

SOUVENIRS TRAUMATIQUES

LEUR TRAITEMENT SELON LE MODÈLE DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ

ONNO VAN DER HART*, KATHY STEELE**, ELLERT NIJENHUIS***, ERIK DE SOIR****

RÉSUMÉ

Les patients atteints d'un trouble dissociatif complexe présentent les différentes parties typiques de la personnalité dissociative. Une ou plusieurs de ces parties tentent de maîtriser le quotidien, tandis que d'autres sont fixées sur des comportements associés au vécu traumatique et ont tendance à revivre les événements traumatiques de ce vécu. Cet article présente la thérapie par phases comme modèle de traitement par excellence de ce type de troubles. Cette thérapie se décompose en trois phases : 1. une phase de stabilisation, de réduction de symptômes et de psychoéducation ; 2. une phase de confrontation et de traitement des souvenirs traumatiques ; et 3. une phase d'intégration progressive. La première phase renforce les parties de la personnalité concernées dans les actions quotidiennes et aborde de manière appropriée les parties fixées dans le passé traumatique. Dans cet article, l'accent est mis sur la deuxième phase qui vise le traitement des souvenirs traumatiques, ce qui implique de surmonter les phobies de reviviscence de ces souvenirs et des parties dissociatives, permettant ainsi une intégration de l'événement traumatisant. Cette phase alterne habituellement avec des phases de stabilisation complémentaires. Après le traitement des souvenirs traumatiques, suit une dernière phase dont l'objectif est l'intégration progressive des différentes parties de la personnalité.

MOTS-CLÉS

trouble dissociatif complexe, dissociation structurelle de la personnalité, traitement par phases, souvenir traumatique.

SUMMARY: PHASE-ORIENTED PSYCHOTHERAPY FOR COMPLEX DISSOCIATIVE DISORDERS

Patients with complex dissociative disorders have different prototypical parts of the personality. One prototype is a part that engages in daily living, while trying to avoid traumatic memories. Another prototype is a part fixated in these memories, i.e. sensorimotor and highly affectively charged reenactments of traumatic experiences, including mammalian defensive reaction patterns regarding perceived or actual threat. This article presents phase-oriented treatment as the current standard of care. This treatment consists of three phases: 1. an initial phase of stabilization, symptom reduction and skills training (psychoeducation); 2. a second phase of confrontation and treatment of traumatic memories; and 3. a third phase of progressive integration. The first phase aims at strengthening the dissociative part(s) involved in daily living, containing the dissociative part(s) fixed in traumatic memories, and overcoming their phobias of each other. The main focus of this article is on the second phase, which involves overcoming the phobia of traumatic memories and their subsequent integration. This treatment phase usually alternates with additional periods of stabilization. The therapist ensures that confrontation with traumatic memories will not exceed the patient's capacity to integrate these reenactments, so that the patient can transform them into narrative, autobiographical memories. After treatment of the traumatic memories, the last phase aims the progressive integration of the different parts of the personality.

KEY WORDS

complex dissociative disorder, structural dissociation of the personality, phase-oriented treatment, traumatic memory.

*Docteur en psychologie, Professeur honoraire en psychopathologie de traumatisation chronique, Faculté des sciences sociales, Université d'Utrecht, Pays-Bas

**Psychothérapeute, Clinical director, Metropolitan Counseling Associates, Atlanta, Georgia, États-Unis

***Docteur en psychologie, Psychothérapeute, Mental Health Care Drenthe, Assen, Pays-Bas

****Psychologue, Psychothérapeute, Centre pour l'étude du stress et du trauma, Département des sciences du comportement, Ecole royale militaire, Bruxelles, Belgique
erik.de.soir@rma.ac.be

l'identité (TDI) et les troubles dissociatifs non spécifiés (TDNS) – une partie essentielle de l'approche thérapeutique par phases⁽¹⁻⁹⁾. Ce traitement par phase remonte au travail pionnier de Janet^(10,11), qui décrit trois phases de traite-

Selon les standards thérapeutiques, le traitement des souvenirs traumatiques constitue chez les patients atteints de troubles post-traumatiques complexes – auxquels appartiennent les troubles dissociatifs de

ment : 1. stabilisation, réduction des symptômes et psychoéducation ; 2. traitement des souvenirs traumatiques ; et 3. (ré)intégration de la personnalité et réhabilitation ⁽¹²⁾. Cette approche peut être décrite comme une spirale dans laquelle les différentes phases peuvent être appliquées de manière alternée selon les besoins du patient ⁽³⁾.

Cet article fait principalement le point sur la deuxième phase, celle de la confrontation et du traitement des souvenirs traumatiques, en termes de synthèse, de réalisation et d'intégration. La stabilisation de la première phase de traitement est une condition préalable avant de pouvoir entamer ce travail de confrontation et de renégociation des faits. Pour cette raison, quelques voies introductives de stabilisation, qui devraient être exercées avant que le traitement des souvenirs traumatiques ne soit pris en considération, seront clarifiées. Le traitement qui est ici exposé se base sur la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité présentée dans un précédent article de cette revue ⁽¹³⁾ et dans le livre *The Haunted Self* de Van der Hart et al. ⁽⁹⁾.

LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ

Il existe un lien entre le degré de gravité de la traumatisation et la complexité de la dissociation induite par le trauma. Pour représenter cette relation, nous considérons d'abord une œuvre importante et peu connue de Myers ⁽¹⁴⁾ : *Shell shock in France 1914-1918*. Dans cet ouvrage, Myers explique une forme de dissociation structurelle observée chez des soldats de la Première Guerre mondiale, traumatisés de manière aiguë par un *shell shock* (c'est-à-dire le choc psychique induit par les bombardements d'artillerie répétitifs). Cette forme de dissociation est une dialectique constante entre ce que Myers appelle, d'une part, la "personnalité émotionnelle" (PE) – que nous appelons la "partie émotionnelle de la personnalité" (PEP) –, fixée dans le souvenir traumatique et dans les expériences qui y sont associées et, d'autre part, la "personnalité apparemment normale" (PAN) – que nous appelons la "partie apparemment normale de personnalité" (PANP) – qui est fixée dans un évitement phobique du souvenir traumatique et qui s'exprime par une dissociation, un engourdissement émotionnel, ainsi que par une amnésie partielle ou complète du vécu traumatique ⁽¹³⁾. La subdivision de la personnalité entre une seule PANP et une seule PEP décrit la "dissociation structurelle primaire", telle que nous pouvons la retrouver dans le trouble de dissociation post-traumatique simple, y compris l'état de stress post-traumatique (ESPT) ^(9, 13).

La dissociation structurelle liée au trauma n'est pas un produit du hasard ; elle s'est très probablement développée au cours de l'évolution comme un système de survie psycho-

biologique ⁽¹⁵⁾, ou comme un système de travail émotionnel ⁽¹⁶⁾. Le but de ces systèmes est la régulation des actions adaptatives, raison pour laquelle nous appelons aussi ces systèmes des "systèmes d'actions". Certains d'entre eux sont de nature défensive et se réfèrent à la survie de l'individu lors d'une menace vitale directe ⁽¹⁵⁾, alors que d'autres sont importants pour la vie quotidienne et pour la survie de l'espèce ⁽¹⁶⁾. Ainsi, pour réagir à des menaces vitales, les systèmes d'actions comprennent des systèmes de défenses qui couvrent eux-mêmes une série de sous-systèmes, et par ailleurs des systèmes de la vie quotidienne, auxquels appartiennent les systèmes d'attachement, de relations sociales, de curiosité, de jeu, de régulation des énergies (sommeil/éveil, nourriture, etc.), de reproduction/sexualité et de soins.

