cauchemars » où l'image est déposée pour proposer une expérience plus contenue (Hamel, 2022).
- Proposer de créer une série de dessins dépeignant différents moments du cauchemar et choisir une image à modifier (Kehr et Haeyen, 2024)

Recommandations

- Répéter l'exercice autant de fois que nécessaire (Versluys, 2021).
- Proposer de faire une observation répétée de l'image modifiée, afin de favoriser la consolidation des changements (Haeyen et Staal, 2021; Versluys, 2021).

Inspiration auteur·e·s : Elbrecht, 2018; Hamel, 2022; Haeyen et Staal, 2021; Kehr et Haeyen, 2024; Krakow et Zadra, 2010; Lusebrink et Hinz, 2016; Tinnin et Gantt, 2013; Versluys, 2021.

E.2.12 Proposition 12 : Dessin d'une pensée ou croyance négative à propos du corps

Composante principale : Cognitive

Composantes secondaires : Kinesthésique, Dimension créative

Catégorie de symptômes et conséquences du TNS associés : Symptômes liés aux cognitions, particulièrement ceux liés aux croyances négatives et distorsions ainsi que la relation au corps

Cible thérapeutique : Travail des pensées et croyances

Matériaux d'art

- Divers types de crayons
- Matériaux d'art variés

- Deux feuilles de papier standard

Proposition artistique : *Faites un dessin représentant une pensée ou croyance négative à propos de votre corps découlant de l'événement traumatique. Puis créez une deuxième image en réponse en vous imaginant le point de vue de quelqu'un qui vous aime.*

Déroulement

1. La survivante est invitée à mettre en image une pensée ou une croyance négative à propos de son corps.
2. L'art-thérapeute et la survivante font des mouvements amples dans les airs.
3. La survivante est invitée à créer une deuxième image en réponse à la première, en s'imaginant le point de vue de quelqu'un qui l'aime.
4. L'art-thérapeute et la survivante abordent verbalement le processus et les productions artistiques en axant sur l'aspect cognitif.

Variations et adaptations

- Proposer une approche ascendante à la restructuration cognitive lorsqu'il y a des difficultés à identifier les pensées, lorsque les survivantes reconnaissent rationnellement une nouvelle croyance mais ne parviennent pas à la ressentir, ou lorsque des croyances conflictuelles sont présentes (McNamee, 2006; Talwar, 2007; Tripp, 2016).

Recommandations

- Offrir de l'information au sujet des croyances et des pensées distorsionnées les plus communes avant de commencer ce travail cognitif (psychopédagogie)
- Poursuivre le travail de restructuration à mesure du processus créatif et du narratif du trauma auteur.e.s (Hass-Cohen et al., 2014; Huss et al., 2012; Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020; Rosen Saltzman et al., 2013; Steele et Kuban, 2012; Talwar, 2007).

Inspiration auteur.e.s : Banfield et Burgess, 2013; Cane, 1951; Hass-Cohen, 2016; Hass-Cohen et al., 2014; Hass-Cohen et Clyde Findlay, 2019; Hinz, 2019; Huss et al., 2012; Lubow, 2009; Lusebrink et Hinz, 2016; Malchiodi, 2020; McNamnee, 2006; Saltzman et al., 2013; Slepian et Ambady, 2012; Steele et Kuban, 2012; Talwar, 2007; Tripp, 2016.

ANNEXE F

OUTILS COMPLÉMENTAIRES

F.1 Méditation focusing (*Clearing the space*)

Invitez la personne à se mettre dans une position confortable.

Prenez quelques grandes respirations... en invitant votre corps à se détendre... si vous le souhaitez, vous pouvez fermer les yeux... ou les garder ouverts... choisissez ce qui est le plus confortable pour vous... Prenez encore quelques profondes respirations... et quand vous êtes prêt·e, demandez-vous : « Comment je me sens intérieurement en ce moment ? » Écoutez simplement... Laissez la réponse prendre forme dans votre corps... Dirigez votre attention comme un projecteur vers votre corps et accueillez simplement ce que vous y trouvez... Soyez accueillant·e envers tout ce que vous trouvez, sans jugement...

Imaginez maintenant que vous vous trouvez dans un lieu paisible... cela peut être un lieu que vous connaissez déjà, ou un lieu que vous créez dans votre imagination... Quand vous êtes prêt·e, demandez-vous : « Qu'est-ce qui m'empêche de me sentir parfaitement bien en ce moment ? » Laissez ce qui vient, surgir... Ne plongez pas dans quoi que ce soit en particulier en ce moment... À mesure que chaque élément émerge, imaginez le placer à une certaine distance de vous, peut-être sur un banc de parc... ou dans une boîte... ou en utilisant une image comme celle de vous détendant sur la plage et en plaçant « toutes les choses qui vous empêchent de vous sentir parfaitement bien » sur un bateau... À chaque chose qui surgit, placez-la à une distance confortable de vous, tout en restant dans votre lieu paisible...

Après avoir placé chaque élément à distance, vérifiez à nouveau en vous et demandez avec bienveillance : « Qu'est-ce qui m'empêche encore de me sentir parfaitement bien ? » Encore une fois, à chaque chose qui surgit, trouvez un moyen de la mettre à une distance confortable de vous.

Si la liste semble terminée, demandez-vous doucement : « Excepté tout cela, je me sens bien, n'est-ce pas ? »... Si autre chose surgit, ajoutez-le à la pile. Gardez une distance confortable avec cette pile.

Sentiment de fond : Parfois, il existe un sentiment de fond que nous portons toujours... cela peut être quelque chose comme « toujours un peu anxieux.se »..., etc. Vérifiez à l'intérieur de vous s'il y a un sentiment de fond qui vous empêche de vous sentir parfaitement bien et qui souhaite être ajouté à la pile.

Vérifiez à nouveau. Comment vous sentez-vous maintenant ?

Lorsque la personne vous fait savoir qu'elle a empilé toutes les choses :

Maintenant, je vous invite à ressentir l'endroit où vous vous sentez parfaitement bien. Tournez votre attention vers l'intérieur et laissez-la se poser sur cet espace de bien-être... Voyez s'il y a une image qui correspond ou agit comme un repère pour cet espace de bien-être... Vérifiez si elle résonne avec votre corps pour vous assurer que c'est la bonne image. Si ce n'est pas le cas, invitez une nouvelle image à venir, correspondant à cet espace de bien-être. Si un mot ou une phrase apparaît, acceptez-les également.

Exprimer le ressenti à travers l'art : Quand vous êtes prêt-e, utilisez les matériaux d'art pour créer quelque chose qui exprime cet « espace de bien-être ». Certaines personnes préfèrent rester simplement avec cet espace. D'autres aiment inclure les choses mises de côté. Intégrez ce qui vous semble le plus significatif à ce moment. Si vous avez reçu un mot ou une phrase, n'hésitez pas à l'exprimer créativement à travers les couleurs, la taille, les variations de pression, etc.

Terminer la séance de centrage : Invitez la personne à partager son art et ses représentations du processus de création d'un espace. Demandez-lui ce qu'elle a remarqué dans son corps depuis le début du processus jusqu'à sa conclusion.

Variations d'imagerie pour créer un espace :

- Imaginez que vous êtes dans un parc paisible et que vous êtes assis(e) sur un banc. À une certaine distance, il y a un autre banc où vous pouvez empiler toutes les choses entre vous et le fait de vous sentir parfaitement bien.
- Imaginez que vous avez un magnifique cerf-volant auquel vous pouvez attacher toutes les choses entre vous et le fait de vous sentir bien.
- Imaginez envoyer chaque problème ou souci dans un ballon. Vérifiez si vous souhaitez qu'il soit relié à une ficelle. Si c'est le cas, imaginez que la ficelle garde le ballon à une distance juste et confortable de vous. Ou, voyez si vous préférez que le ballon s'envole dans le ciel.
- Imaginez faire un paquet avec chaque problème et le poser à une certaine distance de vous.
- Imaginez qu'il y ait un grand récipient capable de contenir chaque chose qui se trouve entre vous et le fait de vous sentir parfaitement bien. À mesure que chaque chose surgit, imaginez la placer dans le récipient.

(Adaptation et traduction libre de Rappaport, 2006, p. 2-3)

F.2 Exercice de scan corporel pleine conscience

Mettez-vous à l'aise, assoyez-vous confortablement et laissez vos yeux se fermer doucement. Si vous préférez garder les yeux ouverts, vous pouvez fixer un point devant vous.

Prenez quelques instants pour entrer en contact avec le mouvement de votre respiration et les sensations dans le corps. Lorsque vous êtes prêt-e, portez votre attention sur les sensations physiques dans votre corps, en particulier sur les sensations de toucher ou de pression, là où votre corps entre en contact avec le sol ou la chaise. À chaque expiration, permettez-vous de vous relâcher, de vous enfoncer un peu plus dans le sol ou la chaise.

Rappelez-vous l'intention de cette pratique. Son objectif n'est pas de ressentir quelque chose de différent, d'être détendu ou calme ; cela peut arriver ou non. L'intention est plutôt, autant que possible, de porter votre attention sur les sensations que vous détectez, en focalisant votre attention sur chaque partie du corps à tour de rôle.

Amenez maintenant votre attention aux sensations physiques dans le bas de l'abdomen, devenant conscient des changements au plan des sensations dans la paroi abdominale lorsque vous inspirez et expirez. Prenez quelques minutes pour ressentir ces sensations.

Après avoir connecté avec les sensations dans l'abdomen, portez le focus ou le « projecteur » de votre attention vers la jambe gauche, jusqu'au pied gauche, et jusque dans les orteils du pied gauche. Concentrez-vous sur chacun des orteils du pied gauche, en apportant une curiosité douce pour examiner la qualité des sensations que vous y trouvez, peut-être en remarquant le contact entre les orteils, une sensation de picotement, de chaleur, ou l'absence de sensation particulière.

Lorsque vous êtes prêt, à l'inspiration, ressentez ou imaginez l'air entrer dans vos poumons, descendre dans l'abdomen, puis dans la jambe gauche, le pied gauche, et jusqu'aux orteils. Ensuite, à l'expiration, imaginez l'air remonter depuis les orteils, à travers la jambe, l'abdomen, la poitrine, et sortir par le nez. Faites cela autant que possible pendant quelques respirations, en respirant jusque dans les orteils et en expirant à partir des orteils. Il peut être difficile d'y parvenir ; pratiquez cela autant que vous le pouvez, avec légèreté.

Lorsque vous êtes prêt, à l'expiration, relâchez votre attention des orteils et portez-la sur les sensations au niveau de la plante du pied gauche. Portez une attention curieuse et douce à la voûte plantaire, au talon (par exemple, remarquez les sensations là où le talon touche le sol). Expérimentez avec la respiration, en étant conscient-e de l'air en toile de fond, pendant que vous explorez les sensations du pied.

Laissez maintenant la conscience s'étendre au reste du pied : à la cheville, au-dessus du pied, et jusqu'aux os et articulations. Ensuite, prenez une respiration légèrement plus profonde, dirigeant-la vers l'ensemble du pied gauche, et à l'expiration, laissez aller complètement le pied gauche, permettant à l'attention de se déplacer vers la partie inférieure de la jambe gauche, le mollet, le tibia, le genou, et ainsi de suite.

Continuez à porter votre attention, avec curiosité, sur les sensations physiques dans chaque partie restante du corps, à tour de rôle : la cuisse gauche, les orteils droits, le pied droit, la jambe droite, le bassin, le dos, l'abdomen, le torse, les doigts, les mains, les bras, les épaules, le cou, la tête et le visage. Dans

chaque zone, portez la même attention minutieuse aux sensations présentes. Après chaque zone majeure, inspirez vers cette région, et à l'expiration, laissez cette région de côté.

Lorsque vous devenez conscient·e de tensions ou d'autres sensations intenses dans une partie spécifique du corps, vous pouvez « respirer dans » ces zones – utilisez l'inspiration pour apporter une conscience douce dans les sensations, et, autant que possible, laissez ces sensations se relâcher ou se dissiper à l'expiration.

L'esprit va inévitablement vagabonder loin de la respiration et du corps de temps en temps. Cela est tout à fait normal. C'est ce que fait l'esprit. Lorsque vous vous en rendez compte, reconnaissez-le doucement, notez où l'esprit est allé, puis ramenez délicatement votre attention à la partie du corps sur laquelle vous aviez l'intention de vous concentrer.

