

Dissociation de la personnalité et thérapie EMDR dans les troubles complexes liés au trauma : applications dans le traitement des Phases 2 et 3

Onno van der Hart

Université d'Utrecht, Utrecht, Pays-Bas

Mariëtte Groenendijk

Première référente du centre du trauma Transit, Clinique de santé mentale, Ermelo, Pays-Bas

Anabel Gonzalez

Hôpital universitaire d'A Coruña, Espagne

Dolores Mosquera

INTRA-TP, Instituto para el estudio del Trauma y los Trastornos de la Personalidad A Coruña, Espagne

Roger Solomon

Centre du trauma et de la perte de Buffalo, Buffalo, New York, Etats-Unis

La psychothérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) peut jouer un rôle majeur dans le traitement orienté par phases de troubles complexes liés au trauma. En termes de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et de sa psychologie de l'action associée, un article précédent a décrit le traitement de la Phase 1 – stabilisation, réduction des symptômes et développement de compétences – soulignant l'utilisation des procédures EMDR dans cette phase. Le traitement de la Phase 2 implique principalement des applications du retraitement EMDR pour surmonter la phobie des souvenirs traumatiques et pour leur intégration subséquente. Le traitement de la Phase 3 se centre sur une intégration supplémentaire de la personnalité qui comprend le fait de surmonter diverses phobies en lien avec un fonctionnement adaptatif dans la vie quotidienne. Cet article met l'accent sur les approches thérapeutiques qui aident les thérapeutes à incorporer les protocoles EMDR dans les Phases 2 et 3 du traitement orienté par phases sans dépasser la capacité intégrative du patient ou sa fenêtre de tolérance.

Mots-clés : dissociation structurelle ; EMDR ; souvenirs traumatiques ; intégration ; traitement orienté par phases

Comme la littérature sur l'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) (e.g., Forgash & Knipe, 2007 ; Gélinas, 2003 ; Hofmann & Mattheß, 2011 ; Korn, 2009 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 1995, 2007 ; Shapiro & Forrest, 1997 ; Shapiro & Gélinas, 1999 ; Twombly, 2000, 2005 ; Young, 1994) le souligne souvent, les cliniciens EMDR doivent intégrer leurs approches

thérapeutiques au sein d'un traitement orienté par phases des troubles complexes liés au trauma, incluant les troubles dissociatifs suivants du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd.): trouble dissociatif de l'identité (TDI) et trouble dissociatif non spécifié (TDNS, sous-type 1). La norme de soin (Brown, Scheffl & Hammond, 1998 ; *International Society for the Study of Trauma and Dissociation*

This article originally appeared as Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48. Translated by Jenny Ann Rydberg.

[ISSTD], 2011) est généralement décrite en termes de trois phases : (a) *Stabilisation, réduction des symptômes et développement de compétences* ; (b) *Traitement des souvenirs traumatiques* ; et (c) *(Ré)intégration de la personnalité et réhabilitation*. Plus la dissociation de la personnalité est complexe, moins ces phases de traitement sont appliquées de manière linéaire. Elles doivent plutôt être récursives au cours du temps, avec le besoin de revenir périodiquement vers une phase antérieure ou une brève incursion occasionnelle dans la phase suivante (Courtois, 2010 ; Korn, 2009 ; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Ainsi le traitement des souvenirs traumatiques – le sujet principal de cet article – devrait être précédé d'une phase de traitement pendant laquelle les bases sont jetées pour un retraitement réussi et sûr. C'était le sujet de notre précédent article, utilisant la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) et la psychologie de l'action associée comme cadre conceptuel (Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera & Solomon, 2013). La psychologie de l'action de Janet, intégrée dans la TDSP (Van der Hart et al., 2006), prend comme point de départ le principe selon lequel tous les faits psychologiques observés chez les êtres humains peuvent se comprendre en termes d'actions – comportementales et mentales. Les actions simples sont généralement exécutées facilement mais d'autres actions plus compliquées, telles que l'intégration de souvenirs traumatiques, requièrent une capacité intégrative élevée (cf., Van der Hart et al., 2006). La TDSP pose comme objectif majeur des phases de traitement respectives le dépassement de certaines phobies particulières, orientées intérieurement et extérieurement, qui maintiennent la dissociation de la personnalité (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005 ; Van der Hart, Nijenhuis & Solomon, 2010 ; Van der Hart et al., 2006). La phobie la plus basique qui maintient la dissociation est la phobie des souvenirs traumatiques (Janet, 1904) qui ne peuvent donc pas constituer les premières cibles du traitement chez la plupart des patients présentant des troubles complexes en lien avec le trauma, d'où le traitement orienté par phases.

Le but de cet article est de contribuer à la discussion sur la manière dont la TDSP et la psychologie de l'action associée peuvent guider l'application de l'EMDR pour les survivants d'une traumatisation chronique au cours de la Phase 2, le traitement des souvenirs traumatiques (qui équivaut aux phases 3-8 du protocole EMDR standard), et de la Phase 3, la (ré)intégration de la personnalité et la réhabilitation.

Tel que décrit dans des travaux antérieurs (cf., Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002 ; Steele et al.,

2005 ; Van der Hart et al., 2013 ; Van der Hart et al., 2010 ; Van der Hart et al., 2006), au cours du trauma, la personnalité du survivant se divise indûment entre deux parties dissociatives ou plus, dont chacune possède sa propre perspective à la première personne, à tout le moins rudimentaire, ou autonomie mentale (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Simplement dit, la dissociation de la personnalité a lieu entre deux prototypes de parties dissociatives, c'est-à-dire la ou les partie(s) émotionnelle(s) de la personnalité (PE ; Myers, 1940) et la ou les partie(s) apparemment normale(s) de la personnalité (PAN ; Myers, 1940). La ou les PE vivent dans le temps du trauma, sont fixées dans des répétitions traumatiques et sont mues par des sous-systèmes d'action défensive tels que la fuite, le combat et la soumission totale. La ou les PAN sont fixées dans l'évitement des souvenirs traumatiques (et souvent de l'expérience intérieure de la personne en général) et sont mues par des systèmes d'action de la vie quotidienne tels que l'exploration, les soins et la régulation énergétique. Lorsque l'expérience traumatique d'une PE fait intrusion dans une PAN, la personne éprouve des difficultés à continuer à gérer la vie quotidienne et à relever ses défis. C'est pourquoi les PAN doivent maintenir la ou les PE à distance, donc maintenir la dissociation de la personnalité. La TDSP émet l'hypothèse selon laquelle, plus la traumatisation est chronique, plus la personnalité se divise entre ces parties. La phobie des souvenirs traumatiques joue un rôle prépondérant (mais qui n'est pas le seul) dans le maintien de cette division ; ainsi elle constitue une cible essentielle du plan thérapeutique en EMDR, indiquant quand et comment préparer et réaliser le traitement ou – comme l'appelle la TDSP – l'intégration des souvenirs traumatiques.

Surmonter la phobie des souvenirs traumatiques : sa pertinence dans la thérapie EMDR

La résolution de la phobie des souvenirs traumatiques constitue un but thérapeutique majeur et implique le *traitement des souvenirs traumatiques*. Dans la TDSP, ce type de traitement est compris comme l'*intégration* (consistant en la *synthèse* et la *réalisation*) des souvenirs traumatiques. Le traitement (i.e., la synthèse et la réalisation) rendent la dissociation inutile (Van der Hart et al., 2010 ; Van der Hart et al., 2006), bien que le patient puisse encore hésiter par moments à renoncer aux diverses parties dissociatives. Quel que soit le chemin conduisant au traitement ou à l'intégration des souvenirs traumatiques, il implique toujours que le patient puisse s'engager dans des actions

mentales intégratives. La TDSP distingue différents niveaux du processus intégratif concernant les souvenirs traumatiques.

D'abord, au cours du traitement (intégration) du souvenir traumatique, le souvenir devient *synthétisé*, c'est-à-dire partagé entre parties dissociatives de la personnalité. A ce niveau, le traitement EMDR (i.e., le protocole EMDR standard incluant les huit phases et les trois volets – passé, présent, futur ; Shapiro, 1989, 2001) représente une approche intégrative fondamentale dans laquelle les expériences telles que des perceptions, des mouvements, des pensées, des sensations, des affects, de souvenirs et une perspective à la première personnes sont reliées (associées) et différenciées (distinguées les uns des autres). Par exemple, un patient peut présenter le problème de se sentir anxieux et effrayé face à un chef autoritaire. La situation présente peut être reliée à des expériences infantiles douloureuses avec un parent dominant. Ainsi les souvenirs passés et les déclencheurs présents peuvent être ciblés de sorte que le patient devienne apte à différencier les deux, et un scénario futur peut être installé, permettant au patient de se sentir ancré et en contrôle dans ses interactions avec son supérieur.

Cependant, pour qu'une intégration complète puisse avoir lieu, la synthèse doit évoluer vers une réalisation, un phénomène parfois spontané dans les séances EMDR et appelé *insight* ou prise de conscience. La réalisation est un niveau d'intégration supérieur (Janet, 1935 ; Van der Hart et al., 2006). Dans les termes de la psychologie de l'action de Janet, la réalisation est définie comme le développement d'un degré élevé de conscience personnelle de la réalité parce qu'elle la reconnaît et s'y adapte de manière réfléchie. La réalisation implique un travail cognitif et affectif important, comprenant tout particulièrement le deuil de ce qui fut, de ce qui ne fut pas et de ce qui n'existera pas. La réalisation inclut la favorisation de deux types d'actions mentales, à savoir la *personnification* et la *présentification*. La personnification consiste à s'approprier son expérience personnelle et ses actions (Janet, 1935 ; Van der Hart et al., 2006). La présentification implique de rester présent en pleine conscience tout en restant attentif au contexte de son passé et de son avenir (Janet, 1928 ; Van der Hart et al., 2006). Dans l'exemple précédent, le patient peut dire

Mes expériences avec mon père dominant étaient difficiles pour moi ; elles ont influencé la manière dont je gérais certaines situations et ce que j'éprouvais à mon propre sujet. Mais maintenant je réalise que suis [sic] un adulte avec des options et des ressources, même quand j'ai affaire à mon chef, que je n'avais pas en tant qu'enfant.