La PEP incarne largement le système de défense animal avec des réactions spécifiques à la suite de menaces effectives ou supposées telles et menaçant l'intégrité physique. Des sous-systèmes innés de ce système de défense comprennent l'hypervigilance, la fuite, le "gel", l'anesthésie/analgésie, le combat et la soumission totale. Différents sous-systèmes de récupération, comme par exemples le soin des blessures, la récupération et le retrait du groupe, sont proches de la défense et peuvent être également rangés dans ce registre.

Les PEP se fixent typiquement aussi dans des modèles d'attachement insécurisant, qui se manifestent par une dépendance ou une indépendance mal adaptées ⁽⁸⁾. Les PEP vivent une limitation involontaire, rigide et extrême de leur capacité de conscience ; c'est-à-dire que la focalisation de leur attention est restreinte et se concentre d'abord sur une menace vitale qui est supposée, revécue et traitée comme événement actuel. Pour cette raison, la PEP peut tout aussi bien manifester des modèles de réactions uniques ou combinées, qui ressemblent à la défense animale, ou développer une autoreprésentation rudimentaire que l'on observe dans les ESPT aigus ou simples, mais aussi de manière plus élaborée et plus autonome dans les ESPT complexes, les "troubles dissociatifs non spécifiés" (TDNS) et le "trouble dissociatif de l'identité" (TDI).

Chez les êtres humains, des modèles de défense similaires à ceux que l'on observe chez les animaux conduisent à des combinaisons complexes de tendances d'actions mentale et comportementale, ainsi qu'à des réactions biologiques. Par exemple, l'état de "gel" (*freezing*) est en rapport avec l'immobilité, le silence, l'excitation, l'analgésie, et avec la focalisation du champ de conscience sur des signaux menaçants et des possibilités de fuite. La PEP peut manifester toute une série de tendances d'action mentale à la défense, comme par exemple l'autoaccusation – "je suis une mauvaise personne et je mérite d'être puni" –, la projection de sentiments insupportables, le déni et l'automutilation ;

cette dernière pouvant servir de fonction défensive dans la mesure où elle libère des opioïdes endogènes qui pourraient calmer la douleur physique et psychique associée au trauma.

La PANP a pour fonction d'accomplir les tâches de la vie quotidienne nécessaires pour la vie et la survie de l'espèce : l'attachement, la régulation de la quantité d'énergie, la reproduction/sexualité, l'éducation des enfants, les relations sociales, le jeu et la curiosité. La défense mentale principale de cette partie est essentiellement l'évitement des souvenirs traumatiques de la PEP. Ce comportement d'évitement est adapté dans la mesure où une intégration n'est pas possible pour la victime traumatisée. Dans ce cas (si les souvenirs traumatiques devenaient accessibles), on menacerait les fonctions quotidiennes de la PANP. Les PANP sont aussi impliquées dans d'autres actions de défenses mentales, dont certaines sont plus primitives que d'autres. L'évitement comportemental peut avoir lieu sous la forme d'un évitement du déclencheur traumatique, mais aussi d'abus de substances psychoactives et de troubles de la sexualité.

Les souvenirs traumatiques vécus de façon de plus en plus perturbante et/ou persistante pendant une longue période peuvent conduire à un nouveau fractionnement des PEP, tandis qu'une simple PANP peut rester intacte. Cette dissociation structurelle secondaire pourrait s'expliquer par une intégration échouée entre des sous-systèmes de défense et de récupération similaires à ceux observés chez les animaux. Nous considérons les cas de dissociation structurelle secondaire comme des troubles dissociatifs post-traumatiques complexes, y compris bon nombre de cas de TDNS. Enfin, une division de la PANP est également possible, lorsque certains aspects inévitables de la vie quotidienne sont associés de manière spécifique à l'événement traumatique du passé. Cela signifie que ces aspects deviennent des stimuli conditionnés par généralisation qui peuvent réactiver les souvenirs traumatiques.

De nouvelles PANP peuvent aussi se développer lorsque la PANP manifeste un niveau de fonctionnement tellement bas que le quotidien normal lui-même ne peut pas être maîtrisé. D'autres dissociations de la PANP, comme la réaction à des facteurs de stress de la vie quotidienne, peuvent même s'installer comme des manières "normales" de vivre. La dissociation structurelle tertiaire inclut tant la dissociation de la PEP que celle de la PANP et se rapporte uniquement aux patients présentant un TDI.

Il existe aussi une voie de développement très précoce vers la dissociation structurelle secondaire et tertiaire, qui com-

prend le trouble du développement naturel de l'intégration des systèmes d'action^(17,18) : le sentiment de soi d'un enfant est encore très dépendant de l'état dans lequel celui-ci se trouve⁽¹⁹⁾ ; lors des interactions positives et sûres avec les parents ou les donneurs de soins, les petits enfants développent des capacités à maintenir, former et intégrer des états internes⁽¹⁷⁾. Par conséquent, des états internes précoces non intégrés, qui sont gérés par différents systèmes d'actions, peuvent, chez un enfant négligé et abusé, rester structurellement dissociés.

Ces états comportementaux précoces atteignent finalement différents stades de maturité et d'autonomie et se développent en tant que PANP et PEP (pour une discussion complémentaire sur la dissociation structurelle, voir aussi Van der Hart et al.⁽⁹⁾ et Nijenhuis et al.⁽¹³⁾).

La dissociation structurelle de la personnalité est surtout maintenue par une série de phobies, qui sont typiques chez les traumatisés, et notamment par des troubles de l'attachement^(8,20,21). Janet⁽²²⁾ décrit le cœur de cette phobie comme la phobie du souvenir traumatique qui se distingue par un évitement complet de la reconnaissance du trauma et des conséquences qu'il a sur sa propre vie. L'augmentation de l'évite-

ment mental et comportemental, ainsi que la dissociation structurelle de la personnalité sont nécessaires pour mettre de côté tous les constats sur soi, sa propre histoire et sa signification, vécus comme insupportables. Par la suite, naissent des peurs toujours plus importantes à partir de ces phobies initiales. Des états d'angoisse peuvent être maintenus par des croyances réflexives, comme : "si je commence à ressentir, je vais devenir fou" ; "je n'ai pas été abusé" ; "c'était de ma faute" ; "ce n'était pas si grave"... La dissociation structurelle est en effet maintenue par un nombre de facteurs reliés entre eux : des phobies, des croyances réflexives, un faible niveau mental et une plus faible énergie mentale. Pour un traitement réussi, il est très important de venir à bout de cet ensemble de phobies et d'augmenter le niveau psychique et énergétique du patient.

Le but de chaque phase de traitement, en fonction des actions psychiques et comportementales, peut être décrit de telle sorte que tant les phobies liées aux traumatismes spécifiques que les facteurs supplémentaires, qui maintiennent une dissociation et empêchent donc les tendances intégratives naturelles, devraient être surmontés⁽¹¹⁾. Toutes ces phobies ont en commun la peur de "certaines" actions⁽¹¹⁾, d'où des tendances d'action adaptatives bloquées par de mauvaises régulations affectives et comportementales, en particulier lorsqu'il s'agit de crainte et de honte. Des phobies liées au trauma devraient pour cela être traitées

“Les actes nécessaires pour supprimer les réminiscences traumatiques, les liquidations, sont des actions souvent très difficiles et très coûteuses”⁽¹¹⁾

selon une certaine séquence, afin que le patient éprouve petit à petit une capacité croissante à s'aventurer, tant sur le plan psychique que comportemental, dans des actions de qualité et orientées vers un but. Avec le temps, il peut supporter et intégrer une plus grande quantité de matériel problématique (du passé et du présent) et obtenir ainsi une amélioration de sa vie quotidienne. L'encadré 1 montre un aperçu de ces phobies liées au trauma, telles qu'elles sont traitées dans les phases thérapeutiques respectives.