Une fois que vous avez « scanné » l'ensemble du corps de cette manière, passez quelques minutes à être conscient de la sensation globale du corps, et de la respiration qui circule librement dans le corps.

(Adaptation et traduction libre de Segal et al., 2012, p. 122-124)

APPENDICE A
PREUVE DE SOUMISSION ARTICLE 1



Dear Mia Hebert,

Thank you for your submission.

Submission ID	244962631
Manuscript Title	Les cibles thérapeutiques contemporaines pour le traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte: une revue de littérature visant à identifier les éléments communs en art-thérapie
Journal	Canadian Journal of Art Therapy

If you made the submission, you can check its progress and make any requested revisions on the [Author Portal](#)

Thank you for submitting your work to our journal.

If you have any queries, please get in touch with UCAT-peerreview@journals.tandf.co.uk.

Kind Regards,
Canadian Journal of Art Therapy Editorial Office

APPENDICE B
PREUVE DE SOUMISSION ARTICLE 2



Dear Mia Hebert,

Thank you for your submission.

Submission ID	245533012
Manuscript Title	Le Continuum des Thérapies Expressives comme modèle Intégratif pour le traitement art-thérapeutique du traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte
Journal	Canadian Journal of Art Therapy

If you made the submission, you can check its progress and make any requested revisions on the [Author Portal](#)

Thank you for submitting your work to our journal.

If you have any queries, please get in touch with UCAT-peerreview@journals.tandf.co.uk.

Kind Regards,

Canadian Journal of Art Therapy Editorial Office

RÉFÉRENCES

- Adeniyi, L. B. (2014). *Group art therapy for adult female victims of sexual violence* [Mémoire de maîtrise, Université d'Indiana]. Scholar Works.
<https://scholarworks.indianapolis.iu.edu/server/api/core/bitstreams/ee010496-b322-4173-8f91-afccfae26c1d/content>
- Allan, J. (1988). *Inscape of the child's world: Jungian counseling in schools and clinics*. Spring Publications.
- Allard-Dansereau, C. et Frappier, J. (2011). L'intervention médicale et médicolégale auprès des enfants et des adolescents victimes d'agressions sexuelles. Dans M. Hébert et M. Cyr (dir.). *Agression sexuelle envers enfants* (vol. 1, pp. 97–148). Presses de l'Université du Québec.
- Alfred, N. (2019). *An application of the Expressive Therapies Continuum with trauma-related symptoms in women*, [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone theses.
https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/132
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5thed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2023). *DSM-5-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd, texte révisé). Elsevier Masson.
- Anguelova, L. (2018). *Working with adult survivors of childhood sexual abuse*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315210605>
- Archterberg, J. (1985). *Imagery in healing. Shamanism and modern medicine*. Shambhala Publications.
- Armstrong, V. G. (2013). Modelling attuned relationships in art psychotherapy with children who have had poor early experiences. *Arts in Psychotherapy*, 40(3), 275–284. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.04.002>
- Association canadienne pour la santé mentale [ACSM]. (2024, 26 juin). Trouble de stress post-traumatique. ACSM.
<https://cmha.ca/fr/brochure/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt/>
- Ataria, Y. (2014). Traumatic memories as black holes: A qualitative-phenomenological approach. *Qualitative Psychology*, 1, 123-140. <https://doi.org/s10.1037/qup0000009>
- Ataria, Y. (2016). Post-traumatic stress disorder: A theory of perception. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 11(1), 19-30. <https://doi.org/10.1080/17432979.2015.1064828>
- Avrahami, D. (2006). Visual art therapy's unique contribution in the treatment of post-traumatic stress disorders. *Journal of Trauma et Dissociation*, 6(4), 5-38. https://doi.org/10.1300/J229v06n04_02
- Backos, A. K. et Pagon, B. E. (1999). Finding a voice: Art therapy with female adolescent sexual abuse survivors. *Art Therapy*, 16(3), 126–132. <https://doi.org/10.1080/07421656.1999.10129650>
- Bakal, D. A. (2001). *Minding the body: Clinical uses of somatic awareness*. Guilford Press.

- Baker, F. A., Metcalf, O., Varker, T. et O'Donnell, M. (2018). A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 643. <https://doi.org/10.1037/tra0000353>
- Banfield, J. et Burgess, M. (2013). A phenomenology of artistic doing: Flow as embodied knowing in 2D and 3D professional arts. *Journal of Phenomenological Psychology*, 44(1), 60–91. <https://doi.org/10.1163/15691624-12341245>
- Baril, K. et Laforest, J. (2018). Rapport québécois sur la violence et la santé: Les agressions sexuelles. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Bartone, P. T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War. Dans M. Violanti, O. Paton et C. Ounuing (dir.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 115-133). Charles C. Thomas.
- Becker, C.-L. J. (2015). Integrating art into group treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood sexual abuse: A pilot study. *Art Therapy*, 32(4), 190-196. <https://doi.org/10.1080/07421656.2015.1091643>
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G. et Treacy, E. C. (1982). Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex et Marital Therapy*, 8(1), 65-74. <https://doi.org/10.1080/00926238208405813>
- Bedi, U. S. et Arora, R. (2007). Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *Journal of the National Medical Association*, 99(6), 642. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2574374/pdf/jnma00205-0048.pdf>
- Belkofer, C. M. et Nolan, E. (2016). Practical applications of neuroscience in art therapy: A holistic approach to treating trauma in children. Dans J. King (dir.), *Art therapy, trauma and neuroscience* (pp. 157-172). Routledge.
- Benzemma, S., et Durif-Varembont, J.-P. (2020). Contribution des épreuves projectives à la clinique des victimes d'agression(s) sexuelle(s). *Psychologie Clinique et Projective*, 28(2), 105. <https://doi.org/10.3917/pcp.028.0105>
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S. et Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 11, 645-664. <https://doi.org/10.1023/A:1024485130934>
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd.
- Betensky, M. (1995). *What do you see? Phenomenology of therapeutic art expression*. Jessica Kingsley Publishers.
- Blackwell, S. E., Rius-Ottenheim, N., Schulte-van Maaren, Y. M., Carlier, I. V., Middelkoop, V. D., Zitman, F. G. et Giltay, E. J. (2013). Optimism and mental imagery: A possible cognitive marker to promote well-being? *Psychiatry Research*, 206(1), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.047>

- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 101-113. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.5.1.101>
- Bonza, W. et Fehlner, J. (1999). Visual Voice and Expression: Spontaneous group art therapy with latency-age sexually abused girls. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 13(1-2), 13-26. <https://doi.org/10.1080/08322473.1999.11432241>
- Boudrias, S. (2021). Neuroscience and somatic art therapy: Emotional memory reconsolidation. Dans J. Hamel (dir.), *Somatic art therapy: Alleviating pain and trauma through art* (pp. 51-62). Routledge.
- Boyes, S. (2006). Individual art therapy with resistant adolescents. Dans S. L. Brooke (dir.), *Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies* (pp. 40-46). Charles C Thomas Publisher Ltd.
- Bowen-Salter, H., Whitehorn, A., Pritchard, R., Kernot, J., Baker, A., Posselt, M., Price, E., Jordan-Hall, J. et Boshoff, K. (2022). Towards a description of the elements of art therapy practice for trauma: A systematic review. *International Journal of Art Therapy*, 27(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1957959>
- Breed, H. E. (2013). *Integrating art therapy and eye movement desensitization and reprocessing to treat post traumatic stress* [Thèse de doctorat, Université de Loyola Marymount]. LMU/LLS Theses and Dissertations. <https://digitalcommons.lmu.edu/etd/15>
- Bremner, J., Southwick, L., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R. et Charney, D. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328–332. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.3.328>
- Brewin, C. R., MacCarthy, B. et Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity: The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality*, 23(3), 354-372. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(89\)90007-X](https://doi.org/10.1016/0092-6566(89)90007-X)
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. et Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*, 117(1), 210. <https://doi.org/10.1037/a0018113>
- Briere, J. (1996). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. Springer Pub.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, et T. A. Reid (dir.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2^e éd., pp. 175–203). Sage Publications, Inc.
- Briere, J. et Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future Of Children*, 4(2), 54-69. <https://doi.org/10.2307/1602523>
- Brillon, P. (2017). *Comment aider les victimes de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Les Éditions Québec-Livres.

- Brochu, R., Lefrançois, J., Matte-Landry, A., Grondin, F. et Bastien, C. H. (2023). Recension systématique sur l'efficacité des traitements des symptômes post-traumatiques nocturnes chez les victimes d'agression sexuelle. *Psychologie canadienne*, 64(1), 40–56. <https://doi.org/10.1037/cap0000301>
- Brooke, S. L. (1995). Art therapy: An approach to working with sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 22(5), 447-466. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00036-4](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00036-4)
- Brooke, S.L. (1997). *Art therapy with sexual abuse survivors*. Charles C. Thomas Publisher.
- Brown, L. E. (2010). *Developing a short-term art therapy protocol for a university counselling center to address trauma* [Thèse de doctorat, Université de Floride]. The Graduate School. http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-2913
- Brown, A. M. et Latimir, M. (2001). Between images and thoughts: An art psychotherapy group for sexually abused adolescent girls. Dans J. Murphy (dir.), *Art therapy with young survivors of sexual abuse: Lost for words* (pp. 184–200). Brunner-Routledge.
- Brown, V. M. et Morey, R. A. (2012). Neural systems for cognitive and emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 3, 449. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00449>
- Buk, A. (2009). The mirror neuron system and embodied simulation: Clinical implications for art therapists working with trauma survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 36(2), 61-74. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.01.008>
- Burns, S. et O'Shea, R. (2017). 'I like your new coat': The emergence of secure base and sense of self and other through an art psychotherapy relationship. *International Journal of Art Therapy*, 22(2), 46-56. <https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1287747>
- Burt, H. (2002). Witnessing, visibility, and the experience of self: Utilizing art therapy in recovery from childhood sexual abuse. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 15(1), 10-28. <https://doi.org/10.1080/08322473.2002.11432248>
- Cahill, A.J. (2001). *Rethinking rape*. Ithaca et London: Cornell. <https://doi.org/10.1080/17432979.2015.1064828>
- Calhoun, K. S., Atkeson, B. M. et Resick, P. A. (1982). A longitudinal examination of fear reactions in victims of rape. *Journal of Counseling Psychology*, 29(6), 655. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.6.655>
- Campbell, R., Dworkin, E. et Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence et Abuse*, 10(3), 225–246. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>.
- Cane, F. (1951). *The artist in each of us*. Pantheon Books
- Carroll, R. (2018). Four relational modes of attending to the body in psychotherapy. Dans K. White (dir.), *Talking bodies* (pp. 11-39). Routledge.
- Carozza, P. M. et Heirsteiner, C. L. (1982). Young female incest victims in treatment: Stages of growth seen with a group art therapy model. *Clinical Social Work Journal*, 10(3), 165–175. <https://doi.org/10.1007/BF00756001>
- Canadian Art Therapy Association [CATA]. (2020). What is art therapy?. Canadian Art Therapy. <https://www.canadianarttherapy.org/what-is-art-therapy>

- Chapman, L. (2013). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents: Understanding mechanisms of change*. Norton.
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H. et Knudson, M. M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18, 100–104. <https://doi.org/10.1080/07421656.2001.10129750>
- Chesnot, O. H. et Chidiac, N. (2020). La médiation argile: une thérapie innovante dans le traitement du traumatisme et du post-traumatisme. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 178(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.04.018>
- Cheung, Y. J. [張逸莉]. (2017). The effectiveness of expressive arts therapy (ExAT) on the improvement of employees' wellbeing in elderly home. [Thèse de doctorat, Université d'Hong Kong]. HKU Thesis Online. https://doi.org/https/10.5353/th_991043984997003414
- Chilton, G. et Scotti, V. (2014). Snipping, gluing, writing: The properties of collage as an arts-based research practice in art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 31(4), 163–171. <https://doi.org/10.1080/07421656.2015.963484>
- Choe, N. S. (2023). Understanding the value of art prompts in an online narrative medicine workshop: An exploratory-descriptive focus group study. *Medical Humanities*, 49(2), 308-320. <https://doi.org/10.1136/medhum-2022-012480>
- Christian, D. (2008). The cortex: Regulation of sensory and emotional experience. Dans N. Hass-Cohen et R. Carr (dir.), *Art therapy and clinical neuroscience* (pp. 62-75). Jessica Kingsley.
- Chu, J. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders* (2^e éd.). John Wiley et Sons.
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied?. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- Cohen, B. M., Barnes, M.-M. et Rankin, A. B. (1995). *Managing traumatic stress through art: Drawing from the center*. The Sidran Press.
- Coholic, D., Loughheed, S. et Cadell, S. (2009). Exploring the helpfulness of arts-based methods with children living in foster care. *Traumatology*, 15(3), 64-71. <https://doi.org/10.1177/1534765609341590>
- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C. et Spielberg, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), 157-164. <https://doi.org/10.1080/07421656.2006.10129335>
- Conroy, S. et Cotter, A. (2014). *Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada*. Centre canadien de la statistique juridique. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2017001/article/14842-fra.pdf?st=KG82Hd42>
- Cooper, H. M. (1988). Organizing knowledge syntheses: A taxonomy of literature reviews. *Knowledge in Society*, 1(1), 104-126. <https://doi.org/10.1007/BF03177550>