L'EMDR et la dissociation primaire de la personnalité

Le protocole EMDR standard peut généralement être appliqué simplement lorsque les patients souffrent d'un ESPT simple (dissociation primaire de la personnalité). Comme la PE, avec sa perspective rudimentaire à la première personne, consiste en un souvenir traumatique et pas grand-chose de plus, le retraitement réussi du souvenir traumatique implique automatiquement la fusion de la PAN et de la PE – c'est-à-dire que leurs réseaux mnésiques respectifs s'intègrent complètement. Cependant, même dans certains cas d'état de stress post-traumatique (ESPT) simple, la PE peut aussi se caractériser par une certaine élaboration secondaire, donc avoir un répertoire un peu plus large d'actions (dys)fonctionnelles en plus de rejouer les expériences traumatiques. Quand existe une élaboration secondaire, davantage de travail sera sans doute nécessaire sur la relation entre la PAN et la PE, au-delà de la simple intégration du souvenir traumatique.

Un exemple concerne une femme de 52 ans, caractérisée par une dissociation primaire de la personnalité, avec laquelle la thérapeute travaillant sur son souvenir d'un séjour à l'hôpital de cinq jours à l'âge de 5 ans, la plupart du temps sans la présence des parents car les médecins ne permettaient que des visites courtes. Au cours de la séance, elle se centrait sur une image d'elle-même la nuit, à l'hôpital, effrayée, et ressentant « je ne suis pas en sécurité ». Pensant que la patiente n'était pas réellement connectée à ses souvenirs traumatiques ou à la partie les contenant, le thérapeute lui a demandé de regarder les yeux de l'enfant. La patiente a répondu : « Le petit enfant se retourne, il a peur de moi. » Ce petit enfant semblait être une PE avec une perspective rudimentaire à la première personne. Le thérapeute a aidé la patiente en tant que PAN à communiquer avec la PE enfant, utilisant, parmi d'autres choses, la procédure des yeux aimants de Knipe (2007). La patiente a pu en tant que PAN regarder à travers les yeux de la partie enfant, partageant ensuite et retraçant donc la peur que cette PE a gardée si longtemps et qui était jusque-là inaccessible à la PAN. De cette manière, la PAN et la PE isolée ont pu s'intégrer.

L'EMDR et la dissociation secondaire et tertiaire de la personnalité

Pour les patients qui ont des troubles plus complexes en lien avec le trauma, et donc une dissociation secondaire ou tertiaire, la modification des procédures

EMDR standard est nécessaire – comme en témoignent les publications EMDR sur le traitement orienté par phases déjà mentionnées. Cela inclurait la modification de l'application de toute une palette de procédures pendant le traitement de la Phase 1 qui s'orientent vers la stabilisation, la réduction des symptômes et l'apprentissage de compétences (cf., Van der Hart et al., 2013). La Phase 2, le traitement des souvenirs traumatiques, insistant que le dépassement de la phobie des souvenirs traumatiques, implique aussi une série de procédures et d'interventions modifiées. Ici, une attention particulière doit être portée à la résolution des conflits internes du patient entre l'attachement à l'agresseur et la défense contre lui, lorsque les souvenirs traumatiques impliquent des agressions au sein de la famille. De tels conflits pourraient fortement interférer avec un retraitement efficace (voir le texte ci-dessous).

Mises en garde concernant le début de la Phase 2, le traitement des souvenirs traumatiques

Pour traiter un souvenir traumatique en EMDR en toute sécurité (la synthèse guidée dans les termes de la TDSP), une exposition graduelle des parties dissociatives à un souvenir traumatique particulier est nécessaire. Cette exposition graduée doit demeurer en deçà des limites de la capacité intégrative du patient, donc de sa tolérance régulatrice, afin de prévenir des réactions inadaptées (e.g., une dissociation amplifiée, la panique, la déconnexion, l'évitement). Cette tolérance régulatrice a été décrite comme la *fenêtre de tolérance*, au-dessus de laquelle le patient est hyperactivé et en dessous de laquelle il est hypoactivé (Ogden, Minton, & Pain, 2006 ; Siegel, 1999). Différents auteurs dans le domaine de l'EMDR ont proposé des interventions destinées à prévenir une activation extrême au cours du traitement EMDR (e.g., Fine, 2010 ; Fine & Berkowitz, 2001 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Luber, 2009, 2010 ; Twombly, 2000).

Le thérapeute devrait se montrer prudent vis-à-vis de l'initiation de cette phase et prendre en compte plusieurs facteurs dans la prise de décision partagée avec le patient. Le démarrage prématuré du traitement EMDR des souvenirs traumatiques peut entraîner des conséquences négatives. Sans une évaluation complète et une vue d'ensemble du monde dissociatif interne, accompagnées et suivies d'une stabilisation suffisante, plusieurs problèmes peuvent apparaître. Les patients peuvent être submergés par des symptômes, des émotions intenses ou des difficultés à gérer la vie quotidienne ; le passage à l'acte peut se produire

en conséquence d'un enchaînement de réactions internes de parties dissociatives ; ou, d'une manière un peu moins évidente, le traitement peut échouer ou devenir difficile en raison de divers blocages. En général, plus la capacité intégrative et l'énergie du patient sont faibles, plus cette phase du traitement devrait se dérouler lentement et inclure des retours fréquents à des interventions de la Phase 1, stabilisation.

Dans tous les cas, la Phase 2, traitement des souvenirs traumatiques, exige une relation collaborative stable entre le patient et le thérapeute, à laquelle ils contribuent tous deux (ce qui signifie notamment de surmonter la phobie de l'attachement au thérapeute), une motivation saine et un investissement réaliste d'énergie. Pour le patient, ceci implique aussi une collaboration interne constructive et de l'empathie entre parties, leur engagement envers l'EMDR ainsi qu'une certaine capacité de co-conscience, de réflexion et de mentalisation. Les éventuelles objections que pourraient nourrir des parties doivent être explorées et gérées. Les thérapeutes devraient être conscients, tout en ayant à l'esprit les parties qui sont en désaccord ou qui ne peuvent pas participer, que la prise de décision à chaque étape du processus thérapeutique introduit aussi un style collaboratif nouveau dans le système interne, ce qui constitue la base d'un traitement efficace et sûr des traumatismes. Il faut une attention double suffisante de sorte qu'au cours du traitement, le patient reste impliqué avec le souvenir traumatique et en lien avec le thérapeute et avec le présent.

De nombreux auteurs considèrent que certaines situations constituent des contre-indications de la Phase 2, le traitement des souvenirs traumatiques (e.g., Boon, 1997 ; Gélinas, 2003 ; Kluft, 1997 ; Korn, 2009 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Steele et al., 2005 ; Van der Hart et al., 2006 ; voir aussi les lignes directrices EMDR sur les troubles dissociatifs, *EMDR Dissociative Disorders Task Force Guidelines*, in Shapiro 1995, 2001). Des exemples importants sont les violences interpersonnelles continues ou actuelles, la toxicomanie actuelle ou d'autres conduites autodestructrices, des crises de vie externes aiguës, les périodes de vie où la vie quotidienne requiert de l'énergie et une attention supplémentaires, la grossesse, le grand âge, la maladie physique grave, la psychose, des problèmes de caractère sévères qui empêchent le développement d'un cadre thérapeutique centré et collaboratif, la transition incontrôlée entre parties dissociatives, et le fait que le thérapeute représente la seule et unique figure d'attachement dans la vie du patient. Dans toutes ces situations, un travail de stabilisation supplémentaire est généralement nécessaire. Une alternative au travail de stabilisation à long terme dans ces cas est

proposée par Gonzalez et Mosquera (2012), dans leur approche dite *progressive*, décrite ci-dessous.

Traiter des sensations et des émotions perturbantes : un pont vers la Phase 2, le traitement des souvenirs traumatiques

L'approche progressive (Gonzalez & Mosquera, 2012) est un traitement graduel des expériences liées au souvenir traumatique, telles que des phobies dissociatives ou des émotions ou sensations perturbantes, plutôt que de traiter le souvenir traumatique lui-même (comme dans le protocole standard). En d'autres termes, l'attention est portée sur le fait de soulager la détresse causée par les "couches" extérieures du souvenir traumatique. Dans cette perspective, il n'y a pas de distinction claire entre la Phase 1 (stabilisation) et la Phase 2 (traitement des souvenirs traumatiques) du traitement orienté par phases, mais plutôt un processus décisionnel partagé et continu. Au cours de la phase de stabilisation, davantage de petits fragments d'actions liées au trauma sont graduellement ciblés suivant la capacité intégrative du patient, sa capacité à s'autoapaiser, et de la stabilité interne et externe. Le traitement de telles actions, telles que des émotions et des sensations liées au trauma, tout en évitant le souvenir traumatique lui-même, pourrait être considéré comme une intervention de la Phase 1, la stabilisation, préparant le patient à la Phase 2 (phases 3-8 en EMDR), le travail sur les traumas. Cependant, d'une certaine manière, il peut aussi se comprendre comme un "travail sur les traumas" car le thérapeute et le patient travaillent sur la "couche extérieure" du souvenir traumatique. Ces interventions ressemblent dans une certaine mesure à d'autres propositions formulées dans la littérature, telles que les protocoles de Knipe (2010) permettant de travailler sur les défenses psychologiques. Dans les termes de la TDSP, ceci implique de surmonter la phobie de la mémoire traumatique.