LES PHASES DU TRAITEMENT

PHASE 1 – STABILISATION, RÉDUCTION DES SYMPTÔMES ET PSYCHOÉDUCATION

Promouvoir les fonctions quotidiennes de la PANP comprend la réduction ou la suppression de symptômes ou de troubles comorbides qui lui portent atteinte, comme par exemple la dépression, la peur et les symptômes de stress post-traumatique, y compris des intrusions excessives des PEP et de souvenirs traumatiques. Les comportements d'automutilation, l'abus de drogues et la "suicidalité" en font également partie. Un traitement médicamenteux est souvent une première étape importante dans la réduction des symptômes. Dans cette phase, le développement de nouvelles capacités émotionnelles adaptées et des compétences de vie est prioritaire^(1, 3, 4, 7-9, 21, 23). Formulé de manière positive, cela signifie que la phase 1 est consacrée au renforcement des capacités intégratives des PANP et de la PEP dominantes, pour leur permettre l'initialisation, l'exécution et la finalisation des tâches de la vie quotidienne, tant sur le plan psychique que sur le plan comportemental. Ces activités comprennent la capacité à structurer le quotidien, à exécuter des activités ménagères simples, à avoir un travail, à s'occuper de ses enfants, à maintenir des relations, à nouer des contacts, à disposer de loisirs et à traiter des actions mentales.

Ces activités devraient aller de pair avec la capacité d'être plus vigilant vis-à-vis de l'environnement social et physique, mais aussi de l'espace interne, ce qui implique la reconnaissance de l'existence des PEP et des intérêts conflictuels entre les différentes parties dissociatives. La première phase encourage aussi la perception et la maîtrise d'éléments externes (liés par exemple à l'environnement ou au monde relationnel) et de stimuli (déclencheurs) conditionnés internes (comme l'affect, l'intrusion de la PEP). Elle offre un cadre thérapeutique pour gérer la réactivation des systèmes d'action et les PEP, qui résultent de ces stimuli, et pour adapter les réactions à ces déclencheurs. Dans la première phase, le fonctionnement normal des PANP est donc soutenu dans le sens d'une augmentation de la reconnaissance des PEP et de la collaboration entre les parties dissociatives, ceci dans les limites intégratives du patient.

ENCADRÉ 1

Traitement par phases Dépassement des phobies liées aux traumatismes

Phase 1 – Stabilisation, réduction des symptômes et psychoéducation :

- Dépassement de la phobie du lien et de la perte du lien avec le thérapeute
- Dépassement de la phobie des contenus mentaux (par exemples des sentiments, des pensées, des sensations corporelles, des désirs, des fantasmes)
- Dépassement des phobies des parties dissociatives de la personnalité (PA, PE)

Phase 2 – Traitements des souvenirs traumatiques :

- Dépassement des phobies liées à l'attachement insécurisant à l'agresseur/aux agresseurs
- Dépassement des phobies du lien et de la perte du lien avec le thérapeute de la part des PE
- Dépassement des phobies des souvenirs traumatiques

Phase 3 – Intégration de la personnalité et réhabilitation :

- Dépassement de la phobie d'une vie normale
- Dépassement des phobies d'une disposition saine à prendre des risques et des changements
- Dépassement des phobies de l'intimité, y compris de la sexualité

Compte tenu des phobies mentionnées ci-dessus, le traitement dans la phase 1 est axé sur le dépassement de la peur de l'attachement et de la perte de l'attachement au thérapeute, sur la phobie des actions mentales (pensées, sentiments, désirs, besoins, fantasmes) et des parties de la personnalité dissociative. Le traitement commence avec la(les) PANP et les PEP intrusives qui interfèrent dans la thérapie en raison des résistances directement liées aux différentes phobies. C'est uniquement lorsque ces phobies, qui entravent la sécurité ou l'avancement thérapeutique, ont été réduites dans la(les) PANP de manière significative, que l'on peut envisager de travailler sur la phobie des souvenirs traumatiques dans la deuxième phase. Si les souvenirs traumatiques ont été intégrés, le dépassement des peurs de la vie quotidienne, du changement, de la proximité émotionnelle et sexuelle, et de la disposition à prendre des risques mesurés devient le thème dominant de la troisième phase. Les objectifs importants de la première phase – le dépassement des phobies des actions mentales et des parties dissociatives – contiennent des stratégies de solution pour gérer les stimuli déclencheurs redoutés.

Techniques thérapeutiques de la phase de stabilisation

Dans ce qui suit, les techniques thérapeutiques, qui ont une signification particulière pour la préparation de la deuxième phase, seront brièvement discutés. Pour le patient traumatisé, les contenus de la conscience les plus redoutés sont les souvenirs traumatiques réactivés, accompagnés d'af-

fects et de croyances le plus souvent déclenchés par des stimuli conditionnés. Dans la première phase, les parties dissociées apprennent comment elles peuvent se protéger de ces souvenirs hautement perturbants en s'imaginant un lieu sûr, comme par exemple un endroit dans lequel elles se sentent en sécurité. Les parties de la personnalité peuvent se partager ce lieu sûr ou posséder chacune leur propre lieu. La construction de ressources positives avec des techniques comme l'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) ou l'hypnose est utile pour augmenter la capacité d'intégration ou le niveau mental du patient^(4, 24). Les patients apprennent également d'autres techniques spéciales, comme l'exercice du trésor intérieur (*bank vault imagery*) ou des techniques de distanciation (*containment imagery*)^(6, 25-27). Ces exercices leur permettent "d'emballer" temporairement ces souvenirs traumatiques ou d'autres matériaux menaçants et les aident à apprendre à distinguer l'évitement, à avoir un rythme sain et des projets personnels.

C'est à partir du dépassement de la phobie des parties dissociatives que devrait naître entre les parties une collaboration et un sentiment d'harmonie. Durant le processus psychothérapeutique, il peut être utile d'imaginer un endroit de conférence intérieur (*imaginery meeting place*)^(28, 29) ou une conférence téléphonique imaginaire (*intercom system*) – au cas où une rencontre directe serait trop menaçante – pour soutenir une telle collaboration. Si nécessaire, lorsque le travail des souvenirs traumatiques est abordé dans la deuxième phase, on peut conseiller à certaines parties de renoncer à de telles rencontres et de se retirer dans leur lieu sûr.

Ces techniques, et d'autres semblables, visant à la maîtrise d'affects puissants et à l'encouragement d'interactions contrôlables entre les parties dissociatives, incluent l'utilisation stratégique des capacités dissociatives des patients. En même temps, elles augmentent leur niveau d'intégration pour que les conflits et les besoins des parties puissent être reconnus. Par exemple, l'encouragement de la communication interne et de la collaboration entre deux ou plusieurs parties dissociatives pour planifier des tâches quotidiennes et les réaliser n'est possible que si des parties dissociatives savent comment elles peuvent échanger certains contenus mentaux, sans échanger entre elles le matériel menaçant, et ceci jusqu'à ce que le moment et le lieu corrects soient présents.