- Courtois, C. A. (2010). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy* (2^e éd.). W.W. Norton.
- Courtois, C. A., Ford, J. et Cloitre, M. (2009). Best practices in the treatment for adult. Dans C. A. Courtois et J. Ford (dir.), *Treating post-traumatic disorder* (pp. 82–103). Guilford Press.
- Costello, C. M. et Short, B. A. (2021). *Healing from clinical trauma using creative mindfulness techniques: A workbook of tools and applications*. Routledge.
- Covers, M. L., De Jongh, A., Huntjens, R. J., De Roos, C., Van Den Hout, M. et Bicanic, I. A. (2019). Early intervention with eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of posttraumatic stress symptoms in recent rape victims: Study protocol for a randomised controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1632021. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>
- Cozolino, L. (2017). *The Neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (3^e éd.). Norton et Co.
- Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel [CALACS]. (2020). *Les conséquences d'une agression sexuelle... un mal envahissant*. <http://calacs-chateauguay.ca/aide/pour-les-victimes/les-consequences-dune-agression-sexuelle-un-mal-envahissant/>
- Crane, R. (2010). *Impact of art materials on symptoms of stress*. Albertus Magnus College.
- Crenshaw, D. (2006). Neuroscience and trauma treatment: Implications for creative arts therapists. Dans Carey L. (dir.), *Expressive and creative arts methods for trauma survivors* (pp. 21- 38). Jessica Kingsley Publishers.
- Dana, D. (2018). *The Polyvagal theory in therapy: engaging the rhythm of regulation (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Dansky, S. K. (2022). The small body outline drawing and art therapy with a female substance use disorder patient to facilitate mindful processing of trauma: A case report. *Canadian Journal of Art Therapy*, 35(1), 20-31. <https://doi.org/10.1080/26907240.2022.2030520>
- Daoust, M. (2023). *L'exploration des couleurs en art-thérapie: Vers l'expression de soi et la cocréation avec le monde* [Mémoire de maîtrise, UQAT]. Depositum UQAT. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1506>
- Dass-Brailsford, P. (2007). *A practical approach to trauma: Empowering interventions*. Sage.
- Davis, L. (1990). *The courage to heal workbook: For women and men survivors of child sexual abuse*. Perennial Library.
- Davis, E., Fitzgerald, J., Jacobs, S. et Marchand, J. (2023). *EMDR and creative arts therapies*. Routledge. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.4324/9781003156932>
- Davis, J. L. et Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291–328. 1359-1789. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\) 00010-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(99) 00010-5)
- Deblinger, E. et Heflin, A. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive behavioral approach*. Sage.

- Devlin, E. (2022). *Expressive therapies and suicidality in youth* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies CapstoneTheses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/645
- Dion, M. C. (2011). *L'anxiété chez les enfants de 6 à 12 ans: Une exploration des médiums créatifs en art-thérapie* (Mémoire de maîtrise, Université Concordia). https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/35828/1/Dion_MA_F2011.pdf
- Duhovska, J. et Lusebrink, V. B. (2018). Assessment and therapeutic application of the Expressive Therapies Continuum in music therapy: The case of Anna with cancer-related depression. Dans A. Zubala et V. Karkou (dir.), *Arts therapies in the treatment of depression* (pp. 241-254). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315454412>
- Duncan, S. (2019). *The sensory and haptic nature of art therapy materials with young children ages 0 5yrs old of complex trauma* [Thèse de doctorat, Université de Loyola Marymount]. LMU/LLS Theses and Dissertations. <https://digitalcommons.lmu.edu/etd/773>
- Dunlea, M. (2019). *Bodydreaming in the treatment of developmental trauma: An embodied therapeutic approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429398827>
- Dutton, M. A., Dahlgren, S., Martinez, M., et Mete, M. (2023). The holistic healing arts retreat: An intensive, experiential intervention for survivors of interpersonal trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(5), 727–737. <https://doi.org/10.1037/tra0001178>
- Edwards, C. (2007). Art as witness, art as evidence: A collaborative investigation into art therapy with adult survivors of childhood sexual abuse. Dans S. L. Brooke (dir.), *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors* (pp. 44 - 58). Charles C Thomas.
- Edwards, V. J., Freyd, J. J., Dube, S. R., Anda, R. F. et Felitti, V. J. (2012). Health outcomes by closeness of sexual abuse perpetrator: A test of betrayal trauma theory. *Journal of Aggression, Maltreatment et Trauma*, 21(2), 133–148. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.648100>
- Elbrecht, C. et Antcliff, L. R. (2014). Being touched through touch. Trauma treatment through haptic perception at the Clay Field: A sensorimotor art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 19(1), 19-30. <https://doi.org/10.1080/17454832.2014.880932>
- Elbrecht, C. et Antcliff, L. R. (2015). Being in touch: Healing developmental and attachment trauma at the clay field. *Children Australia*, 40(3), 209-220. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.30>
- Elbrecht, C. (2013). *Trauma healing at the clay field: A sensorimotor art therapy approach*. Jessica Kingsley Publishers.
- Elbrecht C. (2015). The clay and developmental trauma in children. Dans C. A. Malchiodi (dir.), *Creative interventions with traumatized children* (2^e éd, pp. 191-212). The Guilford Press.
- Elbrecht, C. (2018). *Healing trauma with guided drawing: A sensorimotor art therapy approach to bilateral body mapping*. North Atlantic Books.
- Ellis, E. M., Atkeson, B. M. et Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(3), 263. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.90.3.263>

- Estep, M. (1995). To soothe oneself: Art therapy with a woman recovering from incest. *American Journal of Art Therapy*, 34(1), 9-18.
- Farges, F. et Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives: Revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8, 47-74. <https://doi.org/10.3917/psyt.082.0047>
- Feldman, Y. (2021). Building resilience: Developing embodied and relational resources in a gestalt movement therapy group. Dans A. Chesner et S. Lykou (dir.), *Trauma in the creative and embodied therapies: When words are not enough* (pp. 80-91). Routledge.
- Feen-Calligan, H. et Case, W. (2018). Art therapy in the detoxification phase of treatment of substance use disorders. Dans M. Gaydos (dir.), *Art and expressive therapies within the medical model* (pp. 164-176). Routledge.
- Ferguson, C. (2014). *Art therapy for adult survivors of child sexual abuse* [Thèse de doctorat, Université de Californie]. Electronic Theses, Projects, and Dissertations. <http://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/56>
- Fernandez, K. T. G., Serrano, K. C. M. et Tongson, M. C. C. (2014). An intervention in treating selective mutism using the Expressive Therapies Continuum framework. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.873706>
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. Free Press.
- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *The American journal of orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Fisher, J. (2019). Sensorimotor psychotherapy in the treatment of trauma. *Practice Innovations*, 4(3), 156-165. <https://doi.org/10.1037/pri0000096>
- Foa, E. B. et Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Ford, J. D., Nader, K. et Fletcher, K. E. (2013). Clinical assessment and diagnosis. Dans F. J. Ford et X. A. Courtois (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models* (pp. 116-139). The Guilford Press.
- Foucault, M. (1990). The history of sexuality. Dans C. Gordon (dir.), *Power / Knowledge: Selected interviews and other writings 1927 – 1977* (pp. 183-193). Pantheon.
- Fraser, M. W., et Galinsky, M. J. (2010). Steps in intervention research: Designing and developing social programs. *Research on social work practice*, 20(5), 459-466. <https://doi.org/10.1177/1049731509358424>
- Fraser, M. W., Richman, J. M., Galinsky, M. J. et Day, S. H. (2009). *Intervention research: Developing social programs*. Oxford university press.
- Freyberger, H. (1997). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy and psychosomatics*, 28, 337-342. <https://doi.org/10.1159/000287080>
- Friedman, L. (1996). *The use of art therapy in the treatment of women who were sexually abused as children* [Thèse de doctorat, Université de Floride]. ProQuest.

<https://www.proquest.com/openview/7295f9572b7cb3ba32bd47cc0e3cf4d0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

- Fuster, J.M. (2003). *Cortex and mind: Unifying cognition*. Oxford University Press.
- Fybish, L. (2019). *The use of art therapy in work with adult survivors of childhood sexual abuse trauma: A thematic analysis* [Thèse de doctorat, Université d'Auckland]. Open Repository. <http://hdl.handle.net/10292/13281>
- Gall, M. D., Borg, W. R. et Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. Longman Publishing.
- Gantt, L. M. et Tinnin, L. W. (2007a). Intensive trauma therapy for PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 69–80. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.09.007>
- Gantt, L. M. et Tinnin, L. W. (2007b). The instinctual trauma response. Dans D. B. Arrington (dir.), *Art, angst, and trauma: Right brain intervention with developmental issues* (pp. 168–174). Charles C Thomas Publishers.
- Gantt, L. et Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.12.005>
- Gantt, L. et Tripp, T. (2016). The image comes first: Treating preverbal trauma with art therapy. Dans J. King (dir.), *Art therapy, trauma and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 67-99). Routledge.
- Garrett, C. A. et Ireland, M. S. (1979). A therapeutic art session with rape victims. *American Journal of Art Therapy*, 18(4), 103–106.
- Gauthier, M. C. (2023). *Le croisement transthéorique de la thérapie centrée sur les émotions auprès des couples et du continuum des thérapies expressives* [Mémoire de maîtrise, UQAT]. Depositum UQAT. https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1538/1/MarieChristineGauthier_thèse_MAT-1.pdf
- Gendlin, E. T. (1981). Focusing and the development of creativity. *The Folio: Journal of Focusing and Experiential Therapy*, 1(1), 13-16.
- Gerig Shelly, M. (2022). *Art therapy and parts work with survivors of sexual violence: Art therapy and parts work with survivors of sexual violence: Development of a method* [Thèse de doctorat, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/552
- Ghafoori, B., Martinho, G., Gonçalves, M. et Matos, M. (2023). Clinical profiles and factors associated with treatment initiation in survivors of sex trafficking: A comparison with survivors of domestic violence and sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(6), 1032. <https://doi.org/10.1037/tra0001273>
- Gil, E. (2012). Art and play therapy with sexually abused children. Dans C. A. Malchiodi (dir.), *Handbook of art therapy* (2^e éd, pp. 175-191). Guilford Press.
- Gingras, G. (2015). *Exploration of self-care through the intentional witness process and the Expressive Therapies Continuum (ETC)* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. Spectrum Library. https://spectrum.library.concordia.ca/980327/1/Gingras_MA_F2015.pdf