Stratégie du bout du doigt. Les émotions et sensations que contiennent les PE sont souvent, plus ou moins directement, liées à des souvenirs traumatiques. Ici, la stratégie du bout du doigt (SBD ; Gonzalez & Mosquera, 2012) peut être utile. Le but de la SBD est seulement de réduire certaines perturbations dans une PE qui bloquent la capacité de cette partie à devenir davantage orientée dans le présent, pour communiquer de manière plus collaborative avec d'autres parties et devenir davantage capable de réflexion. A l'aide de la métaphore de la main, dans laquelle la paume de la main se réfère au souvenir traumatique, la SBD cible seulement un petit

fragment d'une sensation, émotion ou croyance irrationnelle périphérique qui peut se représenter par "le bout du doigt". L'exemple de cas suivant illustre l'application de la SBD dans laquelle le patient est invité à simplement se centrer sur les expériences "au bout du doigt" pendant les stimulations bilatérales (SBA).

Brian est un homme de 41 ans qui manifeste des comportements agressifs qu'il relie à une voix hostile. Le thérapeute l'a aidé en tant que PAN à établir un dialogue avec cette PE masculine qui disait qu'inciter la PAN à frapper d'autres personnes l'aidait (la PE) à se sentir plus forte. La PE méprisait la PAN en raison de sa faiblesse : "Il n'est qu'une larve". Après d'intenses négociations, la PE a accepté de signer un contrat de "non-violence" jusqu'à la séance suivante. Quand le patient est revenu, il avait gravement blessé une autre personne. La PE disait qu'elle avait voulu respecter le contrat mais que la pression à l'intérieure d'elle avait été extrêmement intense et qu'elle avait explosé. La PE était d'accord pour traiter "une partie de cette pression" pour pouvoir se sentir plus en contrôle. La PAN était également d'accord pour laisser la PE travailler pendant les séances. La SBD était proposée en tant qu'expérimentation, la PE vérifiant si cela pouvait lui être utile. Le thérapeute a rappelé à la PE d'utiliser le signal stop si elle en ressentait le besoin.

Le thérapeute a alors demandé à la PE de se centrer sur "la partie de vos sensations internes où vous souhaitez un soulagement" et de signaler à la PAN et au thérapeute le moment où elle s'en apercevait. Quand le patient a signalé qu'il était prêt à commencer, le thérapeute a exécuté une courte série de SBA, dans l'attente que les SBA diminueraient l'activation affective. Puis le thérapeute a demandé à la PE comment elle se sentait et la PE a répondu que la pression était moindre. Deux séries ont été appliquées sans susciter d'association ou de prise de conscience significative. Après cette séance, la communication interne entre la PAN et la PE s'est améliorée et les accès d'agressivité ont cessé. Les sensations perturbantes de la PE étaient probablement liées à un souvenir traumatique mais le thérapeute n'a pas cherché de connexion particulière. Le but était seulement de réduire légèrement la pression. Toutefois, dans d'autres cas, il serait préférable de d'abord explorer la nature de la pression ou sa source : il pourrait s'agir de l'influence d'une partie imitant l'agresseur, par exemple, qui nécessiterait une attention particulière.

Comme pour toute autre intervention, il importe que la PE tout comme le système entier de parties dissociatives soient d'accord avec ce travail. L'application des SBA est effectuée par séries qui sont plus courtes

et lentes que d'habitude, et l'impact de chaque série devrait être évalué. S'il y a une diminution de l'intensité ou si le patient fait des associations adaptatives, des séries supplémentaires peuvent être réalisées. Si l'intensité émotionnelle augmente, des stratégies d'autoapaisement devraient être mises en œuvre. La SBD peut avoir des effets puissants, même avec une seule série de SBA. C'est pourquoi son utilisation initiale devrait toujours être prudente, le thérapeute gardant à l'esprit que "moins" est plus sûr que "plus".

Phase 2, traitement des souvenirs traumatiques : résoudre l'attachement insécurisé à l'agresseur

Quand les souvenirs traumatiques en lien avec les violences intrafamiliales sont réactivés et deviennent la cible du traitement, le conflit interne du patient entre l'attachement à l'agresseur et les défenses contre lui est exacerbé (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2005 ; Van der Hart et al., 2006). C'est pourquoi le thérapeute ne devrait pas monter le patient contre l'agresseur. Les PE considérées comme fixées dans le "pleur d'attachement" – un sous-système d'action de l'attachement visant à regagner l'attachement après la séparation d'avec une figure d'attachement que le patient a connue dans l'enfance – peuvent s'engager, pas dans des pleurs en tant que tels mais dans une forme d'agrippement, dans une dépendance inadaptée et dans une soumission envers l'agresseur. En même temps, d'autres parties dissociatives de l'individu peuvent éprouver de forts sentiments de haine, de colère, de honte ou de terreur envers l'agresseur familial et envers d'autres. Certains patients, en tant que PAN, peuvent se trouver enchevêtrés avec leur famille dans le présent, incapables d'établir des frontières et des limites saines. En favorisant la présentification, incluant l'orientation temporelle des parties dissociatives, le thérapeute doit explorer avec empathie *toutes* les émotions et les croyances conflictuelles entre les parties en lien avec le ou les agresseur(s), sans prendre parti, en se souvenant qu'une partie du patient peut avoir une vision de l'agresseur (e.g., "je hais mon père pour ce qu'il m'a fait !"), tandis qu'une autre partie adopte un tout autre point de vue ("J'aime mon père ! C'était le seul à la maison qui tenait à moi et qui m'a apporté un peu de chaleur !"). Le thérapeute devrait, avec empathie, aider cette partie à comprendre que le but du traitement (de l'intégration) des souvenirs traumatiques n'est pas de condamner le père comme étant entièrement mauvais, mais plutôt d'aider les parties à se libérer de l'expérience d'être figé dans le temps du trauma.

De plus, le patient a besoin d'aide pour développer une perspective intégrative concernant les parties attachées à des proches violents et les parties fixées dans des actions défensives contre ces mêmes personnes. Dans le temps du trauma, les deux types de réactions avaient une valeur de survie. Les SBA peuvent aider à favoriser une telle perspective intégrative entre les parties et donc une meilleure acceptation réciproque. Ceci peut être réalisé lorsque le patient est conscient des perspectives conflictuelles, en invitant le patient à se centrer simultanément sur les points de vue des différentes parties, et en ajoutant des séries courtes et lentes de SBA.

En apportant une psychoéducation concernant les frontières saines (Boon, Steele & Van der Hart, 2011), le thérapeute doit guider le patient dans l'établissement de frontières envers des personnes maltraitantes, afin d'assurer une sécurité émotionnelle et physique, malgré ces sentiments contradictoires. Quand le patient continue à être maltraité, le thérapeute doit le soutenir dans ses démarches pour se retrouver en sécurité.

Phase 2, traitement des souvenirs traumatiques : étapes et variations

Dans les cas de dissociation secondaire et tertiaire, l'application de la thérapie EMDR pour le traitement de souvenirs traumatiques peut varier considérablement d'un patient à l'autre, car les individus dissociatifs constituent un groupe très hétérogène. *Une adaptation donnée de l'EMDR peut très bien fonctionner pour un patient mais s'avérer inefficace ou même dysrégulante pour un autre.* Les thérapeutes doivent donc se montrer souples dans leur approche du traitement des souvenirs traumatiques, en disposant d'une variété d'outils et de techniques, et en gérant avec prudence les difficultés survenant dans la relation thérapeutique. Le thérapeute doit collaborer avec chaque patient individuel pour déterminer ce qui sera le plus efficace et le soutenable au sein d'un cadre thérapeutique stable.

Étapes du traitement (de l'intégration) des souvenirs traumatiques

Le traitement responsable des souvenirs traumatiques implique la division de cette tâche majeure en plusieurs étapes plus ou moins distinctes : une préparation étendue à la procédure ; un traitement EMDR au niveau de la synthèse guidée ; et un traitement EMDR au niveau de la réalisation guidée qui peut toutefois émerger spontanément au cours du traitement.

Etape 1 : Préparation

Une préparation minutieuse du traitement EMDR au niveau de la synthèse guidée maximise la probabilité que le travail procède à l'intérieur de la fenêtre de la capacité intégrative du patient, en minimisant le risque d'interférences incontrôlées (défensives) de la part de parties dissociatives au cours de la séance. Le thérapeute et le patient visent à prévenir les émotions véhémentes qui sont, par définition, à l'extérieur de cette fenêtre, ainsi que les conduites autodestructrices. Le thérapeute devrait donc envisager avec le patient les risques encourus pendant cette phase intensive du traitement. Les points à aborder comprennent les effets sur la vie quotidienne, le risque de passage à l'acte, les conséquences sur les relations sociales et le risque d'une envie irrésistible de répéter le trauma. Avant le démarrage des séances EMDR, le thérapeute doit définir avec le patient un plan déterminant comment faire face après la séance, incluant le repos et la sécurité, le soutien social, la prise de soin de soi appropriée et l'autoapaisement. Des séances planifiées plus longues peuvent être utiles, non pas pour augmenter l'intensité et la durée des expériences mais plutôt pour doser lentement les expériences traumatiques et laisser au patient tout le temps nécessaire pour s'ancrer à nouveau, se réorienter dans le présent, avant de quitter la séance.