D'autres interventions de la première phase comprennent la psychoéducation, des techniques imaginatives et des exercices comportementaux pour entrer en contact avec des ressources positives (comme les capacités de détente, une structuration de la vie quotidienne, la régulation de l'énergie, la stimulation de ressources corporelles comme "l'ancrage" ou l'enracinement (*grounding*) ou des mouvements d'expression corporelle)⁽³⁰⁾. D'autres interventions

portent sur la modification des croyances réflexives par la stimulation de pensées réflexives et de tests expérimentaux des représentations associées au trauma, ces dernières ne remplissant plus leur fonction initiale d'adaptation pour le patient. Finalement, il est tout aussi important dans cette phase de traitement précoce de développer une relation thérapeutique flexible, chaleureuse et bien limitée, que de travailler sur le champ relationnel déjà existant pour qu'un attachement de type sécurisant puisse être atteint^(6-8, 21).

(Contre-)indications pour le traitement dans la phase 2

La deuxième phase peut être entamée si la capacité d'intégration de la PANP et des PEP les plus importantes a augmenté, que celles-ci fonctionnent plus ou moins adéquatement dans le présent, qu'elles maintiennent un degré raisonnable d'attachement de type sécurisant au thérapeute, qu'elles tolèrent et régulent des contenus mentaux et qu'elles ont développé une forme d'empathie et de coopération mutuelle. L'absence de l'un des critères, ainsi que la persistance d'un abus de substances psychoactives, un comportement autodestructeur, une crise existentielle aiguë et persistante ou des périodes dans lesquelles une énergie et une attention accrues sont requises, un âge avancé, une maladie somatique ou terminale, une psychose, tout type de problème caractériel qui porte atteinte au processus thérapeutique fondamental, une dépendance affective et une régression non adaptées, et enfin des changements incontrôlés entre la(les) PANP et la(les) PEP sont des contre-indications pour la deuxième phase⁽³¹⁻³³⁾.

Les objectifs de stabilisation peuvent être atteints plutôt rapidement chez les patients qui disposent d'une capacité d'intégration et d'une tension mentale suffisante, mais dans le cas contraire, ce travail peut demander plusieurs années. Bien que beaucoup de ces objectifs puissent aussi être finalement atteints par des patients qui ont un pronostic défavorable, le travail dans la deuxième phase reste quand même très déstabilisant pour eux. Dans la plupart de ces cas extrêmement difficiles, une stabilisation complète ne peut pas être atteinte. Dès lors, la première phase du traitement reste l'objectif principal. Dans tous les cas, les patients devraient donner leur accord pour passer à la deuxième phase.

Le contre-transfert et le traitement des souvenirs traumatiques

Les thérapeutes peuvent être soumis à deux formes de contre-transfert en rapport avec les souvenirs traumatiques⁽³⁴⁾. D'une part, ils peuvent développer une fascination exagérée et une attitude contra-phobique par rapport aux souvenirs traumatiques ; ceci peut conduire à une focalisation trop précoce et exagérée du matériel traumatique et à une négligence du développement d'une vie quotidienne de base et d'optimisation des capacités émotionnelles. D'autre part, le thérapeute peut s'identifier et

s'allier au manque de réalisation du patient et, par ce biais, éviter totalement d'aborder les souvenirs traumatiques. Ainsi, le thérapeute devrait vérifier et clarifier sa propre motivation, dans la mesure où celle-ci s'entremêle avec le modèle de traitement et avec le processus thérapeutique.

PHASE 2 – TRAITEMENT DES SOUVENIRS TRAUMATIQUES

La synthèse et la réalisation forment les objectifs principaux de la deuxième phase. Ce sont les aspects les plus importants qui permettent une intégration réussie des souvenirs traumatiques entre les différentes parties et qui rendent une dissociation structurelle superflue. Comme le groupe des patients dissociatifs est très hétérogène, la manière dont ces objectifs seront atteints, ainsi que les techniques qui seront utilisées, peuvent considérablement varier d'un patient à l'autre. Des interventions utiles pour un patient peuvent s'avérer catastrophiques pour un autre. Il est donc nécessaire que le thérapeute manifeste de la flexibilité dans son travail sur les souvenirs traumatiques et qu'il envisage, avec chaque patient, les mesures les plus efficaces.

Les éléments principaux de l'expérience traumatique doivent être synthétisés, c'est-à-dire échangés entre les PANP et les PEP, et transformés en récit symbolique et verbal (narratif). Durant la synthèse, il s'agit de combiner une exposition graduelle au souvenir traumatique spécifique avec une prévention de l'évitement mental et comportemental. Peu après, le récit verbal du vécu traumatique doit être réalisé, c'est-à-dire accepté comme vrai et comme réellement passé à l'intérieur d'une partie de la personnalité, ainsi qu'entre les différentes parties. L'intégration des souvenirs traumatiques – de l'expérience émotionnellement et corporellement hautement perturbante – et la perception consciente de ses propres traumatismes, ainsi que les conséquences qui en résultent, se répercutent généralement sur la capacité à clôturer quelque chose de non terminé, que ce soit des actions psychiques ou comportementales. Nous sommes d'accord avec Janet⁽¹¹⁾ pour dire que le fait de terminer une action augmente le niveau de fonctionnement mental, ou la "tension psychologique", et donc la capacité intégrative, contrairement aux actions non terminées qui l'affaiblissent.

Ainsi, graduellement, une flexibilité se développe entre les parties défensives fixées et rigides. Une fois que se déploie un système peu dissociatif, fluide, et que les parties dissociatives s'orientent mieux dans le présent, la réaction de défense animale ancienne et la résistance psychique ne sont plus nécessaires. De plus, lorsque la retraumatisation s'arrête, des formes plus efficaces de défenses comportementales et mentales deviennent possibles. Pour que cela soit réalisable, il est capital que les PEP et PANP s'attachent

non seulement au thérapeute, mais aussi graduellement de manière sécurisante entre elles. Dans le cas contraire, des fantasmes de thérapeute (ou partenaire) "sauveur" pourraient s'intensifier, et les actions internes nécessaires à l'intégration pourraient être repoussées en arrière-plan.

Le traitement des convictions de substitution associées au trauma

Dans cette phase, il est très important d'identifier et de traiter ce que l'on appelle les croyances de substitution⁽³⁵⁾ concernant l'agresseur, le trauma et la vie actuelle des différentes PANP et PEP. Ces fantasmes sont des actions mentales peu élaborées qui remplacent des actions constructives du présent. Ces croyances ont souvent pour thème une idéalisation de la personne soignante – par exemple le parent qui agit en même temps comme agresseur – ou une dévalorisation de soi-même (y compris la culpabilité et la honte vis-à-vis de ce qui s'est passé). Elles donnent à la personne traumatisée un sentiment de contrôle intérieur qui lui permet d'éviter l'extrême sentiment d'impuissance ; néanmoins, elles maintiennent le patient dans un état chaotique qui reste limité dans son fonctionnement dans le présent.