- Godbout, N. (2018, Juin). *Introduction au dossier: Adultes victimes de violences sexuelles - mieux comprendre pour des meilleures pratiques*. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/introduction-adultes-victimes-de-violences-sexuelles-mieux-comprendre-pour-des-meilleures-pratiques>
- Goodarzi, G., Sadeghi, K. et Foroughi, A. (2020). The effectiveness of combining mindfulness and art-making on depression, anxiety and shame in sexual assault victims: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 71(101705), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101705>
- Goodman, L. A., Koss, M. P. et Russo, N. F. (1993). Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied and Preventive Psychology*, 2(2), 79-89. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80114-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80114-3)
- Gorynski, D. M. (2022). Trauma-Informed Expressive Therapies Continuum: A literature review and discussion of a guide for art therapists working with veterans experiencing complex trauma [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/449
- Gouvernement du Canada. (2021). *Le trouble de stress post-traumatique chez les adultes au Canada : Faits saillants des résultats de l'Enquête sur la santé mentale et les événements stressants (cycle 1)*. Infobase Santé. <https://sante-infobase.canada.ca/enquete-tspt/>
- Gishoma, D. et Brackelaire, J. L. (2008). Quand le corps abrite l'inconcevable. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 30(1), 159-183. https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2008-1-page-159.htm?ora.z_ref=li-41165280-pub
- Grabbe, L. et Miller-Karas E. (2018). The trauma resiliency model: A “Bottom-Up” intervention for trauma psychotherapy. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(1). 76-84. <https://doi.org/10.1177/1078390317745133>
- Grand'Maison, D. (2020). *Travail avec le Continuum des thérapies expressives en art-thérapie auprès des autochtones* (Mémoire de maîtrise, UQAT). Depositum UQAT. https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1271/1/sonia_degrandmaison_thèse_2020.pdf
- Graves-Alcorn, S. et Kagit, C. (2017). *Implementing the Expressive Therapies Continuum: A guide for clinical practice*. Taylor et Francis.
- Gray, R. M. et Liotta, R. F. (2012). Extinction, reconsolidation, and the visual-kinesthetic dissociation protocol. *Traumatology*, 18, 3–16. <https://doi.org/10.1177/1534765611431835>.
- Gross, J. et Hayne, H. (1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of experimental psychology: Applied*, 4(2), 163. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.4.2.163>
- Haeyen, S. et Staal, M. (2021). Imagery rehearsal based art therapy: Treatment of post-traumatic nightmares in art therapy. *Frontiers in psychology*, 11, 628717. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.628717>
- Hagood, M. M. (2000). *The use of art in counselling child and adult survivors of sexual abuse*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hamel, J. (2021). *Somatic art therapy: Alleviating pain and trauma through art*. Routledge.

- Hamel, J. (2022). *Dreams and nightmares in art therapy: The dream of the jaguar*. Routledge.
- Hammontree, J. (2012). *A systematic literature review of neuroscience and the Expressive Therapies Continuum (ETC) addressing self-esteem among children with learning disabilities* [Mémoire de maîtrise, Saint Mary-of-the-Woods College]. Woods Scholars. <https://scholars.smwc.edu/server/api/core/bitstreams/113732f9-3479-4397-bd0e-ba4a3fdcd0b6/content>
- Hanes, M. J. (2000). Catharsis in art therapy: A case study of a sexual abused adolescent. *American Journal of Art Therapy*, 8(3), 70. <https://www.artpsychotherapy.com/PDF/CatharsisinArtTherapy.pdf>
- Hanes, M. J. (2024). Clay in Art Therapy: A Case Report of a Sexually Abused Child. *Art Therapy*, 42(3), 190–195. <https://doi.org/10.1080/07421656.2024.2408518>
- Hargrave-Nykaza, K. (1994). An application of art therapy to the trauma of rape. *Art Therapy*, 11(1), 53–57. <https://doi.org/10.1080/07421656.1994.10759044>
- Harms, L. (2005). *Understanding human development: A multidimensional approach*. Oxford University Press.
- Haskell, L. et Randall, M. (2019). *L'incidence des traumatismes sur les survivantes d'agressions sexuelles d'âge adulte*. Justice Canada. https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/traumatisme/traumatisme_fra.pdf
- Hassan-Muhammad, A. (2022). *A cultural adaptation of the Expressive Therapies Continuum model (ETC): Zambia* [Thèse de doctorat, École professionnelle de psychologie de Chicago]. ProQuest. <https://www.proquest.com/openview/cd04168407ffb7fe436b8f0cdb67caaf/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Hass-Cohen, N. (2003). Art therapy mind body approaches. *Progress in Family Systems Research and Therapy*, 12, 24-38. http://noahhasscohen.com/uploads/2/9/0/0/2900945/hasscohen_progress-03_final.pdf
- Hass-Cohen, N. et Carr, R. (2008). *Art therapy and clinical neuroscience*. Jessica Kingsley.
- Hass-Cohen, N., Clyde Findlay, J., Carr, R. et Vanderlan, J. (2014). “Check, change what you need to change and/or keep what you want” : An art therapy neurobiological-based trauma protocol. *Art Therapy*, 31(2), 69-78. <https://doi.org/10.1080/07421656.2014.903825>
- Hass-Cohen, N. et Clyde Findlay, J. (2015). *Art therapy and the neuroscience of relationships, creativity and resiliency: Skills and practices*. W.W. Norton.
- Hass-Cohen, N. (2016). Secure resiliency: Art therapy relationship neuroscience trauma treatment principles and guidelines. Dans J. L. King (dir.), *Art therapy, trauma and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 100–138). Routledge.
- Hass-Cohen, N., Bokoch, R., Clyde Findlay, J. C. et Witting, A. B. (2018). A four-drawing art therapy trauma and resiliency protocol study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 44-56. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.02.003>
- Hass-Cohen, N. et Clyde Findlay, J. M. C. (2019). The art therapy relational neuroscience and memory reconsolidation four drawing protocol. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.03.002>

- Haeyen, S. et Hinz, L. D. (2020). The first 15 minutes in art therapy: Painting a picture from the past. *The Arts in Psychotherapy*, 17, <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101718>
- Haeyen, S., Kleijberg, M. et Hinz, L. D. (2017). Art therapy for patients with personality disorders cluster B/C: A qualitative study of emotion regulation from patient and expert perspectives. *International Journal of Art Therapy*, 22(4), 1-13.
- Haeyen, S. et Staal, M. (2021). Imagery rehearsal based art therapy: Treatment of post-traumatic nightmares in art therapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 628717. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.628717>
- Hayes, J., LaBar, K., McCarthy, G., Salgrade, E., Nasser, J., Dolcos, F. et Morey, R. (2011). Reduced hippocampal and amygdala activity predicts memory distortions for trauma reminders in combat-related PTSD. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 660–669. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.007>
- Hazzard, A., King, H. E. et Webb, C. (1986). Group therapy with sexually abused adolescent girls. *American Journal of Psychotherapy*, 40(2), 213–223. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1986.40.2.213>
- Hébert, M. (2015). *Comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fournir des pistes d'intervention en art-thérapie: Une exploration théorique reposant sur la théorie de l'attachement* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. Spectrum Library. https://spectrum.library.concordia.ca/980402/1/Hébert_MA_F2015.pdf
- Hébert, M. (2025). La modification des productions artistiques comme moteur de changement en art-thérapie dans le traitement des souvenirs traumatiques chez les survivantes d'agression sexuelle: une illustration de cas (Artwork Alteration as a Catalyst for Change in Art Therapy for the Treatment of Traumatic Memories in Survivors of Sexual Assault: A Case Illustration). *Canadian Journal of Art Therapy*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/26907240.2025.2544392>
- Hébert, M. et Plante, P. (sous presse). Les cibles thérapeutiques contemporaines pour le traumatisme de nature sexuelle chez l'adulte : Une revue de littérature visant à identifier les éléments communs en art-thérapie. *Canadian Journal of Art Therapy*.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Hetherington, R. et Gentile, F. (2022). Healing boundaries: a teenager's experience of art therapy integrated with Somatic Experiencing. *International Journal of Art Therapy*, 27(4), 190-197. <https://doi.org/10.1080/17454832.2022.2080239>
- Hinz, L. D. (2006). *Drawing from within: Using art to treat eating disorders*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hinz, L. D. (2009a). *Expressive Therapies Continuum: A framework for using art in therapy*. Routledge.
- Hinz, L. D. (2009b). Order out of chaos: The Expressive Therapies Continuum as a framework for art therapy interventions in substance abuse treatment. Dans S. Brooke (dir.), *The use of creative therapies in chemical dependency issues* (pp. 51-68). Charles C Thomas Publishers.
- Hinz, L. D., Riccardi, M. et Périer, C. (2014). Introduction à l'utilisation du Continuum de thérapies expressives dans l'évaluation et le traitement en art-thérapie [PowerPoint slides]. Document Inédit.

- Hinz, L. D. (2015). Expressive Therapies Continuum in the assessment and treatment of depression. Dans S. Brooke et C. E. Myers (dir.), *The use of creative therapies in treating depression* (pp. 38-58). Charles C Thomas Publishers.
- Hinz, L. D. (2018). *Beyond self-care for helping professionals: The Expressive Therapies Continuum and the life enrichment model*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315316444>
- Hinz, L. D. (2019). *Expressive Therapies Continuum: A framework for using art in therapy* (2^e éd). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429299339>
- Hinz, L. D. (2024). Filling the form: Expressive Therapies Continuum-guided treatment of narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 80(5), 1192-1206. <https://doi.org/10.1002/jclp.23635>
- Hinz, L. D., Rim, S. et Lusebrink, V.B. (2022). Clarifying the creative level of the Expressive Therapies Continuum: A different dimension. *Arts in Psychotherapy*, 78, 101896. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101896>
- Hinz, L. D., van Meter, M. L. et Lusebrink, V. B. (2022). Development of the Expressive Therapies Continuum: The Lifework of Vija B. Lusebrink, Ph.D., ATR-BC. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 39(4), 219-222. <https://doi.org/10.1080/07421656.2022.2131951>
- Hogg, M. (2018). *Studying the phenomenon of expressive arts with male survivors of childhood sexual abuse* [Thèse de doctorat, Université Pepperdine]. Pepperdine Digital Commons. <https://digitalcommons.pepperdine.edu/etd/960>
- Holmes, M. M., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G. et Best, C. L. (1996). Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(2), 320-325. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70141-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70141-2)
- Homer, E. S. (2015). Piece work: Fabric collage as a neurodevelopmental approach to trauma treatment. *Art Therapy*, 32(1), 20-26. <https://doi.org/10.1080/07421656.2015.992824>
- Hopper, J. W. (2015). Why many rape victims don't fight or yell. *The Washington Post*, 23. <https://evawintl.org/wp-content/uploads/Hopper-2015-Why-Many-Rape-Victims-Dont-Fight-or-Yell-Washington-Post.pdf>
- Houlker, K. (2018). *Expressive arts therapy as a supplemental treatment for schizophrenic symptoms through a neurobiological lens* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/84
- Howard, R. (1990). Art therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Art Therapy*, 28(3), 79- 88.
- Howie, P. (2016). Art therapy with trauma. Dans D. E. Gussek et M. L. Rosal (dir.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 375-386). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118306543.ch0>
- Huss, E., Elhozayel, E. et Marcus, E. (2012). Art in group work as an anchor for integrating the micro and macro levels of intervention with incest survivors. *Clinical Social Work Journal*, 40(4), 401-411. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0393-2>

- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2020). *Trousse Média sur les agressions sexuelles : Conséquences victimes âge adulte*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/consequences>
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Hoffman, L., Gratz, K. L. et Messman-Moore, T. L. (2017). Victim alcohol intoxication during a sexual assault: Relations with subsequent PTSD symptoms. *Violence and victims*, 32(4), 642-657. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00045>
- Jensen, E. (2001). *Arts with the brain in mind*. Association for Supervision and Curriculum Development.
- Jeon, J. (2022). *Improving cognitive decline for persons living with dementia: Art therapy assessment and interventions based on the Expressive Therapies Continuum (ETC) framework* [Thèse de doctorat, Université de Californie]. Dominican Scholar. <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2023.AT.PHD.03>
- Jewkes, R., Sen, P. et Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual violence. Dans E. G. Krug, L. L. Dhalberg, J. A. Mercy, A. Zwi et R. Lozono (dir.), *World report on violence and health*. World Health Organization. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Johnson, D. R. (1987). The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *The Arts in Psychotherapy*. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(87\)90030-X](https://doi.org/10.1016/0197-4556(87)90030-X)
- Johnson, D. R., Lahad, M. et Gray, A. (2009). Creative therapies for adults. Dans E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman et J. A. Cohen (dir.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 479- 490). The Guilford Press.
- Jolly, A. (2003). Épidémiologie des PTSD. *Journal International de Victimologie*, 2(1), 48-82. <https://annejolly.fr/wp-content/uploads/2016/09/jidv2003.pdf>
- Joseph, S. et Linley, P. A. (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. John Wiley et Sons.
- Jung, C. G. (1964). *Man and his symbols*. Doubleday.
- Kaës, R. (2006). L'affect et les identifications affectives dans les groupes. *Champ psychosomatique*, (1), 59-79. <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2006-1-page-59.htm>
- Kagin, S. L. (1969). *The influence of structure in painting on verbal and graphic self-expression of retarded youth* [Mémoire de maîtrise, Université de Tulsa].
- Kagin, S. L. et Lusebrink, V. B. (1978). The Expressive Therapies Continuum. *Art Psychotherapy*, 5(4), 171–180. doi: 10.1016/0090-9092(78)90031-5
- Kalmanowitz, D. (2016). Inhabited studio: Art therapy and mindfulness, resilience, adversity and refugees. *International Journal of Art Therapy*, 21(2), 75–84. <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1170053>
- Kalmanowitz, D. L. et Ho, R. T. H. (2017). Art therapy and mindfulness with survivors of political violence: A qualitative study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 107–113. <https://doi.org/10.1037/tra0000174.supp>