La psychoéducation sur le processus d'intégration des souvenirs traumatiques en EMDR est nécessaire pour que le patient sache comment le processus d'intégration sera structuré et mené, quelles cibles seront abordées en premier et lesquelles n'arriveront que plus tard et pourquoi ; en d'autres termes, le déroulement du traitement. Une partie de ce plan de traitement EMDR peut correspondre à l'élaboration d'une ligne de vie pour situer chronologiquement les souvenirs traumatiques. Ceci peut être utile à travers l'établissement de regroupements en fonction des types d'expériences traumatiques et la détermination de l'ordre dans lequel ces expériences seront traitées (Lombardo, 2012 ; Morrow, 2008 ; Shapiro, 2001). Les critères de ces regroupements pourraient correspondre, entre autres, aux épisodes, aux agresseurs, aux registres de cognitions négatives (CN) et aux émotions impliquées. Cependant, le plus important est de rejoindre la classification propre au patient. L'ordre dépend aussi grandement des souhaits du patient et de la souffrance présente (causée par des souvenirs particuliers). Pour chaque regroupement, un souvenir représentatif ou un résumé des noyaux pathogènes créé par le patient peut être ciblé. Les parties observatrices peuvent y contribuer en employant une vision "hélicoptère".

Différentes manières de structurer le traitement de souvenirs traumatiques. Le traitement EMDR, au niveau de la synthèse guidée, peut s'accomplir d'une manière plus globale et rapide, ou d'une façon très graduelle, en fonction de la capacité intégrative et des préférences du patient. Cependant, la plupart des auteurs suggèrent un ciblage très graduel (e.g., Fine & Berkowitz, 2001 ; Gélinas, 2003 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; Knipe, 2010 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 1995, 2009 ; Twombly, 2000, 2005), en soulignant le besoin du patient de maintenir la stabilité, un sentiment de contrôle, une maîtrise, surmontant ainsi graduellement la phobie des souvenirs traumatiques. Un principe de base consiste à alterner fréquemment entre la Phase 2, traitement des souvenirs traumatiques, et la Phase 1, stabilisation.

La question de savoir par où commencer le traitement des souvenirs traumatiques a été traitée de diverses manières. Une bonne pratique peut être de commencer par une séance de traitement EMDR expérimentale ciblant un incident récent, léger et isolé, impliquant la PAN principale, avec les autres parties qui observent à distance. Ceci permet au patient de se familiariser avec la méthode et offre au thérapeute l'occasion d'évaluer les aptitudes du patient et sa manière particulière de traiter et de réguler les émotions.

Une stratégie similaire consiste à cibler un déclencheur présent plus récent qui interfère avec le coping. Cette stratégie peut déclencher des souvenirs traumatiques passés qui dépassent la capacité du patient. On peut prévenir l'évocation prématurée de souvenirs anciens en les identifiant préalablement et en précisant clairement que ces expériences peuvent être "marquées" pour un travail à venir mais ne seront pas ouvertes maintenant. L'accord doit être que si des expériences passées surgissent pendant le traitement, alors le patient avertira le thérapeute et ensemble ils mettront en œuvre des stratégies pour les contenir, par exemple en les plaçant dans des coffres-forts imaginaires. Dans tous les cas, des changements associatifs étendus devraient être évités et l'une des façons d'y parvenir consiste à revenir à la cible après quelques séries. Dellucci (2010) suggère de désensibiliser les déclencheurs présents avant de se centrer sur les souvenirs traumatiques d'événements passés ; ensuite elle cible généralement les souvenirs traumatiques les plus anciens. Hofmann et Mattheß (2011) proposent de commencer, non pas par un souvenir traumatique d'un événement récent ou ancien, mais par des événements perturbants futurs ; par exemple, une confrontation prochaine avec son chef, plutôt que le conflit sous-jacent avec son père auquel on pourrait accéder par un pont d'affect. Toutefois, la

plus grande prudence est de mise pour empêcher que cette stratégie déclenche prématurément des souvenirs traumatiques passés.

Une autre approche consiste à commencer par la synthèse du souvenir traumatique qui sous-tend actuellement le fardeau le plus lourd dans la vie quotidienne ou le problème principal évoqué par le patient (e.g., Leeds, 2009 ; Van der Kolk et al., 2007). Le thérapeute et le patient peuvent aussi choisir le regroupement de souvenirs associé aux croyances négatives sur soi les plus fortes et les plus nuisibles ou aux noyaux pathologiques : en cas de succès, ceci peut impliquer un changement positif énorme par effet de généralisation, mais il faut être confiant que ce défi n'en demande pas trop au patient. Enfin, plutôt que de suivre un ordre particulier, avec certains patients il vaut mieux cibler chaque fois le souvenir qui l'ennuie le plus, en suivant son processus interne naturel. Dans de tels cas, une PAN à haut fonctionnement avec une capacité intégrative élevée doit avoir le contrôle. En général, les thérapeutes pourraient se montrer prêts à s'appuyer davantage sur les capacités de leurs patients, incluant leur "source interne de sagesse" (Krakauer, 2001) que sur leur propre plan de traitement défini. Cependant, ils doivent aussi s'assurer de maintenir une certaine forme de structure et de direction. Un équilibre dynamique entre flexibilité et structure, entre la conscience du patient de ses problèmes et capacités, et la capacité du thérapeute à percevoir et à comprendre l'esprit (*mindsight*), peut guider l'avancement du travail sur les traumatismes. Un exemple provenant de la littérature sur l'EMDR est le "Modèle développemental stratégique pour l'EMDR" de Kitchur (Kitchur, 2000 ; voir aussi Gélinas, 2003), mis au point pour le traitement de l'ESPT complexe. Se basant sur la collaboration avec le patient et en s'adaptant à ses caractéristiques particulières, elle trace une trajectoire sur une carte afin de traiter les cibles en suivant une séquence développementale. Son idée est que, pour des raisons de protection, les parties plus jeunes ne devraient pas être invitées à "participer au travail thérapeutique qui appartient à une étape développementale ultérieure" (p. 6). (Cependant, on peut également accomplir ceci en demandant à ces parties de rester dans des lieux sûrs internes lorsque les cibles à traiter impliquent les souvenirs traumatiques de parties plus âgées.)

Exploration du souvenir cible. Si possible, il est utile de préparer le patient en explorant cognitivement le contenu général du souvenir traumatique, incluant son début et sa fin (empêchant les patients de "se trouver coincés au milieu"), ainsi que des aspects particuliers qui sont les plus menaçants, appelés

noyaux pathogènes (Van der Hart et al., 2006) ou *hot spots* (Brewin, 2003). Le concept selon lequel des aspects du souvenir peuvent être pathogènes se réfère à l'observation clinique que leur omission pendant le traitement résulte en une prolongation du souvenir traumatique. Une discussion prudente devrait avoir lieu pour déterminer quels aspects ou dimensions du souvenir traumatique devraient être traités en premier et lesquels devraient suivre (dans certains cas, ceci doit être réalisé de manière très détaillée ; voir les textes suivants, sous le titre "Traitement fractionné"). Ceci se passe généralement le mieux avec l'aide des parties (observatrices) qui peuvent décrire le souvenir dans une perspective objective à la troisième personne sans susciter de reviviscence.

Les parties qui ne sont pas encore prêtes à participer devraient se retirer dans leur lieu sûr avant la discussion cognitive de l'événement. Le patient et le thérapeute discutent de et s'entendent sur les sphères de vie (e.g., travail, parentalité) et les parties dissociatives associées qui devraient être protégées de l'expérience actuelle de synthèse, si nécessaire et possible. En d'autres termes, il faut insister lourdement sur la prise de décision concernant les parties dissociatives qui seront présentes pendant le traitement et celles qui devraient rester dans leur propre lieu sûr interne. Van der Hart et Boon (1997) ont présenté l'exemple de Betty, une patiente de 32 ans, à haut fonctionnement, atteinte d'un TDI, qui, tout en se portant bien au cours de la Phase 1 (stabilisation), a commencé à souffrir de crises nocturnes lors desquelles une PE a essayé de s'étrangler à l'aide d'un bas nylon. Les autres parties dissociatives restant dans leur lieu sûr, une partie observatrice a pu raconter au thérapeute que ceci impliquait des remises en actes nocturnes d'une période de 6 mois, à l'âge de 15 ans, au cours de laquelle elle fut maltraitée de manière sadique par un petit ami. Cette partie et le thérapeute ont établi que 10 noyaux pathogènes pouvaient être distingués et devaient être ciblés un par un, incluant les peurs anticipatrices et la pire douleur. Ils ont également déterminé quelles parties allaient être présentes et lesquelles devaient rester dans leur propre lieu sûr au cours du traitement. La synthèse réussie de ces 10 cibles a pris 20 minutes en tout.

Le fait de ne pas investiguer quelles parties étaient, de diverses manières, impliquées dans le trauma cible peut conduire à des surprises douloureuses qui auraient pu être empêchées : le patient peut continuer à être excessivement activé parce que d'autres parties restent coincées dans cette expérience traumatique.

Déterminer les rôles respectifs des parties. Pour certains patients atteints de TDI ou de TDNS, le travail

de la Phase 1 sur la stabilisation, la réduction des symptômes et l'apprentissage de compétences aura été suffisant pour que toutes les parties dissociatives puissent participer simultanément à la synthèse (au traitement). Pour la plupart des patients, le contenu mis à part, la planification se centre sur des décisions déterminant quelles parties devraient participer initialement au traitement d'un souvenir traumatique donné (ou d'une série de souvenirs traumatiques associés) : (a) les PE qui contiennent des aspects du souvenir traumatique, c'est-à-dire les parties qui étaient actives pendant l'événement traumatisant et qui sont coincées dans des actions de fuite, de lutte, de sidération et/ou de soumission totale par exemple ; (b) les parties (PAN et PE) avec lesquelles le souvenir peut être partagé au cours du traitement EMDR ; et (c) des parties qui peuvent jouer un rôle aidant selon le (sous-)système d'action qui détermine leurs actions – comme offrir du courage, de la structure ou du réconfort – pendant ou juste après la synthèse. Par exemple, l'apport de soins et de réconfort sera au mieux fourni par une PAN mue par, au minimum, le système d'action de prise de soin. Aussi, des décisions peuvent être prises concernant les parties qui ne devraient pas participer et qui pourraient se rendre à un lieu sûr ou à une "autre pièce". Par exemple, des parties enfants qui pourraient initialement ne pas vouloir ou avoir besoin d'être présentes lors du traitement d'une interaction négative avec le parent et qui pourraient être emmenées dans un lieu sûr par une partie dont le rôle est de prendre soin des autres.