Les croyances de substitution cachent des éléments traumatiques non réalisés. Même si elles sont moins importantes, ces croyances doivent néanmoins être traitées^(35, 36). Leur traitement consiste tout d'abord à identifier les croyances réflexives, comme : "mon oncle était magnifique : je l'ai séduit" ; "je ne dois pas aller travailler, parce que je suis encore petit" ; "ce n'est pas mon enfant : je suis une personne célibataire sans relations", etc. Ensuite, les PANP et les PEP, auxquelles appartiennent ces croyances et fantasmes erronés, devraient progressivement être amenées à la conscience des parties qui ne partagent pas ces croyances. Par exemple, une PANP qui cherche sa liberté et aimerait jouer, nierait qu'elle est une mère. Peu à peu, on va l'aider à développer de l'empathie pour d'autres enfants afin d'en ressentir ensuite pour le sien. Ceci la conduira à une synthèse des souvenirs traumatiques avec sa propre mère qui l'avait maltraitée physiquement lorsqu'elle était enfant. Elle sera capable d'accepter son propre enfant dès lors qu'elle pourra intégrer sa propre expérience. Comprendre le contexte et les faits relevant de l'abus est nécessaire pour éliminer les croyances de substitution. Par exemple, une patiente réalisant qu'elle avait séjourné, alors qu'elle était petite, seule et sans aucune aide dans la maison de l'oncle qui avait recouru à la violence physique pour la violer, a pu "lâcher" la représentation d'avoir séduit cet oncle.

Surmonter les phobies relatives à un attachement de type insécurisant à l'agresseur

L'alternance perpétuelle des systèmes d'actions d'attachement et de défense, par rapport à la même personne soignante et abusive, forme la base d'un modèle d'atta-

chement de type insécurisant^(8, 9, 21, 36-38). Chez certaines parties de la personnalité dissociative, cet attachement de type insécurisant apparaît clairement, alors que beaucoup d'autres parties ne manifestent apparemment aucun attachement à l'agresseur. Les parties qui présentent un attachement de type insécurisant ont une capacité d'intégration réduite ; elles semblent repliées sur elles-mêmes, trop émotionnelles, impulsives, et ne traitent pas les informations de manière cognitive. Lors de contacts avec l'agresseur, elles s'accrochent, régressent, se soumettent et ne sont pas capables de reconnaître le danger. Ce style d'attachement se retrouve dans les relations actuelles du patient ainsi que dans la relation au thérapeute.

De nombreuses PANP et PEP manifestent un attachement de type insécurisant à des personnes soignantes, abusives et négligentes. Les interventions auprès des PEP visent à modifier leur comportement défensif face à une menace (supposée) majeure et leur comportement psychique correspondant. Le traitement tient compte, en outre, du type d'attachement de type insécurisant, et plus particulièrement de la fixation sur les "comportements de cri d'attachement", c'est-à-dire comparable au cri avec lequel un petit animal attire l'attention de sa mère. C'est la raison pour laquelle les interventions auprès des parties de la personnalité dissociative doivent se faire dans un contexte d'attachement sécurisant et progressif au thérapeute. Les PEP fixées dans les différents systèmes de défense devraient collaborer et développer plus d'empathie l'une pour l'autre. Par exemple, une PEP de soumission devrait commencer à communiquer et à coopérer avec une PEP protectrice. Ainsi qu'il est mentionné dans la phase 1, il est nécessaire d'avoir réalisé au préalable un bon travail avec les parties agressives avant que celles-ci ne puissent, par empathie et collaboration, réellement fonctionner comme protectrices.

Surmonter la phobie des souvenirs traumatiques

La phobie des souvenirs traumatiques est l'une des plus difficiles à surmonter ; elle exige une capacité d'intégration élevée et constante des PANP et PEP, incluse dans le traitement. La réussite de celui-ci nécessite d'avancer avec prudence et de réguler l'hypo- ou l'hyperexcitabilité du patient. Il faut envisager les contre-indications qui retardent un engagement dans cette phase de traitement. Plus la capacité d'intégration et l'énergie du patient sont basses, plus cette étape devra être abordée lentement, et plus fréquemment les interventions de la première phase devront être appliquées. Le processus-clé du traitement des souvenirs traumatiques est la synthèse^(21, 27). Cette exposition graduelle au souvenir traumatique est un processus malléable et contrôlable à travers lequel on aide le patient à s'orienter lui-même dans le présent, pendant que simultanément les contenus dissociés du souvenir traumatique sont assimilés⁽³⁷⁾. Ces derniers constituent les composants

cognitifs, sensorimoteurs, affectifs et comportementaux, fixés aux différentes PEP. Bien que les expressions, telles que "l'abréaction contrôlée" ou "le travail d'abréaction", soient fréquemment utilisées dans les troubles dissociatifs pour décrire ce processus d'exposition graduelle⁽³⁸⁻⁴¹⁾, nous privilégions le concept de la "synthèse guidée". Celui-ci souligne la nature intégrative des actions mentales impliquées et évite de croire que l'expression d'émotions fortes est utile⁽²⁷⁾. Le lecteur peut aussi consulter Van der Hart et Brown⁽⁴²⁾ pour une discussion critique de ces phénomènes. Une longue phase de préparation doit précéder la synthèse ; suivent ensuite les phases de la réalisation et de l'intégration supplémentaire.

Préparation de la synthèse guidée

Une préparation soigneuse de la synthèse guidée augmente la probabilité de progression des capacités intégratives du patient au cours du traitement. Pour cette raison, tant le thérapeute que le patient essayent d'empêcher des émotions fortes et des modes de comportement autodestructeurs d'apparaître. Souvent, il peut s'avérer utile qu'une personne de confiance conduise le patient à la maison après une séance de synthèse et que cette personne le soutienne durant les effets de la synthèse. Il peut lui être nécessaire de stopper le travail pendant un certain temps ou de se libérer d'autres devoirs. Des séances plus longues, prévues à l'avance, peuvent aider à ne pas augmenter l'intensité et la durée de l'expérience, mais plutôt de doser progressivement l'expérience traumatique et de donner du temps au patient pour se retrouver et pour se réorienter complètement dans le présent. Le patient devrait avoir une image précise de l'objectif du traitement du trauma, ainsi que de sa forme. Pour contrôler et soutenir cette partie du processus, on pourrait recourir à l'hypnose. Cependant, celle-ci ne peut avoir lieu que si le thérapeute est bien formé, lorsque le patient est habitué à son contact et qu'il a montré son accord.

Les erreurs et les distorsions cognitives, ainsi que les croyances réflexives et de substitution devraient être reconnues et corrigées. Cependant, certaines d'entre elles ne peuvent être changées qu'après la clôture de la synthèse. À côté de ces distorsions cognitives conscientes, le trauma reste fixé dans des croyances et des expériences contextuelles spécifiques que l'on retrouve dans des PEP. Il s'agit de pensées ou d'images mentales qui prennent une importance exagérée, fortement chargées émotionnellement et dissociées des PANP. Ces représentations se manifestent sous la forme de flash-back ou de pensées incontrôlables (intrusions, reviviscences). Par exemple, une femme se sentait coupable d'un abus sexuel de son père quand elle avait quatre ans et souffrait d'intrusions et d'une forte croyance réflexive qui provenait d'une PEP spécifique et qui était accompagnée d'images, d'émotions et de perceptions sensorielles de l'abus.

Il existe différentes voies pour affronter la synthèse guidée ; ceci dépend des capacités du thérapeute et des besoins de chaque patient. Certains travaillent plus efficacement lorsque les souvenirs ne sont synthétisés qu'avec les parties présentes, pendant que d'autres parties se tiennent dans un lieu sûr et ne participent pas. D'autres patients préfèrent synthétiser avec toutes les parties qui sont présentes à un moment donné. Il est important de souligner la nécessité d'individualisation du processus de traitement des souvenirs traumatiques.