- Kaimal, G., Ray, K. et Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art therapy*, 33(2), 74-80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>
- Kaimal, G., Ayaz, H., Herres, J., Dieterich-Hartwell, R., Makwana, B., Kaiser, D. H. et Nasser, J. A. (2017). Functional near-infrared spectroscopy assessment of reward perception based on visual self-expression: Coloring, doodling, and free drawing. *The Arts in Psychotherapy*, 55, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.004>
- Kaiser, D. et Deaver, S. (2013). Establishing a research agenda for art therapy: A Delphi study. *Art Therapy*, 30(3), 114-121. <https://doi.org/10.1080/07421656.2013.819281>
- Kapitan, L. (2014). Introduction to the neurobiology of art therapy: Evidence based, complex, and influential. *Art Therapy*, 31(2), 50-51. <https://doi.org/10.1080/07421656.2014.911027>
- Kaufman, J. C. et Beghetto, R. A. (2009). Beyond big and little: The four c model of creativity. *Review of General Psychology*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.1037/a0013688>
- Kehr, T. et Haeyen, S. (2024). Drawing your way out: Imagery rehearsal based art therapy (IR-AT) for post-traumatic nightmares in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 80(5), 1015-1030. <https://doi.org/10.1002/jclp.23638>
- Kelley, S. J. (1984). The use of art therapy with sexually abused children. *Journal of Psychosocial Nursing et Mental Health Services*, 22, 12–18. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19841201-05>
- Kepner, J. I. (2003). The embodied field. *The British Gestalt Journal*, 12(1), 6–14. <https://static1.squarespace.com/static/572d003b40261d2ef97e5b0b/t/5d84d16bfb1e4144840a96f/1568985463689/Kepner+-+The+Embodied+Field.pdf>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Keyes, M. F. (1983). *Inward journey: Art as therapy*. Open Court.
- Kindt, M., Soeter, M. et Vervliet, B. (2009). Beyond extinction: Erasing human fear responses and preventing the return of fear. *Nature Neuroscience*, 12(3), 256–258. <https://doi.org/10.1038/nn.2271>.
- King-West, E. et Hass-Cohen, N. (2008). Art therapy, neuroscience and complex PTSD. Dans N. Hass-Cohen et R. Carr. (dir.), *Art therapy and clinical neuroscience* (pp. 223-253). Jessica Kingsley Publishers.
- King, J. L., Kaimal, G., Konopka, L., Belkofer, C. et Strang, C. E. (2019). Practical applications of neuroscience-informed art therapy. *Art Therapy*, 36(3), 149-156. <https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1649549>
- Kilpatrick, D. G., Resick, P. A. et Veronen, L. J. (1981). Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, 37(4), 105-122. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1981.tb01073.x>
- Kilpatrick, D.G et Veronen, L. J. (1984). Treatment of fear and anxiety in victims of rape. Dans W. Parsonage (dir.), *Perspectives on Victimology* (pp. 120-128). Sage.

- Kim, S. K., Park, J. et Hwang, H. (2020). *GoodNeighbors and GS carltex workshop for art therapy supervision in Jeju*. GoodNeighbors International.
- Klingman, A., Koenigsfeld, E. et Markman, D. (1987). Art activity with children following disaster: A preventive-oriented crisis intervention modality. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 153-166. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(87\)90048-7](https://doi.org/10.1016/0197-4556(87)90048-7)
- Klorer, G. (2012). Group approaches with sexually abused children. Dans C. A. Malchiodi (dir.), *Handbook of art therapy* (2^e éd, pp. 383-396). Guilford Press.
- Kok, B. E. et Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotion: How positive emotions broaden and build. Dans J. J. Froh et A. C. Parks (dir.), *Activities for teaching positive psychology: A guide for instructors* (pp. 61–63). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14042-010>
- Kolodny, P. (2020). Healing addiction and trauma with the Expressive Therapies Continuum and a neurosequential art approach. Dans P. Quinn (dir.), *Art therapy in the treatment of addiction and trauma* (pp. 115-134). Jessica Kingsley Publishers.
- Kotonias-Payne, C. P. (1997). *The experience of art therapy for a survivor of childhood sexual abuse with reflections by her art therapist* [Thèse de doctorat, Université du Massachusetts]. ProQuest. <https://www.proquest.com/openview/53f7eaedc5f031229f388bff4f2d2271/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Krakov, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D. et Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: With a thirty month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(4), 325-330. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(93\)90057-4](https://doi.org/10.1016/0005-7916(93)90057-4)
- Krakov, B., Hollifield, M., Schrader, R. Tandberg, D., Lauriello, J., ... et Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 589–609. <https://doi.org/10.1023/A:1007854015481>
- Krakov, B. et Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(1), 45-70. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0401_4
- Kross, E., Bruehlman-Senecal, E., Park, J., Burson, A., Dougherty, A., Shablack, H. et Ayduk, O. (2014). Self-talk as a regulatory mechanism: How you do it matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 304. <https://doi.org/10.1037/a0035173>
- Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., et Baumann, N. (2021). Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: A scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023>
- LaCoursiere, R. B., Godfrey, K. E. et Ruby, L. M. (1980). Traumatic neurosis in the etiology of alcoholism: Vietnam and other trauma. *American Journal of Psychiatry*, 137, 966–968. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1176/ajp.137.8.966>
- Lalot, D., Lubert, M., Oren, U., Shapiro, E., Ichii, M., ... et Jammes, J. T. (2021). What is EMDR therapy? Past, present, and future directions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(4), 186–201. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.005>

- Landgarten, H. B. (1981). *Clinical art therapy: A comprehensive guide*. Brunner/Mazel Publishers.
- Langer, S. K. (1967). *Philosophy in a new key: A study in the symbolism of reason, rite, and art*. Harvard University Press.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L. et Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>.
- Lande, R. G., Tarpley, V., Francis, J. L. et Boucher, R. (2010). Combat trauma art therapy scale. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 42–45. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.09.007>.
- Landmann, C., Vaiva, M. L. P. G., Cottencin, M. L. P. O., NotreDame, M. L. D. C. E. et Carton, M. L. D. L. (2022). Conséquences psychiatriques et addictologiques des agressions sexuelles facilitées par la drogue: Une revue systématique de la littérature [Thèse de doctorat, Université de Lille]. Pepite. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM087.pdf
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D. et Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.aip.2009.09081168>
- Lanius, R. A., Bluhm, R. L. et Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: A social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 331–348. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01755>.
- Larsen, K. (2020). *Emotional regulation et thérapeutique rapport with adolescents: Exploring the effectiveness of the Expressive Therapies Continuum* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/270
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon et Schuster.
- LeDoux, J. (2003). *The synaptic self: How our brains become who we are*. Penguin Books.
- Lee, C. W. (2008). Crucial processes in EMDR more than imaginal exposure. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 262-268. https://www.researchgate.net/profile/Christopher-Lee-24/publication/233504302_Crucial_Processes_in_EMDRMORE_THAN_Imaginal_Exposure/links/5743bbac08ae9f741b3a1d89/Crucial-Processes-in-EMDRMore-Than-Imaginal-Exposure.pdf?origin=journalDetail_tp=eyJwYWdlIjoiam91cm5hbERldGFpbCJ9
- Lefevre, M. (2004). Finding the key: Containing and processing traumatic sexual abuse. *The Arts in Psychotherapy*, 31(3), 137-152. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.05.001>
- Lesnever, M. (2023). *Sandtray therapy through the lens of the Expressive Therapies Continuum: Helping children who experienced trauma tap into their creative potential* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/714/

- Lev-Wiesel, R. (1998). Use of drawing technique to encourage verbalization in adult survivor of sexual abuse. *Arts in Psychotherapy*, 25(4), 257-262. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=2397381>
- Levine, P. A. et Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books. <https://med-fom-learningcircle.sites.olt.ubc.ca/files/2015/04/Waking-the-Tiger.pdf>
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. North Atlantic Books.
- Leykin, D., Lahad, M., Cohen, O., Goldberg, A. et Aharonson-Daniel, L. (2013). Conjoint community resiliency assessment measure-28/10 items (CCRAM28 and CCRAM10): A self-report tool for assessing community resilience. *American Journal of Community Psychology*, 52, 313-323. <https://doi.org/10.1007/s10464-013-9596-0>
- Lima, H. (2023). *How art therapy and the Expressive Therapies Continuum can be used to enhance executive functioning skills: A literature review* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/710
- Lisak, D. et Luster, L. (1994). Educational, occupational and relationship histories of men who were sexually and/or physically abused as children. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 507-523. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070402>
- Littleton, H. L. (2010). The Impact of Social Support and Negative Disclosure Reactions on Sexual Assault Victims: A Cross-Sectional and Longitudinal Investigation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(2), 210-227. <https://doi.org/10.1080/15299730903502946>
- Littlewood, D. L., Gooding, P. A., Panagioti, M. et Kyle, S. D. (2016). Nightmares and suicide in posttraumatic stress disorder: The mediating role of defeat, entrapment, and hopelessness. *J Clin Sleep Med*, 12(3), 393-399.
- Lobban, J. (2018). The development and practice of art therapy with military veterans. Dans J. Lobban (dir.), *Art therapy with military veterans: Trauma and the image* (pp. 9-25). Routledge.
- Loumeau-May, L. V. (2019). Art Therapy with Traumatically Bereaved Youth. Dans S. Ringel et J. R. Brandell (dir.), *Trauma theory, research, and practice* (2^e éd, pp. 206-255). Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/ring18886-009>
- Lubow, N. E. (2009). *Cross-modal creative arts therapy: A training manual for practitioners* (publication n° 3384594) [Thèse de doctorat, Université de Cincinnati]. ProQuest.
- Lubbers, K. D. (2017). *Bodymap protocol: Integrating art therapy and focusing in the treatment of adults with trauma* [Thèse de doctorat, The Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest. link.gale.com/apps/doc/A614079216/AONEu=anon~eb60fb2f&sid=googleScholar&txid=d383a058