En résumé, une préparation prudente et exhaustive des séances EMDR pour les patients dissociatifs est essentielle au succès et à la prévention des complications. Bien que toute la Phase 1, stabilisation, puisse être vue comme une préparation à la Phase 2, traitement des souvenirs traumatiques, le travail préparatoire particulier mentionné ici peut demander plusieurs séances.

Etape 2 : le traitement EMDR au niveau de la synthèse guidée

Il s'agit d'une approche thérapeutique modulée et contrôlée, utilisant le protocole EMDR standard (ou autant que possible), dans laquelle le patient dans son ensemble ou des parties dissociatives sélectionnées reçoivent de l'aide pour rester orientées dans le présent tout en synthétisant (traitant) simultanément le souvenir traumatique, c'est-à-dire avec ses composants cognitifs, affectifs, sensorimoteurs et comportementaux. Le traitement à ce niveau est un effort guidé de réactivation collaborative et contrôlée du

souvenir traumatique et des PE impliquées. Chaque détail du souvenir traumatique n'a pas besoin d'être partagé ou traité. Ce qu'il est essentiel de partager, ce sont les noyaux pathogènes, c'est-à-dire les aspects les plus menaçants de l'expérience traumatique que le patient a jusque-là évités à tout prix. Un noyau pathogène souvent négligé correspond à l'expérience de la honte, une émotion invalidante que les patients ne rapportent généralement pas de leur propre initiative. Ainsi le thérapeute devrait interroger l'expérience de honte du patient (Kluft, 2013). Au cours du traitement EMDR, les PE impliquées partagent leurs expériences respectives – les actions mentales et comportementales et leur contenu – de l'événement traumatique les unes avec les autres ainsi qu'avec d'autres parties identifiées. Ces parties doivent être capables de rester orientées dans le présent et vers le thérapeute.

Dans l'identification du noyau pathogène, il importe de coller à l'expérience du patient plutôt que de suivre l'avis seul du thérapeute. La thérapie de Nadia, souffrant de négligences émotionnelles sévères et de violences sexuelles de la part de son père, en thérapie pour un ESPT complexe (dissociation secondaire de la personnalité), apporte un exemple. Après une période de travail de la Phase 1 (stabilisation), la cible de la toute première séance d'EMDR (un essai) était le souvenir d'un accident. L'image était d'elle-même, allongée avec une jambe gravement blessée sous un véhicule énorme juste après un accident de la circulation ; un pneu très grand appuyait sur sa jambe. Elle a rapporté un SUD (unités subjectives de perturbation) de 8. Le thérapeute était étonné par la réponse de Nadia quand il l'a interrogée sur la cause du niveau du SUD dans cette image. Ce qui la perturbait le plus, ce n'était pas le pneu énorme qui venait de détruire sa jambe, mais sa mère qui courait vers elle. (Cet exemple indique également l'importance d'interroger comment l'événement traumatisant s'est terminé.)

Maintenir le patient dans la fenêtre de tolérance. La vitesse du traitement EMDR peut aussi être réglée en utilisant des séries de SBA plus lentes et plus courtes (Forgash, 2010 ; Shapiro, 2001), en parlant davantage et/ou en faisant de l'ancrage entre les séries de SBA, et en revenant plus souvent à la cible. Le thérapeute devrait garder à l'esprit que mêmes ces séries courtes peuvent avoir des effets intenses et il devrait être prêt à employer différentes interventions pour aider le patient à demeurer dans les limites de sa fenêtre de tolérance ou de sa capacité intégrative. Dans le cas de l'hyperactivation, il peut être utile d'ancrer le patient à l'aide d'exercices de stabilisation appris en Phase 1, stabilisation. Si le patient est stable, le thérapeute peut demander quelle partie est activée et quel

est le problème. Il se peut qu'une orientation dans le temps, un renforcement de la compassion ou un engagement thérapeutique accru avec le thérapeute soient nécessaires. De plus, des suggestions peuvent être formulées aux parties, les invitant à se rendre dans leur lieu sûr et à faire appel à des ressources selon leurs besoins. Quand le patient devient hypoactif, ce qui peut relever du souvenir traumatique ciblé, le thérapeute devrait continuer à parler et à fournir des repères pour l'ici-et-maintenant. L'installation constante de l'orientation dans le présent et de la sécurité (*Constant installation of present orientation and safety* [CIPOS] ; Knipe, 2007) est une stratégie avec laquelle le thérapeute peut continuellement aider le patient à demeurer ancré dans le présent avec un sentiment de sécurité. L'ancrage et le sentiment de sécurité dans le présent sont enseignés pendant la Phase 1, stabilisation (phase 2 EMDR, préparation) et peuvent être utilisés au besoin au cours de la phase de désensibilisation (phase 4 EMDR) du traitement. Aussi, le thérapeute peut aider le patient à revenir à la cible, en utilisant éventuellement un toucher approprié pour aider à apaiser le patient, en se concentrant sur les sensations corporelles ou en demandant à des parties assistantes ce qui aide à se reconnecter au souvenir traumatique. En cas d'hypoactivation sévère (effondrement), lorsque le patient paraît entièrement incapable de communiquer, le thérapeute pourrait toucher un doigt (si cela a fait l'objet d'une entente antérieure) et demander aux parties internes de lever le doigt un petit peu quand elles ont besoin que le thérapeute continue. Cependant, l'intervention la plus utile à cet égard consiste à empêcher la survenue de tels effondrements. Le patient peut apprendre à détecter les signes subtils de la déconnexion, de l'hypoactivation et de l'hyperactivation, et à utiliser ces signes comme des substituts du signal "stop" que les patients sévèrement traumatisés peuvent trouver trop difficiles à communiquer clairement au thérapeute (Gonzalez & Mosquera, 2012). Un travail court mais respectueux, contrôlé et gérable est toujours préférable, plutôt que de trop en faire, et il faut souvent le rappeler au patient.

Il est important de rappeler aux patients qu'ils n'ont "besoin de partager que ce qui est nécessaire pour permettre de savoir, de comprendre et de guérir." Le fait de prendre de brèves pauses pour se reposer (en suggérant par exemple : "vous pouvez relâcher toute tension, sachant que vous êtes en sécurité en ce moment et à cet endroit"), avec des suggestions pour une respiration contrôlée, ainsi que des conseils sur le respect et le maintien de ses propres frontières, tout en demandant que le patient hoche la tête ou dise "oui"

quand il est prêt pour le tour suivant. Ce dernier point est particulièrement important parce de nombreux survivants de maltraitances et de négligences infantiles chroniques n'ont jamais connu de respect de leurs frontières ou de leurs limites.

Même quand des parties qui ne devraient pas être présentes sont dans leur lieu sûr et que d'autres souvenirs traumatiques sont contenus dans un coffre-fort imaginaire, il demeure un risque important avec certains patients que le traitement d'un souvenir particulier activera sans le vouloir d'autres souvenirs non résolus qui appartiennent aux parties impliquées dans le traitement. Dans ces cas, il est fort utile pour le thérapeute de souligner de manière répétée que seul ce souvenir particulier (ou cette partie du souvenir), désigné(e) par son nom, est en train de s'intégrer – et rien d'autre.

L'orientation dans le temps des parties excessivement activées (e.g., "Cette partie sait-elle que le danger est terminé et qu'il n'existe plus maintenant ?") peut aussi être aidante (Forgash, 2010 ; Twombly, 2005, 2010), tout comme des suggestions hypnotiques pour la distorsion temporelle, telles que le fait d'éprouver le traitement réel (synthèse) comme beaucoup plus court que la durée réelle et de vivre les pauses comme beaucoup plus longues que leur durée réelle, peuvent aussi s'avérer utiles. Diverses suggestions et de l'imagerie pour la guérison peuvent être proposées vers la fin du traitement (synthèse).

En ce qui concerne la clôture de la séance d'une manière qui permet au patient de quitter le cabinet en étant suffisamment orienté dans le présent, les thérapeutes feront bien d'appliquer la règle des tiers de Kluft (1993a) : commencer la séance avec la PAN principale sur les problèmes dans l'ici-et-maintenant ; travailler ensuite avec les parties (e.g., le traitement du souvenir traumatique) ; et ensuite aider le patient à atteindre une clôture et une réorientation nécessaire qui implique que la PAN arrivée à la séance retrouve le contrôle exécutif.

Traitement fractionné (synthèse guidée). Ceci est en lien avec un série de techniques beaucoup plus graduelles – appelées *abréaction fractionnée* par Kluft (1990, 2013), qui en est le pionnier et qui introduisait diverses interventions hypnotiques dans leurs applications – parmi lesquelles la synthèse (le traitement) d'un souvenir traumatique ou d'une série de souvenirs traumatiques est divisée en un nombre d'étapes plus réduites, qui peuvent couvrir plusieurs et même de nombreuses séances (Fine, 1993 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; Kluft, 1989, 1990a, 1990b, 1997, 2013 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Van der Hart et al., 2006 ; Van der Hart, Steele, Boon, & Brown, 1993).

Une telle approche est indiquée lorsque la capacité intégrative et la tolérance à l'anxiété du patient sont limitées, mais que la tâche d'intégration d'un souvenir traumatique donné semble inéluctable (Kluft, 1990a, 2013).