Lors de la préparation du traitement d'un souvenir traumatique spécifique, le contenu complet avec le début, la fin et les noyaux pathogènes devrait être exploré de préférence avec les parties dissociatives capables de le faire sans reviviscence incontrôlée des souvenirs traumatiques. Pour ce faire, des observateurs intérieurs (*internal observing parts*) peuvent, par exemple, être utilisés. Ceci signifie que les parties qui ne sont pas encore en mesure d'écouter devraient se retirer dans le lieu sûr. En dehors du contenu, la préparation comprend l'évaluation des parties capables de participer dès le début. Il se pourrait, par exemple, qu'une ou plusieurs parties assument différents aspects du traumatisme, tandis que d'autres parties reprennent un rôle aidant pendant ou juste après la synthèse, pour donner du courage, de la structure ou de la consolation. Lorsque l'on connaît le début et la fin de l'événement traumatique, on peut empêcher que le patient reste "bloqué en plein milieu" pendant la synthèse⁽²⁶⁾.

Pour de nombreux patients, ces observateurs intérieurs ne sont pas disponibles ou ne sont pas en mesure de contrôler adéquatement les émotions. Les patients qui ne possèdent pas de partie capable d'échanger sur des contenus avant la synthèse peuvent être préparés à faire face au pire pour aider toutes les parties. Les questions adressées à ses propres parties doivent être formulées avec un "tu" : "qu'elle pourrait être la pire des choses qui pourrait se passer lorsque tu es confronté à ton souvenir ?" ; "comment, nous deux, pourrions-nous t'aider au mieux lorsque ceci se produit ?" ; "peut-être y a-t-il d'autres choses avec lesquelles tu as des difficultés ?". Dans un tel cas, le début du traitement comprendrait un "rassemblement" de toutes les parties durant lequel le thérapeute stimulerait une forte solidarité et empathie entre elles (suggérer, par exemple, de se sentir proche et de se tenir la main, comme une famille affectueuse et très unie pleure ensemble). D'autres propositions peuvent être faites : par exemple, chaque partie possède une force bien particulière et s'unir rend chaque partie plus forte. Il est important d'expliquer que ces différentes parties sont reliées entre elles, de telle façon que chacune offre et accueille le soutien et l'aide de l'autre. Suggérer l'orientation dans le présent sécurisant et le contact avec le thérapeute peut aussi être très effectif pour ensuite, petit à petit, s'approcher des souvenirs tra-

matiques. Ici, il faut rappeler régulièrement aux parties de rester unies et dans le présent.

Effectuer la synthèse guidée des souvenirs traumatiques

On observe fréquemment chez les patients présentant des troubles dissociatifs complexes un souvenir différé partiel ou total du traumatisme, ou tout au moins une conscience du trauma qui est souvent permise grâce à un évitement phobique extrême de tous les déclencheurs et à une non-réalisation de l'influence qu'il a eu sur la personne. Les PANP se maintiennent dans cette non-réalisation, même quand elles sont exposées à des reviviscences traumatiques intenses qui sont des intrusions de PEP.

Dans la synthèse guidée, l'essentiel est que le thérapeute guide les parties dissociatives concernées dans une série de courtes expériences intensives au cours desquelles des aspects dissociés du souvenir traumatique sont évoqués et partagés. La synthèse est une tentative de réactivation commune et contrôlée par le patient et le thérapeute. Il n'est pas nécessaire de partager tout ou chaque détail. Il faut, en tout cas, que lesdits "noyaux pathogènes"⁽⁴³⁾ ou les *hot spots*⁽⁴⁴⁾ soient partagés entre eux. Il s'agit des aspects les plus menaçants des événements traumatiques que le patient aimerait éviter à tout prix. Les PEP concernées partagent leurs expériences des événements traumatiques vécus entre elles ou avec d'autres parties spécifiques, tandis que les PANP sont souvent, mais pas toujours, incluses, et ce, en fonction du niveau de leur capacité d'intégration. Avant l'expérience de la synthèse, le patient et le thérapeute discutent et se mettent d'accord sur les domaines de vie (par exemple le travail, l'éducation des enfants) et les parties correspondantes qui doivent être protégées, pour autant que cela soit possible ou nécessaire. Toutefois, pour quelques patients, la phase 1 suffit à ce que toutes les parties puissent participer simultanément à la synthèse guidée.

Afin que la synthèse guidée se déroule avec succès, il est important que le niveau d'excitation n'augmente pas de trop et que tant le patient que le thérapeute aient un contrôle suffisant. La panique et une nouvelle dissociation du souvenir traumatique doivent à tout prix être évitées. Pour cette raison, le thérapeute devrait expliquer au patient qu'il n'est pas nécessaire que le trauma soit revécu sous sa forme initiale envahissante, ce qui veut dire "qu'il ne doit pas être et ne devrait pas être revécu". Par contre, les états d'excitation devraient être contrôlés, par exemple, à un niveau 3 sur une échelle de 1 à 5. En outre, on attire l'attention des parties de "ne vivre que ce qui est nécessaire, à savoir à comprendre et à guérir". Pour que réussisse la synthèse, l'effort constant, tant du thérapeute que du patient, pour garder toutes les parties de la personnalité de celui-ci dans le présent et en contact avec celui-là est essentiel.

Une psychoéducation précoce concernant la modulation de l'excitation, l'encouragement du patient à rester connecté au thérapeute et conscient de sa sécurité dans le présent, et enfin la répétition de tout cela durant la synthèse constituent une aide. De courtes pauses durant la séance de synthèse sont aussi utiles. Durant celles-ci, le patient est encouragé à se concentrer sur la relaxation, sur une respiration profonde et à prendre contact avec le thérapeute. Suggérer de modifier la perception du temps peut parfois s'avérer une méthode utile, comme par exemple de vivre la synthèse comme étant plus courte qu'en temps normal ou de ressentir les pauses comme étant plus longues qu'en temps réel. Des suggestions de guérison peuvent aussi être données au patient. Que la synthèse soit réalisée de manière complète et rapide ou de manière plus lente et graduelle dépend, entre autres, des capacités intégratives du patient.

La synthèse accélérée

Dans ce qui suit, une variante rapide de la synthèse guidée sera décrite⁽²⁷⁾. Durant une préparation soignée avec une partie de personnalité observatrice (comme décrit plus haut), une histoire narrative non personnalisée contenant au minimum les noyaux pathogènes est construite. Cette narration est divisée en une série de segments qui sont numérotés (par exemple de 1 à 5 ou de 1 à 10). Le thérapeute compte et à chaque chiffre se concentre sur l'un des noyaux successifs du trauma. Il encourage les parties qui participent à échanger leurs expériences partielles respectives. Ces expériences comprennent ensemble les aspects émotionnels, sensorimoteurs et cognitifs. Le thérapeute propose entre chaque segment une pause durant laquelle le patient régule sa respiration et se réoriente à nouveau dans le présent. Lorsque le passage est terminé, le thérapeute peut demander au patient quel pourcentage du souvenir a été échangé et quels aspects ne l'ont pas encore été. S'il reste du matériel qui n'a pas encore été échangé, il faut envisager un nouveau passage.