- Lubbers, D. (2019). Bodymap protocol integrating art therapy and focusing in the treatment of adults with trauma. *International Body Psychotherapy Journal*, 18(2). <https://www.ibpj.org/issues/articles/Darcy%20Lubbers%20%20Body%20Map%20Protocol.%20Integrating%20Art%20Therapy%20and%20Focusing.pdf>
- Lusebrink, V. B. (2004). Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy*, 21(3), 125-135. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ682596.pdf>
- Lusebrink, V. B. (2010). Assessment and therapeutic application of the Expressive Therapies Continuum: Implications for brain structures and functions. *Art Therapy*, 27(4), 168-177. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129380>
- Lusebrink, V. B. (2016). Expressive Therapies Continuum. Dans D. E. Gussak et M. L. Rosal (dir.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 57–67). John Wiley et Sons.
- Lusebrink, V. B. et Hinz, L. D. (2016). The Expressive Therapies Continuum as a framework in the treatment of trauma. Dans J. L. King (Ed.), *Art therapy, trauma, and neuroscience: theoretical and practical perspectives* (pp. 42-66). Routledge.
- Lusebrink, V. B. (2018). *A brief review of the symbolic component of the Expressive Therapies Continuum* [communication orale]. Programme de maîtrise en art-thérapie de l'Université Riga Stradiņš.
- Lusebrink, V. B., Mārtinsone, K. et Dzilna-Šilova, I. (2013). The Expressive Therapies Continuum (ETC): Interdisciplinary bases of the ETC. *International Journal of Art Therapy*, 18(2), 75-85. <https://doi.org/10.1080/17454832.2012.713370>
- Lustman, L. (2007). *Projet pilote : Évaluation d'un programme d'intervention utilisant la thérapie par les arts avec des jeunes filles survivantes d'abus sexuel* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. Spectrum Library. <https://spectrum.library.concordia.ca/975307/1/MR28974.pdf>
- Luzzatto, P. et Gabriel, B. (2000). The creative journey: A model for short-term group art therapy with posttreatment cancer patients. *Art Therapy, the Journal of AATA*, 17(4), 265–269. <https://doi.org/10.1080/07421656.2000.10129764>
- Luzzatto, P., Ndagabwene, A., Fugusa, E., Kimathy, G. Lema, I. et Likindikoki, S. (2022). Trauma treatment through art therapy (TT-AT): A 'women and trauma' group in Tanzania. *International Journal of Art Therapy*, 27(1), 36-43. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1957958>
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., St John, P. et Chemtob, C. M. (2007). Art therapy for adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms: A pilot study. *Art Therapy*, 24(4), 163-169. <https://doi.org/10.1080/07421656.2007.10129474>
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168. <https://doi.org/10.1080/17439760600619609>
- Maher, M. J., Rego, S. A. et Asnis, G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: Epidemiology, impact and approaches to management. *CNS drugs*, 20(7). <https://doi.org/10.2165/00023210-200620070-00003>

- Malchiodi, C. (1998). *Understanding children's drawings*. Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2001). Using drawing as intervention with traumatized children. *Trauma and Loss: Research and Interventions*, 1(1), 21-28.
- Malchiodi, C. A. (2012a). Art therapy and the brain. Dans C. A. Malchiodi (dir.), *Handbook of art therapy* (2^e éd., pp. 17-26). The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2012b). Art therapy with combat veterans and military personnel. Dans C. A. Malchiodi (dir.), *Handbook of art therapy* (2^e éd., pp. 320-334). The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2012c). Trauma informed art therapy and sexual abuse in children. Dans P. Goodyear-Brown (dir.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 341–354). John Wiley et Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118094822>
- Malchiodi, C. A. (2016). *Bilateral drawing: Self-regulation for trauma reparation*. Psychology Today. https://cdn2.psychologytoday.com/assets/bilateral_drawing.pdf
- Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2022, November 15). *Circle of capacity-Model for trauma intervention*. Cathy Malchiodi. <https://www.cathymalchiodi.com>
- Malhotra, B. (2019). Art therapy with puppet making to promote emotional empathy for an adolescent with autism. *Art Therapy*, 36(4), 183-191. <https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1645500>
- Manciaux, M. (2001). La résilience. *Études*, 395(10), 321-330. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm>
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Delucchi, K. L., Best, S. R. et Wentworth, K. A. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 15-22. <https://doi.org/10.1097/00005053-199901000-00004>
- Martin, M., Germain, V. et Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. Dans S. Guay et A. Marchand. (dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 51-86). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mārtinsone, K., Džilna-Šilova, I., Lusebrink, V. B. et Veide-Nedviga, L. (2013). The Expressive Therapies Continuum: An integrative systemic approach to visual expression and its historical background. *Медицинская психология в России*, 5(5), 1-30. <https://cyberleninka.ru/article/n/the-expressive-therapies-continuum-an-integrative-systemic-approach-to-visual-expression-and-its-historical-background/viewer>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Matheson, H. E. et Kenett, Y. N. (2020). The role of the motor system in generating creative thoughts. *NeuroImage*, 213, 116697. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116697>

- McConnell, A. A., Messman-Moore, T. L., Gratz, K. L. et DiLillo, D. (2020). Beyond the force–substance dichotomy: Examining the experience of combined and incapacitated type rapes and their relation to PTSD symptoms. *Journal of interpersonal violence*, 35(23-24), 5853-5876. <https://doi.org/10.1177/0886260517724252>
- McElvaney, R., McDonnell Murray, R. et Dunne, S. (2021). Siblings' perspectives of the impact of child sexual abuse disclosure on sibling and family relationships. *Family Process*, 60(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/famp.12681>
- McGhee, K. (2018). Exploring the Expressive Therapies Continuum (ETC) and the Graphic Narrative (GN) in the treatment of trauma [Mémoire de maîtrise, Collège Saint Mary-of-the-Woods]. Woods Scholars. <https://hdl.handle.net/20.500.12770/224>
- McKinnon, K. K. (2019). Drawing out trauma: Visual art therapy for child sexual abuse victims. *Intuition: The BYU Undergraduate Journal of Psychology*, 14(1), 75-84. <https://scholarsarchive.byu.edu/intuition/vol14/iss1/7>
- McNamee, C. M. (2006). Experiences with bilateral art: A retrospective study. *Art Therapy*, 23(1), 7-13. <https://doi.org/10.1080/07421656.2006.10129526>
- McNiff, S. (1992). *Art as Medicine, creating a therapy of the imagination*. Shambhala Publications.
- Medlock, E. (2017). *From clay to creative: Clay and the Expressive Therapies Continuum* [Mémoire de maîtrise, Saint Mary-of-the-Woods College]. SMWC Digital Content. <http://hdl.handle.net/123456789/61>
- Meekums, B. (1999). A creative model for recovery from child sexual abuse trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 26(4), 247–259. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(98\)00076-8](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(98)00076-8)
- Meekums, B. (2000). *Creative group therapy for women survivors of child sexual abuse: Speaking the unspeakable*. Jessica Kingsley Publishers.
- Menon, P., Chaudhari, B., Saldanha, D., Devabhaktuni, S. et Bhattacharya, L. (2016). Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 101. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196046>
- Meredith, P., Ownsworth, T. et Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical psychology review*, 28(3), 407-429. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.009>
- Merleau-Ponty, M. (1962). Phenomenology of perception. Dans A. R Manser (dir.). *Phenomenology of perception Dispositivo de entrada*, 4(2), 17-20. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0149.1963.tb00795.x>
- Metcalfe, O., Varker, T., Forbes, D., Phelps, A., Dell, L., DiBattista, A., ... O'Donnell, M. (2016). Efficacy of fifteen emerging interventions for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 88–92. <https://doi.org/10.1002/jts.22070>
- Miller-Karas, E. (2015). *Building resilience to trauma: The trauma and community resiliency models*. Routledge.
- Miller-Karas, E. et Leitch, L. (2007). *Trauma Resiliency Model (TRM) training manual, version 8*. Trauma Resource Institute.

- Minton, K., Ogden, P. et Pain, C. (2015). *Le traumatisme et le corps: Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Mischke-Reeds, M. (2018). *Somatic psychotherapy toolbox: 125 worksheets and exercises to treat trauma and stress*. PESI Publishing et Media.
- Morgan, K E. et White, P. R. (2003). The function of art-making in CIST with children and youth. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(2),61-76.
- Moser, J. S., Dougherty, A., Mattson, W. I., Katz, B., Moran, T. P., Guevarra, D. et Kross, E. (2017). Third-person self-talk facilitates emotion regulation without engaging cognitive control: Converging evidence from ERP and fMRI. *Scientific reports*, 7(1), 4519. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-04047-3>
- Mouck, K. (2014). *Group art therapy with survivors: A group intervention design for women who were sexually abused* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. Spectrum Library. https://spectrum.library.concordia.ca/978729/1/Mouck_MA_S2014.pdf
- Muhammad, A. (2017). *A cultural adaptation of the Expressive Therapies Continuum in Lusaka, Zambia* [Thèse de doctorat, École professionnelle de psychologie de Chicago]. The Chicago School of Professional Psychology.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. et Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), 35-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.1.35>
- Murawska, M. (2014). La corporéité qui peint. La peinture chez Merleau-Ponty et Michel Henry. Dans K. Novotny, P. Rodrigo, J. Slatman, S. Stoller (dir.), *Corporeity and Affectivity* (pp. 183-198). Brill. https://doi.org/https://doi.org/10.1163/9789004261341_014
- Murphy, J. (2001). *Art therapy with young survivors of sexual abuse: Lost for words*. Taylor and Francis.
- Murray, C. E., Moore Spencer, K., Stickl, J. et Crowe, A. (2017). See the triumph healing arts workshops for survivors of intimate partner violence and sexual assault. *Journal of Creativity in Mental Health*, 12(2), 192-202. <https://doi.org/10.1080/15401383.2016.1238791>
- Naff, K. (2014). A framework for treating cumulative trauma with art therapy. *Art Therapy*, 31(2), 79-86. <https://doi.org/10.1080/07421656.2014.903824>
- Nadelson, C. C., Notman, M. T., Zackson, H. et Gornick, J. (1982). A follow-up study of rape victims. *The American journal of psychiatry*, 139(10), 1266-1270. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.10.1266>
- Nan, K. M. J. (Juillet 2016). *Mind-body-treatment for depression: Clay art therapy with the Expressive Therapies Continuum* [communication orale]. The 47th Annual Conference of the American Art Therapy Association, AATA 2016. <http://hdl.handle.net/10722/228992>
- Nan, J. K. et Ho, R. T. (2017). Effects of clay art therapy on adults outpatients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 217, 237-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.013>

- Nan, J. K. M., Pang, K. S. Y., Lam, K. K. F., Szeto, M. M. L., Sin, S. F. Y. et So, C. S. C. (2018). An expressive-arts-based life-death education program for the elderly: A qualitative study. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527413>
- Nan, J. K., Hinz, L. D. et Lusebrink, V. B. (2021). Clay art therapy on emotion regulation: Theoretical underpinnings, research et treatment mechanisms. Dans C. R. Martin, L. Hunter, V. B. Patel, V. R. Preedy et R. Rajendram (dir.), *The neuroscience of depression: Mechanisms and treatment* (pp. 431-442). Elsevier.
- Nan, J. K. et Wong, W. W. (2021). A qualitative analysis of a clay art therapy project in enhancing emotion regulation among secondary school youth in the context of socio-political unrest. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*, 3(1). <https://doi.org/10.6092/2612-4033/0110-2590>
- Nanda, U., Barbato Gaydos, H. L., Hathorn, K. et Watkins, N. (2010). Art and posttraumatic stress: A review of the empirical literature on the therapeutic implications of artwork for war veterans with posttraumatic stress disorder. *Environment and Behavior*, 42(3), 376–390. <https://doi.org/10.1177/0013916510361874>
- Nazarian, C. (2021). *Her-Art therapy program for post-traumatic stress symptoms in women that have experienced interpersonal violence* (publication n°28721621) [Thèse de doctorat, Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest.
- Ogden, P. et Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173. <https://doi.org/10.1177/15347656000060030>
- Ogden, P., Pain, C. et Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 263-279. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012>
- Ogden, P., Bonnel, J., Minton, K. et Pain, C. (2021). *Le trauma et le corps: Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Oliynyk, A. (2020). *Stratégies de soins personnels basés sur le Continuum des thérapies expressives dans le contexte des douleurs chroniques du syndrome de la fibromyalgie* [Mémoire de maîtrise, UQAT]. Depositum. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1235>
- Pacek, J. (2019). *Integrating Expressive Therapies Continuum in higher education of applied artists* [Thèse de doctorat, Josip Juraj Strossmayer Université de Osijek]. Academy of Arts and Culture in Osijek. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:251:244303>
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M. et Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 302(5), 550–561. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>
- Patrick, D. J. (2021). *Somatic Experiencing and expressive arts therapy to support autonomic regulation in trauma treatment with adults: A Literature Review* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/418
- Patrick, D. et Pinna-Perez, A. (2019, March 27). *Embodiment, trauma, and the Expressive Therapies Continuum* [oral communication]. Community of Scholars Day. https://digitalcommons.lesley.edu/community_of_scholars/2019/session_1/8/

- Payne, P., Levine, P. A. et Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Pearce, J., Njobo, L., Mills, E., Agnese, A. et Luzzatto, P. (2023). The TT-AT trauma protocol piloted in different international settings: Zambia, UK, Italy. *International Journal of Art Therapy*, 29(1), 30-38. <https://doi.org/10.1080/17454832.2023.2258963>
- Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M. et Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learning et Memory*, 11(5), 579–585. <https://doi.org/10.1101/lm.76904>.
- Périer, C. (2013). *Comparaison des processus psychiques sollicités par l'art et le verbal dans une entrevue sur l'expérience en thérapie* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognition. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6879/1/030492777.pdf>
- Perreault, S. (2015). *La victimisation criminelle au Canada*. Statistique Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.pdf>.
- Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. Dans N. B. Webb (dir.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). The Guilford Press.
- Peter-Hagene, L. C. et Ullman, S. E. (2018). Longitudinal effects of sexual assault victims' drinking and self-blame on posttraumatic stress disorder. *Journal of interpersonal violence*, 33(1), 83-93. <https://doi.org/10.1177/0886260516636394>
- Phelps, E. A. et LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. *Neuron*, 48(2), 175-187. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2005.09.025>
- Pierson, E. et Sinko, L. (2022). "Facing" the Repercussions of Sexual Harm: A scoping review on neuroimaging studies using emotional stimuli with survivors of sexual violence. *CommonHealth*, 3(3), 107-123. <https://tuljournals.temple.edu/index.php/commonhealth/article/view/591>
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, 19(1), 12-22. <https://doi.org/10.1080/07421656.2002.10129724>
- Pifalo, T. (2006). Art Therapy with sexually abused children and adolescents: Extended research study. *Art Therapy*, 23(4), 181–185. <https://doi.org/10.1080/07421656.2006.10129337>
- Pifalo, T. (2007). Jogging the cogs: Trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children. *Art Therapy*, 24(4), 170–175. <https://doi.org/10.1080/07421656.2007.10129471>
- Pifalo, T. (2009). Mapping the maze: An art therapy intervention following disclosure of sexual abuse. *Art Therapy*, 26(1), 12–18. <https://doi.org/10.1080/07421656.2009.10129313>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. WW Norton et Company.