Les variations du traitement fractionné (au niveau de la synthèse guidée) sont illimitées. Par exemple, le traitement peut initialement se limiter aux aspects sensorimoteurs des expériences traumatiques de la PE, faisant partie d'une *approche dite ascendante* (Ogden et al., 2006), suivis par les émotions impliquées et les CN. Le traitement peut même se limiter à une seule dimension sensorielle ou émotionnelle à la fois, telle que la douleur, la peur ou la colère. Cela peut également impliquer le partage des expériences d'une seule PE à la fois, appartenant à un souvenir traumatique plus général (e.g., d'abord l'expérience de la PE de lutte (plutôt que d'une PE de fuite) ; ou un segment de temps donné de l'expérience traumatique.) Parfois la structure dissociative du patient autour des souvenirs traumatiques fournit d'excellents points de départ. Par exemple, une patiente atteinte de TDI avait plusieurs PE qui conservaient des segments des violences sexuelles initiées par son père quand elle était une petite fille : la partie mains, la partie seins, la partie bouche, et ainsi de suite. Les séances se sont centrées de manière séquentielle, commençant par la partie mains, tandis que les autres parties demeuraient dans leur lieu sûr.

Avec des souvenirs ou des sensations (telles que la douleur) très intenses émotionnellement, le thérapeute peut structurer le traitement avec des séries plus courtes de SBA (par exemple, 5 ou 10 mouvements). Cependant, pour certains patients, des séries plutôt longues les aident à traiter complètement un souvenir intense, leur permettant de traverser le niveau d'activation le plus intense. Il est important que le thérapeute ajuste finement les SBA selon les réponses du patient et sa tolérance aux affects. Dans ce contexte, le traitement EMDR est une "danse" entre patient et thérapeute, la vitesse des SBA, la longueur des séries et le rythme déterminés étant déterminés par les réponses du patient. Enfin, des suggestions peuvent être formulées pour un partage très graduel ou lent des affects au cours du temps, entre les séances, par exemple, 5% de l'affect total par jour ou 1%–2% de la douleur en lien avec un souvenir traumatique donné (Kluft, 1990b).

Tissages cognitifs. Les tissages cognitifs sont conçus pour favoriser le traitement en établissant le lien avec des associations adaptatives lorsque le traitement du patient est bloqué ou que le patient sort de sa fenêtre de tolérance (e.g., Fine, 2010 ; Fine &

Berkowitz, 2001 ; Gélinas, 2003 ; Shapiro, 2001). Ainsi, ils ne sont pas considérés comme des formes de traitement ou de synthèse fractionnés. Ils ne sont pas non plus destinés à restreindre l'intensité ou la quantité d'expériences à intégrer. Souvent, des tissages cognitifs répétés – visant le processus ou le contenu – sont nécessaires pour encourager cette mise en lien avec des informations adaptatives, c'est-à-dire les actions mentales adaptatives de la PAN. Ceci est particulièrement pertinent dans les cas de bouclage et de blocage au cours du traitement. Les tissages doivent intervenir au bon moment pour être efficaces ; c'est-à-dire que, dans le moment de confusion, par exemple, concernant la temporalité et la réalité des expériences lors du traitement. Des exemples de tissages concernant l'orientation temporelle sont les suivants : "Pouvez-vous remarquer en quelle année nous sommes ?", "Quel âge avez-vous maintenant ?", "Ça s'est passé il y a combien de temps ?", "Souvenez-vous que tout ça c'est du passé", "Vos parents sont décédés maintenant." En plus de l'orientation temporelle, les tissages sur la prise de soin de soi sont également utiles.

Par exemple, "De quoi cette partie a-t-elle besoin d'après vous ?" et "Comment pourriez-vous l'aider ?" Parfois, des tissages psychoéducatifs sont utiles, non seulement pour favoriser le développement d'une perspective adulte plus adaptative, mais aussi pour aider le patient à acquérir un sens plus fort de la présence sûre et soutenante du thérapeute et, avec le temps, pour encourager une pensée réflexive et une perspective générale. Par exemple, "la PE qui a gardé tout ça fait partie de vous", "En effet, c'est à vous que c'est arrivé", et "Vous avez grandi et vous êtes en sécurité maintenant."

Les tissages sensorimoteurs, dans la continuité de Janet (1919/1925) ont inspiré des interventions "actes de triomphe" dans la psychothérapie sensorimotrice (Ogden et al., 2006) qui peuvent être utiles dans certains cas. Cela implique d'aider les patients à mener à leur terme des mouvements corporels qui ont débuté sous forme d'actes défensifs inachevés au cours d'expériences traumatiques. Un bref exemple concerne une femme dont tous les muscles du bras droit étaient toujours très tendus : elle ne pouvait les détendre que lorsqu'elle initiait et achevait les mouvements qu'elle a effectués lorsqu'elle était violée enfant (i.e., étirer son bras, serrer le poing pour tenir l'agresseur à distance). De plus, lorsque le traitement est bloqué ou que le patient sort de sa fenêtre de tolérance, le thérapeute peut aider le patient à vérifier intérieurement à l'aide du lieu de rencontre et à évaluer si une ou plusieurs parties sont trop activées, protestent ou si une nouvelle partie a rejoint les autres.

En résumé, en utilisant un cadre cognitif et la phase de préparation telle que décrite ci-dessus, diverses adaptations de l'EMDR peuvent être très efficaces pour la synthèse (le traitement) des souvenirs traumatiques chez des patients présentant une dissociation complexe.

Comment contenir entre les séances. En général, dans les séances EMDR suivantes, le traitement devrait inclure tout aspect restant du souvenir traumatique précédemment ciblé qui n'aurait pas encore été partagé. Pendant la phase de clôture du traitement EMDR (phase 7 du protocole EMDR de base), des précautions sont prises pour que ces aspects restants ne submergent pas le patient entretemps. Des exemples de manières de contenir sont le fait de conserver ces aspects dans un coffre-fort imaginaire et d'obtenir l'accord des parties dissociatives de ne pas les partager ou divulguer entre elles entre les séances. Le patient devrait être reconnu et félicité pour le travail difficile de collaboration accompli jusque-là. Un rappel des stratégies pour le confort et la gestion des émotions entre les séances est essentiel. Après les séances EMDR, il peut être utile de prévoir un contact bref de suivi par téléphone ou par courriel (une façon de contenir). En plus de tenir un journal pour y noter d'autres souvenirs, déclencheurs, rêves, et ainsi de suite, il peut être utile de donner une tâche à réaliser qui renforcerait la capacité du patient à contenir ce qui doit l'être, par exemple en cherchant à savoir ce dont ont besoin les parties qui ont travaillé si fort pendant la séance et à trouver des manières de répondre à ces besoins ; ainsi on peut demander à la PAN de consoler et de reconforter une partie enfant qui a éprouvé et décrit beaucoup de chagrin lors de la séance. Une préparation à la maison pour la séance suivante peut aussi être utile. Par exemple, les PAN pourraient se renseigner pour savoir quelles parties devraient participer à la séance suivante et ce dont elles auraient besoin pour participer au traitement EMDR. De plus, une bonne pratique implique toujours de suggérer au patient de chercher un équilibre entre le travail intégratif d'un côté et le travail, les tâches quotidiennes, le repos et les loisirs de l'autre.

Etape 3 : le traitement EMDR au niveau de la réalisation guidée

Pour que le souvenir traumatique devienne un souvenir autobiographique pleinement narratif, il doit être réalisé. La réalisation est une action mentale spontanée fréquente observée au cours du retraitement. Cependant, lorsque le patient présente une dissociation complexe, le thérapeute doit souvent

aider le patient à réussir cette intégration d'un ordre supérieur. Ainsi, après la synthèse, le clinicien devrait évaluer les niveaux de réalisation et poursuivre la thérapie en ce sens si nécessaire. Après tout, la raison fondamentale, chez la plupart des patients, pour laquelle un souvenir traumatique donné continue à exister est la phobie de la réalisation. Ceci est illustré par une mère avec un deuil traumatique qui, un an et demi après la mort soudaine de son fils unique, a déclaré : "L'idée qu'il ne sera plus jamais là, je ne la laisse pas pénétrer mon esprit. Sinon on devient fou. Sinon on n'aurait en effet plus envie de vivre." (De Volkskrant magazine, 24 décembre 2011). Cette phobie de la réalisation peut constituer une cible pour le retraitement à venir, accompagné de tissages cognitifs en lien avec la présentification et la personnification.

Quand le patient est capable de maintenir ces actions de haut niveau vis-à-vis du trauma passé, il peut rester dans le présent en donnant un récit cohérent et souple d'un événement traumatisant, sans le revivre ni se dépersonnaliser. Le fait de s'engager dans des actes de réalisation renforce la capacité à changer et à s'adapter dans le présent. Avec le temps, le patient dans son ensemble réalisera que l'événement s'est produit et qu'il est maintenant terminé, que le présent effectif est différent du passé et beaucoup plus réel et que l'événement fait partie de son histoire de vie et a eu, et pourrait continuer à avoir, certaines conséquences sur sa vie. Le récit doit encore être intégré au sein de la personnalité et de chacune de ses parties. Les souvenirs peuvent être ciblés plusieurs fois à l'aide du traitement EMDR afin d'engendrer une telle synthèse et une telle réalisation. Chaque fois qu'un souvenir traumatique est ciblé, d'autres parties qui étaient impliquées peuvent participer, préférablement dans un ordre convenu, et des niveaux plus profonds de réalisation et de sens peuvent se développer. La nécessité de cibler les souvenirs traumatiques de manière continue afin de traiter ou d'intégrer tous les canaux associatifs et les parties dissociatives impliquées (incluant les divers niveaux de synthèse et de réalisation) constitue généralement l'une des différences entre le fait de traiter une traumatisation précoce chronique et celui de traiter un épisode traumatisant unique.