La synthèse fractionnée

Une approche plus lente et graduelle est celle que l'on appelle la synthèse fractionnée. Ici, la synthèse d'un souvenir traumatique ou d'une série de souvenirs traumatiques est divisée en petites parties et peut comprendre peu ou bon nombre de séances^(26, 27, 38-40, 45). Cette approche est particulièrement recommandée lorsque les capacités intégratives du patient ou sa tolérance à la peur sont insuffisantes et qu'en même temps le traitement d'un souvenir traumatique semble inévitable⁽⁴⁵⁾. Il existe de nombreuses variantes de cette synthèse fractionnée. Par exemple, elle peut se limiter d'abord aux aspects sensorimoteurs et être suivie par des phases de travail avec les aspects émotionnels et cognitifs⁽³⁰⁾. La synthèse peut aussi se limiter à une seule dimension sensorielle durant un passage, comme par exemple la peur, la douleur, la

colère. Elle peut également se concentrer sur une seule expérience d'une PEP ou sur un segment particulier de l'expérience traumatique. Le thérapeute peut restructurer la synthèse à travers une série plus courte de chiffres ; par exemple, il peut compter non pas jusqu'à 10, mais jusqu'à 5, et à chacun des chiffres la synthèse est interrompue par des suggestions de calme, de respiration agréable et de contact avec le thérapeute. La synthèse fractionnée peut aussi être combinée avec un entraînement à la relaxation et au calme^(27, 45). En plus d'une synthèse fractionnée, on peut finalement stimuler un échange graduel ou très lent d'émotions par unité de temps, par exemple, par jour, échanger seulement 5 % de la totalité des affects d'un souvenir traumatique spécifique entre les parties⁽⁴⁶⁾. Une synthèse dosée peut aussi être réalisée en utilisant l'EMDR et une application élargie de l'échelle de SUD (*Subjective unit of distress*) durant le processus^(4, 24).

Contenance durant la synthèse guidée

Généralement, le matériel non travaillé dans une séance de synthèse devrait être traité lors de la séance suivante ou si possible peu après. Il faut veiller à ce que le patient ne soit pas envahi entre temps par ce qui reste du ou des souvenirs traumatiques. On peut y parvenir, par exemple, en le(les) "emballant" lors de l'exercice du "trésor intérieur" ou du "coffre-fort" (cf. supra) ou alors au travers d'un accord entre les parties de ne pas échanger entre les séances. Il s'avère souvent utile d'incorporer une séance de traitement cognitif entre les séances de synthèse, car le patient a besoin de temps et de soutien pour personnaliser le matériel et pour le reconnaître pleinement. Le patient doit être encouragé pour ce travail difficile, effectué ensemble. Il est important de soutenir la consolation, la guérison, ainsi que la gestion des sentiments entre les séances.

Réalisation guidée des souvenirs traumatiques

La synthèse seule ne suffit pas à atteindre la réalisation. Pour que le souvenir traumatique devienne un souvenir autobiographique narratif complet, il doit être réalisé et en voie d'intégration puisque tant la réalisation que la synthèse sont des composantes essentielles de l'intégration. La réalisation comprend deux sous-parties d'actions mentales différentes : la "personnification" et la "présentification"⁽⁹⁾. La personnification consiste à s'approprier sa propre expérience. La présentification décrit le processus de se sentir consciemment dans le présent, de relier cet état de conscience à la perception de son propre passé et futur afin d'arriver à des actions appropriées dans le présent. Pour cette raison, le patient devrait être conscient du présent lorsqu'il parle du trauma. Une finalisation réussie de chacune de ces actions mentales est vraiment nécessaire pour résoudre la dissociation structurelle ; si ceci échoue, la dissociation structurelle se maintiendra.

PHASE 3 – INTÉGRATION PROGRESSIVE

Lorsque le patient a traité suffisamment de noyaux traumatiques ou pathogènes lors de la deuxième phase, qu'une plus grande capacité d'intégration est atteinte et que la phobie des souvenirs traumatiques n'est plus à l'avant-plan, la phase 3 du traitement peut commencer. Habituellement, on bascule plutôt spontanément dans cette phase. Le patient aborde spontanément des thèmes de cette troisième phase dans laquelle l'intégration de la personnalité se poursuit. Chaque fusion de parties, chaque réorganisation de la personnalité du patient, chaque développement ultérieur de sa vie, chaque événement de vie différent, mais aussi les événements traumatisants sont à nouveau abordés. La joie d'avoir atteint certaines étapes alterne avec de nouvelles tristesses pour les pertes encourues. La tristesse est importante durant toutes les phases, en particulier dans la deuxième et la troisième lorsqu'une réalisation complète des pertes encourues s'effectue. Au cours du temps, les phases de deuil diminuent en intensité et en durée. Les patients traumatisés commencent à comprendre et à accepter que la perte est une partie inévitable du trauma et que, finalement, c'est une tâche de vie que d'accueillir calmement la reviviscence du deuil avec ses hauts et ses bas.

CONCLUSION

La présence de souvenirs traumatiques, contrairement aux souvenirs d'événements trop forts émotionnellement, provoque une séparation dissociative de la personnalité en une ou plusieurs parties – dépourvues d'affect et mutuellement évitantes – qui servent les fonctions de la vie quotidienne et que nous avons appelées PANP, et en une ou plusieurs parties fixées dans le trauma, présentant des types de défenses similaires à ceux que l'on observe chez les animaux, et des modèles d'attachement de type insécurisant, que nous avons appelé des PEP.

Le traitement des souvenirs traumatiques est une phase difficile dans la thérapie. Il est nécessaire d'avoir au préalable une bonne préparation, réalisée rigoureusement, au cours de laquelle des capacités émotionnelles et des compétences de vie sont développées ; elles renforcent les PANP dans la maîtrise du quotidien et empêchent les PEP d'interférer de manière perturbante dans les fonctions quotidiennes. Vient ensuite la confrontation aux différentes phobies de manière systématique et progressive, comme les phobies de l'attachement et de la séparation au thérapeute, la phobie des contenus mentaux et la phobie des parties de la personnalité dissociative. Cette phase initiale peut être brève ou longue. Cependant, elle peut parfois demeurer le seul objectif du traitement ; ceci dépend à chaque fois du niveau de fonctionnement du patient. Dès que les objectifs de la première phase sont atteints, le traitement des souvenirs traumatiques peut commencer.

L'objectif principal dans le traitement des souvenirs traumatiques est l'intégration. On peut encore le subdiviser en objectifs de synthèse et de réalisation, ce dernier pouvant à son tour être divisé en personnification et présentification. Toutes ces composantes doivent conduire en fin de compte à une intégration complète, c'est-à-dire à une fusion de toutes les parties de personnalité autrefois dissociées. La synthèse est simultanément l'exposition systématique, échelonnée, des parties de personnalité aux souvenirs traumatiques et une évaluation pour éviter une nouvelle dissociation ou un évitement. Elle devrait rester à la mesure des capacités du patient à supporter des sentiments et à réaliser des contenus.