- Powel, L. et Faherty, S. L. (1990). Treating sexually abused latency aged girls: A 20 session treatment plan utilizing group process and the creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 35-47. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(90\)90039-S](https://doi.org/10.1016/0197-4556(90)90039-S)
- Pretorius, G. et Pfeifer, N. (2010). Group art therapy with sexually abused girls. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/008124631004000107>
- Puccio, G. J., Burnett, C., Acar, S., Yudess, J. A., Holinger, M. et Cabra, J. F. (2020). Creative problem solving in small groups: The effects of creativity training on idea generation, solution creativity, and leadership effectiveness. *The Journal of Creative Behavior*, 54(2), 453–471. <https://doi.org/10.1002/jocb.381>
- Raffaelli, T. et Hartzell, E. (2016). A comparison of adults' responses to collage versus drawing in an initial art-making session. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 33(1), 21–26. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1127115>
- Rankin, A. B. et Taucher, L. C. (2003). A task-oriented approach to art therapy in trauma treatment. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 20(3), 138-147. <https://doi.org/10.1080/07421656.2003.10129570>
- Rappaport, L. (1998). Focusing and art therapy: Tools for working through post-traumatic stress disorder, *A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 17(1), 36-40. https://www.focusingtherapy.org/PDFs/Art-Therapy/art_trauma.pdf
- Rappaport, L. (2006). Clearing a space: Expressing the wholeness within using art. *Unpublished article Retrieved*, 1(1), 1-7. https://focusing.org/sites/default/files/2021-09/rappaport_clearing_a_space_expressing_the_wholeness_within_using_art.pdf
- Rappaport, L. (2010). Focusing-oriented art therapy: Working with trauma. *Person-Centered et Experiential Psychotherapies*, 9(2), 128-142. <https://doi.org/10.1080/14779757.2010.9688513>
- Rappaport, L. (2015). Focusing-oriented expressive arts therapies and mindfulness with children and adolescents with trauma. Dans C. A. Malchiodi (dir.), *Creative interventions with traumatized children* (2^e éd, pp. 301-323). The Guilford Press.
- Rauch, S., Van der Kolk, B. A., Fisler, R., Orr, S. P., Alpert, N. M., ... et Pitman, R.K. (1994, Novembre). *Pet Imagery: Positron emission scans of traumatic imagery in PTSD patients* [poster communication]. Annual conference of ISTSS.
- Rauch, S., Van der Kolk, B., Fisler, R., Alpert, N., Orr, S., ... et Pitman, R. (1996). A symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380–387. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830050014003>
- Rei Solas, M. (2015). Life Story Baskets and survivors of child sexual abuse (Histoires de vie et survivants d'abus sexuel d'enfants: l'approche «Life Story Baskets»). *Canadian Art Therapy Association Journal*, 28(1-2), 26-33. <https://doi.org/10.1080/08322473.2015.1074834>
- Resnick, H. S. (1997). Acute panic reactions among rape victims: Implications for prevention of posttraumatic psychopathology. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 2, 41-45.

- Riccardi, M. (2013). *Worry canvases: The effectiveness of combining art therapy with cognitive behavioral therapy in the treatment of anxiety disorders* [Mémoire de maîtrise, Collège Saint Mary-of-the-Woods]. Woods Scholars. <https://hdl.handle.net/20.500.12770/549>
- Riccardi, M., Périer, C. et Hinz, L. (2014). *Le continuum de thérapies expressives: Un cadre rassembleur pour tous les thérapeutes* [Document PDF]. Document inédit.
- Riccardi, M. et Rodrigues, T. (2023). Une expérience intégrative d'art-thérapie : Continuum de thérapies expressives en groupe avec une population militaire canadienne et vétérane. Dans L. Pelletier et J. Lambert (dir.), *L'art-thérapie auprès des groupes : Réflexions théoriques et développements cliniques* (pp. 109-133). Hors collection.
- Richards, R. (2014). A creative alchemy. Dans S. Moran, D. Cropley et J. C. Kaufman (dir.), *The ethics of creativity* (pp. 119–136). Palgrave Macmillan.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Ringel, S. (2019). Mindfulness-oriented approaches to trauma treatment. Dans J. Brandell et S. Ringel (dir.), *Trauma: Contemporary directions in trauma theory, research, and practice* (pp. 141-166). Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/ring18886-007>
- Romans, S. E., Martin, J. et Mullen, P. (1996). Women's self-esteem: A community study of women who report and do not report childhood sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 169(6), 696-704. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.6.696>
- Rosen Saltzman, M., Matic, M. et Marsden, E. (2013). Adlerian art therapy with sexual abuse and assault survivors. *Journal of Individual Psychology*, 69(3), 223-244. https://www.academia.edu/2039638/Adlerian_Art_Therapy_with_Sexual_Abuse_and_Assault_Survivors
- Rossiter, W. M. (1993). The Matthew/Matilda effect in science, *Social Studies of Science*, 23(2), 325–341. <https://doi.org/10.1177/030631293023002004>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers continuing education test: The psychophysiology of trauma et trauma treatment*. WW Norton et Company.
- Rouse, A., Jenkinson, E. et Warner, C. (2022). The use of “art” as a resource in recovery from the impact of sexual abuse in childhood: A qualitative systematic review. *Arts and Health*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/17533015.2022.2034900>
- RQCALACS. (2018, 16 octobre). *Un an après la propulsion du mouvement #metoo : examinons l'éveil collectif!*. CDEACF. <http://cdeacf.ca/actualite/2018/10/16/apres-propulsion-mouvement-metoo-examinons-leveil-collectif>
- Rubin, J. A. (1984). *Child art therapy*. Van Nostrand Reinhold.
- Rubin, J. A. (2012). *Approaches to art therapy: Theory and technique* (3^e éd). Routledge.

- Rud, J. (2015). *Expressive Therapies Continuum of art therapy: Reduction of aggression in residential adolescent population with attachment disorders* [Mémoire de maîtrise, Collège Saint-Mary-of-the-Woods]. Woods Scholars. <https://hdl.handle.net/20.500.12770/41>
- Runco, M. A. et Jaeger, G. J. (2012). The standard definition of creativity. *Creativity Research Journal*, 24(1), 92–96. <https://doi.org/10.1080/10400419.2012.650092>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2001). Psychological adversity: Risk, resiliency and recovery. Dans J. M. Richman et M. W. Fraser (dir.), *The contest of youth violence: Resilience, risk and protection* (pp. 13-41). Praeger Publishers.
- Sack, M., Boroske-Leiner, K. et Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.01.002>
- Salmona, L., Salmona, M., Morand, E. et Roland, N. (2015). *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*. https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/memoire-traumatique-victimologie_impact_violences_sexuelles.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2014). *Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>
- Santé et Services sociaux Québec. (2017). *Information pour les professionnels de la santé*. Aggression Sexuelle. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/violence/agression-sexuelle/>
- Sarid, O. et Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: A comparison between cognitive behavioral intervention and art therapy. *The Arts in psychotherapy*, 37(1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.11.004>
- Scaer, R. (2005). *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. Norton.
- Schnitzer, G., Holttum, S. et Huet, V. (2021). A systematic literature review of the impact of art therapy upon post-traumatic stress disorder. *International Journal of Art Therapy*, 26(4), 147-160. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1910719>
- Schiraldi, G. (2000). *The post-traumatic stress disorder sourcebook*. Lowell House.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1/2), 201–269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9–30. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00996>
- Schore, A. N. (2009). Right-brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy. Dans D. Fosha, d. Siegel et M. Solon (dir.), *The healing power of emotion: Affective*

neuroscience, development et clinical practice (pp. 112-144). W. W. Norton. <https://yellowbrickprogram.com/papers/right-brain-affect-regulation-an-essential-mechanism-of-development-trauma-dissociation-and-psychotherapy/>

- Schouten, K. A., De Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J. et Hutschemaekers, G. J. M. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, Violence and Abuse*, 16, 220–228. <https://doi.org/10.1177/1524838014555032>
- Schouten, K. A., van Hooren, S., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J. et Hutschemaekers, G. J. (2019). Trauma-focused art therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Trauma et Dissociation*, 20(1), 114-130. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502712>
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M. et Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 141(1), 105–140. <https://doi.org/10.1037/a0038039>.
- Segal, Z., Williams, M. et Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Seligman, M. E. et Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. 55(1), 5–14. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sheehan-Klein, M. (2024). *A polyvagal theory and mindfulness-based art therapy approach to self-regulation and self-compassion in the face of trauma* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapy Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/787
- Shuman, T., Johnson, K., Lively Cookson, L. et Gilbert, N. (2022). Creative interventions for preparing and disclosing trauma narratives in group therapy for child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 5(3), 1-20. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1801931>
- Siegel, B. (1994). *L'amour, la médecine et les miracles*. J'ai lu.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Silberg, J. L. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 421–439. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_10
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric clinics of North American*, 11(3), 287-292. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30480-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30480-5)
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 137–142.
- Sigal, N. (2021). Integrating body and mind in trauma-focused art therapy practice. Dans V. Huet et L. Kapitan (dir.), *International advances in art therapy research and practice: The emerging picture*, (pp. 22-31). Cambridge Scholars Publishing. <https://www.cambridgescholars.com/resources/pdfs/978-1-5275-6584-5-sample.pdf>

- Sigal, N. et Rob. (2021). Dual perspectives on art therapy and EMDR for the treatment of complex childhood trauma. *International Journal of Art Therapy*, 26(1-2), 37-46. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1906288>
- Simeon, D. et Abugiel, J. (2006). *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self*. Oxford University Press.
- Slepian, M. L. et Ambady, N. (2012). Fluid movement and creativity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(4), 625–629. <https://doi.org/10.1037/a0027395>
- Snir, S. et Regev, D. (2013a). A dialog with five art materials: Creators share their art making experiences. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.004>
- Snir, S. et Regev, D. (2013b). ABI – Arts-based intervention questionnaire. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 338–346. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.004>
- Solomon, R. M. et Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model potential mechanisms of change. *Journal of EMDR practice and Research*, 2(4), 315-325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Soubosky, N. (2021). *Drag as a Method of Expressive Art Therapy For LGBT+ Individuals* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/519
- Spaletto, C. C. (1992). Individual art therapy with the hospitalized multi personality disorder patient. Dans E. S. Kluft, (dir.), *Expressive and functional therapies in the treatment of multiple personality disorder* (pp. 67-83). Charles et Thomas.
- Spiegel, D., Malchiodi, C., Backos, A. et Collie, K. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy*, 23(4), 157-164. <https://doi.org/10.1080/07421656.2006.10129335>
- Spring, D. (1978). Jane, case of a rape victim rehabilitated by art therapy. Dans J.E. Shorr, G.E. Sobel, P. Robin et J. A Connella (dir.), *Imagery: Its many dimensions and applications* (pp. 55-65). Plenum.
- Spring, D. (1993). *Shattered images: phenomenological language of sexual trauma*. Magnolia Street.
- Spring, D. (2004). Thirty-year study links neuroscience, specific trauma, PTSD, image conversion, and language translation. *Art Therapy*, 21(4), 200-209. <https://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129690>
- Stanko-Kaczmarek, M. et Kaczmarek, L. D. (2016). Effects of tactile sensations during finger painting on mindfulness, emotions, and scope of attention. *Creativity Research Journal*, 28(3), 283–288. <https://doi.org/10.1080/10400419.2016.1189769>
- Stace, S. M. (2014). Therapeutic doll making in art psychotherapy for complex trauma. *Art Therapy*, 31(1), 12-20. <https://doi.org/10.1080/07421656.2014.873689>
- Stayne, S. (2021). The fifty-fifty scenario: On affect regulation using Expressive Therapies Continuum. Dans V. Huet et L. Kapitan (dir.), *International Advances in Art Therapy Research and Practice: The Emerging Picture*, (pp. 336-346). Cambridge Scholars Publishing. <https://www.cambridgescholars.com/resources/pdfs/978-1-5275-6584-5-sample.pdf>