Traitement de la Phase 3 : (Ré)intégration de la personnalité et réhabilitation

Lorsqu'un travail suffisant a été réalisé dans la Phase 2, le traitement des souvenirs traumatiques, et que la phobie de la mémoire traumatique a été largement surmontée, le patient a le plus souvent acquis une capacité intégrative générale plus importante. Ensuite,

la Phase 3, la (ré)intégration de la personnalité et la réhabilitation, peut être initiée. La réalisation du passé doit comprendre des nouvelles images de soi, des personnes s'occupant du patient et du monde. Les buts principaux de la Phase 3 sont les suivantes : (a) surmonter la phobie de la fusion qui caractérise certains patients ; (b) le travail de deuil concernant toutes les pertes que le patient a subies et dont il continue à souffrir en lien avec la traumatisation ; et (c) surmonter d'autres phobies qui empêchent un développement personnel supplémentaire. Un quatrième but, également bien connu dans la thérapie EMDR dans une perspective de traitement adaptatif de l'information (TAI), est celui d'atteindre une résolution appropriée, adaptative et écologique des plaintes ; d'incorporer de nouvelles compétences, de nouveaux comportements, de nouvelles croyances sur soi ; et d'optimiser la capacité des patients à répondre de manière adaptative dans le contexte actuel de leur vie et à l'avenir (Shapiro, 2001). Dans certains cas moins complexes, ces buts peuvent être atteints spontanément après le retraitement EMDR des souvenirs, mais dans la plupart des cas ils requièrent une attention particulière.

Surmonter la phobie de la fusion

Chez de nombreux patients, certaines parties dissociatives impliquées dans l'intégration d'un souvenir traumatique donné peuvent s'unifier et ne devenir qu'une (Kluft, 1993b, 2013 ; Twombly, 2000), le résultat immédiat du traitement EMDR au niveau de la synthèse et de la réalisation. D'autres parties possèdent une histoire de vie plus étendue et une gamme d'expériences plus vaste. Pour elles, un processus naturel de partager de plus en plus de ces expériences peut se produire, finissant par résulter en une fusion spontanée sans nécessiter d'intervention thérapeutique spécifique. D'autres parties peuvent tirer bénéfice d'un rituel de fusion imaginaire, tel que le fait d'imaginer qu'elles s'embrassent et ne deviennent qu'une (Kluft, 1993b ; Van der Hart et al., 2006).

Comme une personnalité plus fluide et moins dissociative se développe, les parties dissociatives deviennent davantage orientées vers le présent (sûr), la PAN principale vit de plus en plus les autres parties comme des parties de soi, l'amnésie entre parties diminue. Les PE ont moins besoin de rester fixées dans des actions défensives et d'autres réactions automatiques aux déclencheurs. Les PE vont contribuer à la vie quotidienne et les PAN seront davantage capables de gérer les émotions, et un processus naturel d'unification graduelle a lieu. Cependant, certains patients, ou certaines parties particulières, restent investis dans

la séparation entre les parties et possèdent donc une phobie de la fusion. Par exemple, les thérapeutes devraient être conscients que l'une des raisons pour lesquelles la phobie de la fusion peut réapparaître est qu'une ou plusieurs parties possèdent des souvenirs traumatiques que les patients en tant que PAN voudraient éviter à tout prix, comme les souvenirs impliquant la réalisation la plus douloureuse que leur propre mère les a rejetés dès la naissance ou même avant, ou des occasions où le patient (en tant que PE) a agressé ses propres enfants. Quand c'est le cas, un retour vers la Phase 2, traitement de la mémoire traumatique, finit par s'imposer. Mais certains patients ont besoin de temps avant d'être prêts à affronter ces défis existentiels ; en attendant, ils investissent leur attention et leur énergie dans la consolidation de leurs acquis antérieurs.

Dans la mesure où cette phobie existe toujours dans la Phase 3, l'intégration de la personnalité, l'exploration de la peur et le ciblage direct de cette peur à l'aide de SBA (e.g., des stratégies pour surmonter les phobies dissociatives, décrites auparavant) peuvent être utiles. On peut aussi demander au patient de créer une image de la manière dont il imagine les résultats futurs de l'intégration de la personnalité et en faire une cible en EMDR, surmontant (traitant) ainsi la peur de la fusion. Cette procédure est similaire au protocole des flash-forwards (Logie & De Jongh, 2014). Toutefois, avec les patients dissociatifs, les thérapeutes doivent se montrer prudents pour qu'ils ne sentent pas forcés d'imaginer cet avenir. Les phobies de la fusion peuvent submerger. Une petite expérimentation où le patient imagine qu'une partie éprouve ce que pourrait être la fusion peut aider une partie à décider si elle souhaite poursuivre cette procédure.

Quels que soient les chemins vers l'unification de la personnalité, la plupart des patients avec une personnalité complètement intégrée sont plus résilients en affrontant des événements de vie stressants que les patients qui ont décidé de ne pas y aller jusqu'au bout (Kluft, 1993b). Ceci confirme la notion selon laquelle le fait de surmonter graduellement la phobie de la fusion demeure un principe thérapeutique essentiel.

Travail de deuil

Quand les patients progressent en thérapie, ils peuvent éprouver des moments de soulagement et de joie. Les thérapeutes devraient rester conscients que de telles expériences peuvent alterner avec un chagrin renouvelé concernant les pertes subies, à mesure que les patients réalisent de plus en plus ce qui leur a manqué si longtemps. La thérapie du deuil est une approche

essentielle durant toutes les phases, mais particulièrement dans la Phase 3, la (ré)intégration de la personnalité et la réhabilitation, lorsque la pleine réalisation des pertes se produit (Van der Hart et al., 1993) et que les patients affrontent le défi encore plus difficile de l'acceptation et de la résignation (Janet, 1919/1925). La réalisation de ces actes peut être favorisée en ciblant ces pertes (Shapiro, 2001). Ceci peut se réaliser à l'aide du protocole standard, en ciblant les moments où les pertes ont été réalisées. Les thérapeutes doivent aussi soutenir les patients en soulignant que le deuil fait partie de la guérison. Les patients confrontent leur enfance perdue qui ne pourra jamais être retrouvée ; la solitude existentielle et la douleur qui ont été endurées et qui doivent continuer à l'être ; les relations perdues, dont le fait pour certains de ne pas avoir pu avoir de compagne/compagnon ni d'enfant, le temps, la formation, les emplois et l'argent ; quand ils ont des enfants, tout ce qu'ils n'ont pas pu leur donner ; et le fait qu'ils ont plutôt dépensé tant d'énergie à éviter ou à lutter contre les séquelles de la traumatisation chronique. Un tel deuil implique des émotions intenses de perte, de douleur, de tristesse, de remords, de peine profonde, de désespoir et de panique, conduisant parfois à des crises existentielles accompagnées de tendances suicidaires (Van der Hart et al., 1993).

Certains patients éprouveront intérieurement du chagrin parce qu'ils ont perdu la relation avec leurs parties dissociatives alors qu'ils ont encore du mal à être en lien avec les autres. Ainsi, pour eux, l'unification de leur personnalité implique temporairement une augmentation de leur solitude.

Surmonter les phobies de la vie normale

Les phobies en lien avec la vie normale sont plus évidentes au cours de cette période, représentant des défis particuliers. L'apparition de ces phobies peut expliquer des crises autrement incompréhensibles chez certains patients qui évoluaient bien.

Surmonter la phobie de la prise de risque saine et du changement. La phobie de la prise de risque saine et du changement trouve son origine dans des expériences de vie (précoces) lors desquelles la prise de risque et le changement finissaient de manière catastrophique, résultant également en une capacité intégrative réduite qui rendait l'adaptation aux circonstances toujours changeantes extrêmement difficile ou impossible. En effet, ils ont évité de nombreux aspects de la vie, ou n'ont pas les compétences adaptatives nécessaires, alors que maintenant ils doivent les affronter. Après le traitement (l'intégration) de traumatismes passés et de déclencheurs présents, le patient peut se trouver libéré

et apprendre de nouvelles compétences et manières d'interagir avec le monde qui n'ont pas été acquises dans l'enfance. Le développement et installation de ressources (DIR ; Korn & Leeds, 2002) et les scénarios futurs peuvent apporter au patient ce dont il a besoin pour affronter les défis de la vie, s'engager dans la vie et vivre une croissance développementale (Gélinas, 2003 ; Shapiro, 2001). Le travail avec les flash-forwards (i.e., des images catastrophiques de scénarios de fin imminente concernant une confrontation future avec un objet ou une situation) peut libérer le patient des expériences qui ont maintenu la phobie de la vie normale (Logie & De Jongh, 2014).

Surmonter la phobie de l'intimité. Les patients doivent aussi surmonter leur phobie de l'intimité qui trouve son origine dans des expériences infantiles traumatiques de trahison de la part des parents et d'autres gardiens (Freyd, 1996), souvent répétées par des partenaires par la suite. L'intimité peut revêtir diverses formes, notamment émotionnelle, physique (non sexuelle) et sexuelle. La phobie de l'intimité peut être liée à certaines ou à toutes ces formes (Steele et al., 2005). Dans une certaine mesure, cette phobie a été abordée lors des phases thérapeutiques antérieures, dans la relation thérapeutique qui, on peut l'espérer, a offert l'expérience d'un attachement sécurisé. Dans la Phase 3, la (ré)intégration de la personnalité et la réhabilitation, un but particulier consiste à surmonter cette phobie en ce qui concerne d'autres individus. Les patients peuvent lutter aux prises d'un sentiment d'insécurité dans de nouvelles relations sûres et en se sentant moins insécurisés dans les vieilles situations et relations familiales non sûres. Il faut les aider à surmonter la peur de l'intimité émotionnelle avant celles de l'intimité physique et de l'intimité sexuelle, car ces deux dernières nécessitent que l'intimité émotionnelle soit possible. Pour vivre une intimité émotionnelle de manière saine, les patients doivent apprendre à établir de bonnes limites et frontières personnelles mais aussi à respecter les frontières des autres (Boon et al., 2011). Des frontières efficaces réduisent la phobie de l'intimité, apportant un certain sentiment de contrôle personnel et rétablissant l'équilibre du pouvoir dans les relations (Steele et al., 2005).