Différentes techniques hypnothérapeutiques et autres, comme l'EMDR, soutiennent le processus de synthèse. La synthèse seule ne suffit pas pour l'intégration, il est nécessaire que chaque partie de personnalité fasse un travail supplémentaire pour une réalisation complète. Au cours du traitement des souvenirs, les différentes phobies doivent encore une fois être systématiquement affrontées, étape par étape : peurs devant le lien insécurisant à l'agresseur, les phobies des PEP concernant l'attachement/séparation et la phobie principale des souvenirs traumatiques. ■

Remerciements – La publication de cet article a été possible grâce au travail de traduction de Manoëlle Hopchet, Présidente de l'Institut belge de psychotraumatologie et d'EMDR (www.bipe.be).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - BROWN D, SCHEFLIN AW, HAMMOND DC. Memory, trauma treatment, and the law. New York : Norton & Co., 1998.
- 2 - CHU JA. Rebuilding shattered lives: the responsible treatment of complex posttraumatic stress and dissociative disorders. New York : Guilford Press, 1998.
- 3 - COURTOIS C. Recollections of sexual abuse: treatment principles and guidelines. New York : Norton & Co., 1999.
- 4 - GELINAS DJ. Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *J Trauma Dissociation* 2003 ; 4 (3) : 91-135.
- 5 - HERMAN JL. Trauma and recovery. New York : Basic Books, 1992.
- 6 - KLUFT RP. The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation* 1993 ; 6 : 145-161.
- 7 - KLUFT RP. The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation* 1997 ; 10 : 145-161.
- 8 - STEELE K, VAN DER HART O, NIJENHUIS ERS. Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 2001 ; 2 (4) : 79-116.
- 9 - VAN DER HART O, NIJENHUIS ERS, STEELE K. The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, London : Norton & Co., 2006.
- 10 - JANET P. Traitement psychologique de l'hystérie. In : Robin A, Ed. Traité de thérapeutique appliquée. Paris : Rueff, 1898 (et In : Janet P. L'état mental des hystériques. 2nde édition. Paris : Alcan, 1911 : 619-688).
- 11 - JANET P. Les médications psychologiques. Vol. 3. Les économies psychologiques. Paris : Alcan, 1919 (et In : Psychological healing. Vol. 1. New York : Arno Press, 1976).
- 12 - VAN DER HART O, BROWN P, VAN DER KOLK BA. Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *J Trauma Stress* 1989 ; 2 : 379-396.
- 13 - NIJENHUIS ERS, VAN DER HART O, STEELE K, DE SOIR E, MATTHESS H. Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2006 ; 6 (3) : 125-139.
- 14 - MYERS CS. Shell-shock in France 1914-18. Cambridge : Cambridge University Press, 1940.
- 15 - LANG PJ. The emotion probe: studies of motivation and attention. *Am Psychol* 1995 ; 50 : 372-385.
- 16 - PANKSEPP J. Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions. New York, Oxford : Oxford University Press, 1998.
- 17 - PUTNAM FW. Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective. New York : Guilford, 1997.
- 18 - SIEGEL D. The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience. New York : Guilford, 1999.
- 19 - WOLF DP. Being of several minds: voices and versions of the self in early childhood. In : Cicchetti D, Beeghly M, Eds. The self in transition: infancy to childhood. Chicago, IL : Chicago University Press, 1990 : 183-212.
- 20 - NIJENHUIS ERS, VAN DER HART O, STEELE K. The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In : D'haenen H, Den Boer JA, Willner P, Eds. Biological psychiatry. Chichester : John Wiley & Sons, 2002 : 1079-1098.
- 21 - STEELE K, VAN DER HART O, NIJENHUIS ERS. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Dissociation* 2005 ; 6 (3) : 11-53.
- 22 - JANET P. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie* 1904 ; 1 : 417-453.
- 23 - LINEHAN MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York : Guilford Press, 1993.
- 24 - TWOMBLY JH. Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *J Trauma Dissociation* 2000 ; 1 (2) : 61-80.
- 25 - BROWN DP, FROMM E. Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale, NJ : Erlbaum Associates, 1986.
- 26 - SACHS RG, PETERSON JA. Memory processing and the healing experience. In : Michelson LK, Ray WJ, Eds. Handbook of dissociation. New York : Plenum, 1996 : 475-498.
- 27 - VAN DER HART O, SPIEGEL D. Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: the early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *Int J Clin Exp Hypn* 1993 ; 41 : 191-209.
- 28 - FRASER GA. The dissociative table technique: a strategy for working with ego states in dissociative identity disorder and ego-state therapy. *Dissociation* 1991 ; 4 : 205-213.
- 29 - KRAKAUER SY. Treating dissociative identity disorder: the power of the collective heart. Philadelphia : Brunner Routledge, 2001.
- 30 - OGDEN P, MINTON K, PAIN C. Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York : Norton & Co., 2006.

- 31 - BOON S. The treatment of traumatic memories in DIS: indications and contra-indications. *Dissociation* 1997 ; 10 : 65-80.
- 32 - KLUFT RP. On the treatment of traumatic memories: always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation* 1997 ; 10 : 80-90.
- 33 - STEELE K, COLRAIN J. Abreactive work with sexual abuse survivors: concepts and techniques. In : Hunter MA, Ed. *The sexually abused male*. Lexington, MA : Lexington Press, 1990 : 1-55.
- 34 - VAN DER HART O, STEELE K. Reliving or reliving childhood trauma? A commentary on Miltenburg and Singer (1997). *Theory & Psychology* 1999 ; 9 : 533-540.
- 35 - JANET P. La croyance délirante. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 1945 ; 4 : 173-187.
- 36 - LIOTTI G. Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In : Solomon J, George C, Eds. *Attachment disorganization*. New York : Guilford, 1999 : 297-317.
- 37 - VAN DER HART O, STEELE K, BOON S, BROWN P. The treatment of traumatic memories: synthesis, realization, and integration. *Dissociation* 1993 ; 6 : 162-180.
- 38 - FINE CG. A tactical integrationalist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In : Kluft RP, Fine CG, Eds. *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1993 : 135-153.
- 39 - KLUFT RP. On the treatment of the older patient with multiple personality disorder: "race against time" or "make haste slowly"? *Am J Clin Hypn* 1988 ; 30 : 257-266.
- 40 - PUTNAM FW. Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York : Guilford Press, 1989.
- 41 - ROSS CA. Multiple personality disorder: diagnosis, clinical features and treatment. New York, NY : John Wiley, 1989.
- 42 - VAN DER HART O, BROWN P. Abreaction re-evaluated. *Dissociation* 1992 ; 5 : 127-138.
- 43 - VAN DER HART O, OP DEN VELDE W. Traumatische herinneringen [Traumatic memories]. In : Van der Hart O, Ed. *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse : Swets & Zeitlinger, 1995 : 79-102.
- 44 - BREWIN CR. Posttraumatic stress disorder: malady or myth? New Haven, CT : Yale University Press, 2003.
- 45 - KLUFT RP. The fractionated abreaction technique. In : Hammond CD, Ed. *Handbook of hypnotic suggestions*. New York : Norton & Co., 1990 : 527-528.
- 46 - KLUFT RP. The slow leak technique. In : Hammond CD, Ed. *Handbook of hypnotic suggestions*. New York : Norton & Co., 1990 : 529-530



16 octobre 2009 - Paris, France

Théorie et traitement de la dissociation structurelle

Theory and treatment of structural dissociation
Séminaire présenté par Onno van der Hart, Ph. D. (Pays-Bas)

17-18 octobre 2009 - Paris, France

Le traitement du trauma et de la dissociation : guérir le Moi divisé

Healing the divided self
Séminaire présenté par Maggie Phillips, Ph. D. (États-Unis)

Traduction simultanée en français

Lieu : Méditel, 28, boulevard Pasteur, 75015 Paris

Inscriptions : www.ietsp.fr

Renseignements : Bernard Mayer
Institut européen de thérapies somato-psychiques
41, rue Boissière, F-75116 Paris
Tél. : 33 (0)1 44 05 05 90
mayer@ietsp.fr