- Steele, W. et Kuban, C. (2012). Using drawing in short-term trauma resolution. Dans C. Malchiodi (dir.), *Handbook of art therapy* (2^e éd., pp. 162-174). Guilford Press.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83–112. <https://doi-org/10.1037/0033-2909.120.1.83>
- Stickley, K. S. et Wolf, D. R. (2021). Create, destroy, transform: A brain-based directive for trauma treatment. Dans V. Huet et L. Kapitan (dir.), *International advances in art therapy research and practice: The emerging picture*, (pp. 2-13) <https://www.cambridgescholars.com/resources/pdfs/978-1-5275-6584-5-sample.pdf>
- Stockburger, J. (2021). *The integration of TBRI and Expressive Therapies Continuum: In-home expressive arts interventions for foster and adoptive families during COVID-19* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/430
- Strum, L. (2017, October 25). *Twitter chat: What #MeToo says about sexual abuse in society*. PBS NewsHour. <https://www.pbs.org/newshour/nation/twitter-chat-what-metoo-says-about-sexual-abuse-in-society>
- Sweig, T. L. (2000). Women healing women: Time-limited psychoeducational group therapy for childhood sexual abuse survivors. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 17(4), 254–256. <https://doi.org/10.1080/07421656.2000.10129757>
- Talwar, S. (2007). Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 22-35. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.09.001>
- Taylor, S. (1990). The use of nonverbal expression with incestuous clients. *The Journal of Contemporary Human Services*, 597-601. <https://doi.org/10.1177/104438949007101003>
- Taylor, M. (2019). *Connecting ETC and ARC: The beginnings of an Integrative framework for working with children with relational trauma, a literature review*. [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1180&context=expressive_theses
- Taylor, G. J., Bagby, M. et Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tedeschi, R. G. et Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K. et Calhoun, L. G. (2018). *Post traumatic growth: Theory, research and applications*. Routledge.
- Teicher, M. H., Tomoda, A. et Andersen, S. L. (2006). Neuro-biological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 313–323. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.024>
- Ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M. et Kleber, R. J. (2016). Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece. *European Journal of Psychotraumatology*, (7), 28687. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28687>

- Testa, N. et McCarthy, J. B. (2004). The use of murals in preadolescent inpatient groups: An art therapy approach to cumulative trauma. *Art Therapy*, 21(1), 38-41. <https://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129323>
- Thomas, J. L. (2015). Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique: revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corp*, 3(2), 253. <https://lemondeatraversunregard.org/wp-content/uploads/2022/03/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf>
- Tinnin, L. W. et Gantt, L. M. (2000). *The Trauma Recovery Institute treatment manual*. Gargoyle Press.
- Tinnin, L. W., Bills, L. et Gantt, L. M. (2002). Short-term treatment of simple and complex PTSD. Dans M. B. Williams et J. F. Sommer Jr. (dir.), *Simple and complex pos-traumatic stress disorder: Strategies for comprehensive treatment in clinical practice* (pp. 99–118). Haworth Press.
- Tinnin, L. W. et Gantt, L. M. (2013). *The instinctual trauma response dual-brain dynamics: A guide for trauma therapy*. Gargoyle Press.
- Tobin, B. (2006). Art therapy meets EMDR: Processing the paper-based image with eye movement. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 19(2), 27-38. <https://doi.org/10.1080/08322473.2006.11432286>
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Wiley-Blackwell.
- Tripp, T. (2007). A short-term approach to processing trauma: Art therapy and bilateral stimulation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 176–183. <https://doi.org/10.1080/07421656.2007.10129476>
- Tripp, T. (2016). A body-based bilateral art protocol for reprocessing trauma. Dans J. L. King (dir.), *Art therapy, trauma and neuroscience: theoretical and practical perspectives* (pp. 173-194). Routledge.
- Tripp, T., Potash, J. S. et Brancheau, D. (2019). Safe Place collage protocol: Art making for managing traumatic stress. *Journal of Trauma et Dissociation*, 20(5), 511-52. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597813>
- Tripp, T. (2022). Art Therapy and EMDR: Integrating cognitive, somatic, and emotional processing for treating trauma. Dans E. Davis, J. Fitzgerald, S. Jacobs et J. Marchand (dir.), *EMDR and Creative Arts Therapies* (pp. 176-207). Routledge.
- Truong, B. (2023). *Unpacking racial trauma and reclaiming a sense of self with the Expressive Therapies Continuum: A literature review* [Mémoire de maîtrise, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/695
- Ulirsch, J. C., Ballina, L. E., Soward, A. C., Rossi, C., Hauda, W., Holbrook, D. et McLean, S. A. (2014). Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. *European Journal of Pain*, 18(4), 559–566. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00395>
- Ungar, M. (2004). *Nurturing hidden resilience in troubled youth*. University of Toronto Press.

- Valkanas, K. (2018). *A heuristic exploration of autonomic nervous system responses and the art-making process utilizing the Expressive Therapies Continuum* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. Spectrum Library. https://spectrum.library.concordia.ca/983769/7/Valkanas_MA_S2018.pdf
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265. https://www.franweiss.com/pdfs/sensorimotor_vanderkolk_1994.pdf
- van der Kolk, B. A. et Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8, 505-525. <https://doi.org/10.1007/BF02102887>
- van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. Dans F. Shapiro (dir.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 57–83). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10512-003>
- van der Kolk, B. A., Roth S., Pelcovitz, D., Sunday S. et Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress : The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277-293. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.022>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin UK.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. et Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480>
- Van der Velden, I. et Koops, M. (2005). Structure in word and image: Combining narrative therapy and art therapy in groups of survivors of war. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial work, and Counselling in areas of Armed Conflict*, 3(1), 57-64. https://www.psychotraumanet.org/sites/default/files/documents/int_044.pdf
- Vanloo-Rivard, B. P. (2020). *Group art therapy clinical intervention program for black women who experienced sexual trauma in early adulthood* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. Spectrum Library. https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/987549/1/Vanloo-Rivard_MA_F2020.pdf
- Van Westrhenen, N., Fritz, E., Oosthuizen, H., Lemont, S., Vermeer, A. et Kleber, R. J. (2017). Creative arts in psychotherapy treatment protocol for children after trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.04.013>
- Verney, C., Gressens, P. et Vitalis, T. (2021). Anatomie et physiologie du stress traumatique. *Médecine/Sciences*, 37(11), 1002-1010. <https://doi.org/10.1051/medsci/2021165>
- Versluys, B. M. (2021). Nightmares in art: Rescripting nightmares of people with post traumatic stress disorder or dissociative identity disorder. Dans V. Huet et L. Kapitan (dir.), *International advances in art therapy research and practice: The emerging picture* (pp. 39-46). Cambridge Scholars Publishing.

- Vinit, F. et Therrien-Binette, A.-S. (2022). L'agression sexuelle : Quand le trauma colonise le corps. Dans F. Vinit et C. Thiboutot (dir.), *Habiter le monde au féminin : Entre récits et phénoménologie* (1^{ère} éd., pp. 239–252). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3405p9b.19>
- Visser, M. et Du Plessis, J. (2015). An expressive art group intervention for sexually abused adolescent females. *Journal of Child et Adolescent Mental Health*, 27(3), 199–213. <https://doi.org/10.2989/17280583.2015.1125356>
- Wadeson, H. (2000). *Art therapy practice: Innovative approaches with diverse populations*. John Wiley et Sons.
- Wadeson, H. (2010). *Art psychotherapy* (2^eed.). John Wiley et Sons. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.02.002>
- Wakerley, C. A. (2008). *Group art therapy with rape survivors: A postmodern, feminist study* (publication n°28333722 [Université de Johannesburg]. ProQuest.
- Waller, C. S. (1992). Art therapy with adult female incest survivors. *Art Therapy*, 9(3), 135-138. <https://doi.org/10.1080/07421656.1992.10758950>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C. et Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical psychology review*, 30(8), 923-933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.005>
- Werner, E. E. et Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Werner, E. et Brendtro, L. (2012). Risk, resilience, and recovery. *Reclaiming Children & Youth*, 21(1), 18-22. <https://www.proquest.com/docview/1326773225?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Scholarly Journals>
- Wheeler, K. (2007). Psychotherapeutic strategies for healing trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(3), 132–141. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00122.x>
- Whyte, M. K. :w. (2020). Walking on two-Row: Reconciling first nations identity and colonial trauma through material interaction, acculturation, and art therapy. *Canadian Journal of Art Therapy*, 33(1), 36-45. <https://doi.org/10.1080/08322473.2020.1724745>
- Whyte, M. K :w. (2023). Stepping Into the Circle: Inviting Spirit Through Medicine Wheel Teachings in the Expressive Therapies Continuum (Entrer dans le cercle : invitation de l'esprit à travers les enseignements de la roue médicinale dans le Continuum des Thérapies Expressives). *Canadian Journal of Art Therapy*, 36(1), 20–30. <https://doi.org/10.1080/26907240.2023.2210984>
- Williams, L. (2022). *Integrating expressive arts therapies into facilitated online therapy groups for adults: A review of the literature* [Thèse de doctorat, Université Lesley]. Expressive Therapies Capstone Theses. https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/401
- Winter, N. et Coles, A. (2021). 'The silent intermediary': A co-authored exploration of a client's experience of art psychotherapy for C-PTSD. *International Journal of Art Therapy*, 26, 29-36. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1898425>

- Wisco, B. E., Marx, B. P., Sloan, D. M., Gorman, K. R., Kulish, A. L. et Pineles, S. L. (2015). Self-distancing from trauma memories reduces physiological but not subjective emotional reactivity among veterans with posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 956–963. <https://doi.org/10.1177/2167702614560745>
- Wise, A. et MacFarlane, I. M. (2015). Expressive Therapies Continuum components and psychological diagnosis. *Southwestern Psychological Association*, 1. <https://research.ianmacfarlanephd.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/01/Wise-MacFarlane-2015.pdf>
- Wittmann, L., Schredl, M. et Kramer, M. (2007). Dreaming in posttraumatic stress disorder: A critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychother. Psychosom*, 76, 25–39. <https://doi.org/10.1159/000096362>
- Woidneck, M. R., K. L. Morrison et M. P. Twohig (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior Modification*, 38, 451–476. <https://doi.org/10.1177/0145445513510527>
- Wolin, S. J. et Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. Villard Books.
- Worrall, L. et Jerry, P. (2007). Resiliency and its relationship to art therapy. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 20(2), 35-53. <https://doi.org/10.1080/08322473.2007.11434772>
- Zielona-Jenek, M., Sakson-Obada, O. et Czapczyńska, A. (2019). Restoring the body: Changes in body self in the course of a focusing and arts-based therapy program for female interpersonal trauma survivors. *Current Issues in Personality Psychology*, 7(4), 324-340. <https://doi.org/10.5114/cipp.2019.92958>
- Zommer, L. et Zommer, A. (1997). Psychodynamic aspects of artworks in patients with a dissociative disorder. *Sihot: Israeli Journal of Psychotherapy*, 11(3), 183- 194.