Les ressources

Le DIR peut être très aidant dans le développement des compétences nécessaires dans tous les cas d'acquisition d'aptitudes et de croissance personnelle (Gélinas, 2003 ; Korn & Leeds, 2002). Comme mentionné auparavant, les scénarios futurs peuvent permettre des réponses plus efficaces et adaptatives

aux événements stressants futurs (Hofmann & Mattheß, 2011 ; Shapiro, 2001).

En général, il se produit des aller-retours assez spontanés vers la Phase 3, la (ré)intégration de la personnalité et la réhabilitation, car souvent les patients souhaitent de plus en plus “avancer dans leur vie” dans le présent. Le progrès se manifestera dans la capacité à initier, réaliser et mener à leur terme de plus en plus d’actions intégratives dans leur vie quotidienne, provoquant de la joie et du soulagement. Ceci les aide à augmenter encore leur capacité intégrative et donc à entreprendre des actions d’ordre supérieur (Ellenberger, 1970 ; Janet, 1919/1925 ; Ogden et al., 2006 ; Van der Hart et al., 2006), comprenant la pleine réalisation de leur propre histoire et des circonstances présentes ainsi que la préparation à un avenir optimiste réaliste.

L’arrêt de la thérapie

Même si tout ceci permet au patient de mener une vie plus adaptative et gratifiante, l’arrêt approprié de la thérapie constitue une transition majeure qui mérite de recevoir une attention particulière et à long terme de la part du thérapeute et du patient. Les questions à considérer concernent notamment comment surmonter la phobie du détachement, évaluer le sens de la thérapie et du thérapeute dans la vie du patient, réduire progressivement la relation thérapeutique ce qui implique également que le thérapeute explore de manière critique d’éventuels problèmes contre-transférentiels non résolus. La réalisation réussie de l’arrêt est nécessaire à une thérapie pleinement achevée (Van der Hart et al., 2006).

Conclusion

Pour des patients possédant une histoire de trauma chronique et une dissociation complexe de la personnalité, l’intégration de souvenirs traumatiques – incluant leur entière réalisation – constitue un défi important qui peut aisément mettre en péril leur capacité intégrative. C’est pourquoi, tout comme dans le cas d’autres approches, le traitement EMDR des souvenirs traumatiques doit s’inscrire dans une thérapie beaucoup plus globale – généralement définie comme le traitement orienté par phases. Et dans une telle thérapie, une relation thérapeutique de très grande qualité est essentielle. Ceci se réfère à une attitude la plus respectueuse et empreinte de compassion de la part du thérapeute, mais aussi au développement d’un “travail d’équipe” entre thérapeute et patient, incluant progressivement toutes les parties dissociatives du patient. Une traumatisation sévère implique

de l’abandon extrême, de la solitude et de l’impuissance. La présence sûre du thérapeute au cours du voyage vers la guérison constitue le facteur de succès le plus important.

Dans cet article, l’accent est placé sur les contributions que peut apporter la TDSP aux pratiques EMDR efficaces et sûres dans un traitement orienté par phases, en particulier dans la Phase 2 (le traitement des souvenirs traumatiques) et la Phase 3 (la (ré)intégration de la personnalité et la réhabilitation) avec des patients atteints de troubles complexes en lien avec le trauma. Le modèle TAI demeure essentiel pour permettre d’atteindre les divers buts thérapeutiques tels que la conceptualisation de cas impliquant l’identification de souvenirs traumatiques, de déclencheurs présents et la construction d’un scénario futur positif (Shapiro, 2001). La TDSP et sa psychologie de l’action associée apportent un cadre cognitif plus précis aux buts thérapeutiques respectifs, le plus souvent décrits en termes de surmonter les phobies particulières qui maintiennent la dissociation de la personnalité et donc l’existence des souvenirs traumatiques. Dans le contexte d’un traitement orienté par phases, en se laissant guider par le TAI et la TDSP et en demeurant attentif à l’indication, au rythme et à la préparation, la thérapie EMDR peut être appliquée d’une manière qui soit souple, sûre et efficiente. Non seulement les souvenirs traumatiques deviennent complètement intégrés mais les parties dissociatives aussi deviennent de plus en plus unies et donc la personnalité dans son ensemble plus intégrée. De plus, les patients deviennent davantage capables de gérer les difficultés de la vie quotidienne et de développer une estime de soi plus positive.

Références

- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65–79.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for clients and therapists*. New York, NY: Norton.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- Brown, D., Schefflin, A. W. & Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York, NY: Norton.
- Courtois, C. A. (2010). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy* (2e éd.). New York, NY: Norton.
- Dellucci, H. (2010, June). *No matter how slow you go, as long as you don’t stop: A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Présentation lors du 11^e congrès EMDR Europe, Hambourg, Allemagne.

- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York, NY: Basic Books.
- Fine, C. G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In R. P. Kluff & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 135–154). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fine, C. G. (2010). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder, dissociative disorder not otherwise specified, and post-traumatic stress disorder. In M. Luber (Ed.), *EMDR, dissociative disorders, and complex post-traumatic stress disorder* (pp. 329–348). New York, NY: Springer Publishing.
- Fine, C. G. & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *43*, 275–290.
- Forgash, C. (2010). Orienting the ego state system to present reality (OPR). In M. Luber (Ed.), *EMDR, dissociative disorders, and complex post-traumatic stress disorder* (pp. 225–232). New York, NY: Springer Publishing.
- Forgash, C. & Knipe, J. (2007). Integrating EMDR and ego state treatment for clients with trauma disorders. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 1–59). New York, NY: Springer Publishing.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gélinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(3), 91–135.
- Gonzalez, A. & Mosquera, D. (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach* [édition anglaise]. Charleston, SC: Amazon Imprint.
- Hofmann, A. & Mattheß, H. (2011). EMDR bei schweren dissoziativen störungen. In L. Reddeman, A. Hofmann, & U. Gast (Eds.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen* (pp. 135–146). Stuttgart, Germany: Thieme.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD). (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(2), 115–187.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, *1*, 417–453.
- Janet, P. (1925). *Les médications psychologiques*. Paris: Félix Alcan. New York, NY: Macmillan. (Oeuvre originale publiée en 1919)
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris, France: A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, *93*, 329–366.
- Kitchur, M. (2000). The strategic developmental model for EMDR. *The EMDRIA Newsletter, Special Edition*, *5*(5), 4–10.
- Kluft, R. P. (1989). Playing for time: Temporizing techniques in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *32*, 90–98.
- Kluft, R. P. (1990a). The fractionated abreaction technique. In C. D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 527–528). New York, NY: Norton.
- Kluft, R. P. (1990b). The slow leak technique. In C. D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 529–530). New York, NY: Norton.
- Kluft, R. P. (1993a). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorders. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 19–50). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1993b). Clinical approaches to the integration of personalities. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101–133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1997). On the treatment of traumatic memories of DID clients: Always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation*, *10*, 80–90.
- Kluft, R. P. (2013). *Shelter from the storm: Processing the traumatic memories of DID/DDNOS patients with the fractionated abreaction technique*. North Charleston, SC: CreateSpace.
- Knipe, J. (2007). Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181–225). New York, NY: Springer Publishing.
- Knipe, J. (2010). “Shame is my safe place”: Adaptive information processing methods of resolving chronic shame-based depression. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions II: For depression, eating disorders, performance, and more* (pp. 49–89). New York, NY: Norton.
- Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD. *Journal of EMDR Practice & Research*, *3*, 264–278.
- Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 1465–1487.
- Krakauer, S. Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Lazrove, S. & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, *9*, 289–299.
- Leeds, A. M. (2009). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New York, NY: Springer Publishing.
- Logie, R., & De Jongh, A. (2014). The “Flashforward procedure”: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8*(1), 25–32.
- Lombardo, M. (2012). EMDR target timeline. *Journal of EMDR Practice and Research*, *6*(1), 37–46.
- Luber, M. (Ed.). (2009). *EMDR scripted protocols: Special populations*. New York, NY: Springer Publishing.

- Luber, M. (Ed.). (2010). *EMDR, dissociative disorders, and complex post-traumatic stress disorder*. New York, NY: Springer Publishing.
- Morrow, R. D. (2008). EMDR target tracking. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 69–72.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914–1918*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416–445.
- Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'haenen, J. A. den Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079–1098). Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32–44.
- Paulsen, S. (2007). Treating dissociative identity disorder with EMDR, ego state therapy, and adjunct approaches. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 141–179). New York, NY: Springer Publishing.
- Paulsen, S. (2009). *Looking through the eyes of trauma & dissociation: An illustrated guide for EMDR clinicians and patients*. Bainbridge Island, WA: Bainbridge Institute for Integrative Psychology.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York, NY: Basic Books.
- Shapiro, F. & Gélinas, D. J. (August 1999). *Integrating phase-oriented treatment with EMDR: An approved work-shop for certification*. Tenth Annual Summer Seminar for Mental Health Professionals. Harvard Medical School & Massachusetts Mental Health Center, N. Falmouth, MA.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79–116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11–53.
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–80.
- Twombly, J. H. (2005). EMDR for clients with dissociative identity disorder, DDNOS, and ego states. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 88–120). New York, NY: Norton.
- Twombly, J. H. (2010). Installation and transmission of current time and life orientation. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Special populations* (pp. 243–244). New York, NY: Springer Publishing.
- Van der Hart, O., & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation*, 10, 157–165.
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 81–94.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. M. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical consideration. *Journal of EMDR Practice & Research*, 4, 76–92.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: Norton.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6, 162–180.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37–46.
- Young, W. (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality. *Dissociation*, 7, 129–133.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Onno van der Hart, Service de psychologie clinique et de la santé, Université d'Utrecht, Heidelberglaan 1, 3584 CS, Utrecht, Pays-Bas. Courriel : o.vanderhart@uu.nl