

Dissociation de la personnalité et thérapie EMDR dans les troubles complexes liés au trauma : applications dans la phase de stabilisation

Onno van der Hart

Département de psychologie clinique et de la santé, Université d'Utrecht, Utrecht, Pays-Bas

Mariëtte Groenendijk

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

Anabel Gonzalez

Programme du trauma et de la dissociation, Hôpital universitaire d'A Coruña, Espagne

Dolores Mosquera

Centre LOGPSIC, Centre des troubles de la personnalité, A Coruña, Espagne

Roger Solomon

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

Comme un précédent article dans ce journal l'a déjà proposé, les cliniciens EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) qui traitent des patients présentant des troubles complexes liés au trauma pourraient tirer bénéfice de la connaissance et de l'application de la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) et de sa psychologie de l'action associée. La TDSP pose l'hypothèse selon laquelle la dissociation de la personnalité constitue la caractéristique principale de la traumatisation et d'une large gamme de troubles liés au trauma, depuis le simple état de stress post-traumatique (ESPT) jusqu'au trouble dissociatif de l'identité (TDI). La théorie peut aider les thérapeutes EMDR à développer une carte complète permettant de comprendre les problèmes des patients présentant des troubles complexes liés au trauma et de formuler et de mener à bien un plan de traitement. Le modèle qui fait consensus parmi les experts du trauma complexe est le traitement orienté par phases dans lequel une phase de stabilisation et de préparation précède le traitement des souvenirs traumatiques. Cet article se concentre sur la phase initiale de stabilisation et de préparation, très importante dans l'utilisation sûre et efficace de l'EMDR dans le traitement du trauma complexe. Les thèmes centraux sont (a) le travail sur les croyances inadaptées, (b) le dépassement des phobies dissociatives, et (c) une application étendue des ressources.

Mots-clés : dissociation ; dissociation structurelle de la personnalité ; troubles dissociatifs ; EMDR ; traitement orienté par phases ; phase de stabilisation

Développé à l'origine pour le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) l'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est de plus en plus utilisé dans le traitement d'autres troubles mentaux, incluant ceux qui trouvent leur origine dans la traumatisation

complexe, comme l'ESPT complexe, le trouble de la personnalité borderline (TPB) et les troubles dissociatifs complexes tels que trouble dissociatif de l'identité (TDI) et le sous-type 1 du trouble dissociatif non spécifié (TDNS). Parallèlement à ces développements cliniques associés au modèle du traitement

This article originally appeared as 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 the Stabilization Phase. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 81-94. Translated by Jenny Ann Rydberg.

adaptatif de l'information (TAI) de l'EMDR (Shapiro, 2001), il existe une tendance à chercher des modèles théoriques complémentaires, en particulier dans le cas de l'application de l'EMDR au traitement des troubles complexes liés au trauma qui peuvent gravement compromettre les vies des personnes impliquées. Ainsi, Luber et Shapiro (2009) déclarent :

Pour travailler avec nos patients les plus atteints, il nous faut incorporer les connaissances d'autres domaines. Plus nous apprenons d'autres disciplines, plus nous pourrions devenir efficaces et efficaces. Afin que l'EMDR puisse être utilisé en tant qu'approche psychothérapeutique applicable à tout l'éventail des situations psychopathologiques, son modèle théorique doit intégrer la neuropsychologie développementale et l'effet des expériences traumatiques cumulées. (pp. 227–228)

Cet article présente, à la suite d'un article précédent (van der Hart, Nijenhuis & Solomon, 2010), la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) en tant qu'approche complémentaire qui intègre des questions neurobiologiques et développementales dans le contexte de la compréhension de la traumatisation comme impliquant fondamentalement une dissociation de la personnalité. Dans la TDSP, le concept de la dissociation ne concerne pas seulement les troubles dissociatifs du DSM-IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition) mais il est considéré comme un échec d'intégration qui sous-tend tous les troubles dus au trauma, incluant l'ESPT. Ainsi, la TDSP pourrait apporter une cadre théorique pour tous ces troubles.

Nous considérons que la TDSP est compatible avec le modèle TAI ; la théorie pourrait l'enrichir en offrant une compréhension des divers phénomènes impliqués dans la traumatisation complexe. Certains de ces phénomènes correspondent à la dissociation des souvenirs traumatiques de sorte qu'ils ne soient pas aisément accessibles, le patient fonctionnant dans la vie quotidienne en étant amnésique de ces souvenirs, ainsi qu'à l'existence de plusieurs parties dissociatives de la personnalité (des concepts plus ou moins similaires, parmi d'autres, sont les états du soi, les états du moi dissociatifs, les états identitaires, les alters). Ces parties dissociatives se caractérisent par divers degrés d'autonomie mentale, possédant leur propre point de vue, comprenant des pensées, des sentiments, des émotions, des perceptions et des actions comportementales à l'égard des autres personnes, dont le thérapeute, et à son propre égard. Elles se désignent comme "je" et possèdent leur perspective à la première personne consciemment éprouvée (Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Dans les cas plus complexes, elles peuvent avoir des noms différents, et certaines peuvent même être vécues par d'autres parties comme des entités complètement différentes telles que des esprits, des démons ou des animaux. Il existe également des patients ayant des parties dissociatives qui ne possèdent qu'un sentiment de soi rudimentaire, décrites par la partie dissociative fonctionnant dans la vie quotidienne, c'est-à-dire la partie apparemment normale de la personnalité (PAN), comme des expériences "qui ne sont pas moi" (cf. van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Les parties dissociatives peuvent interférer avec toute procédure que le thérapeute tente d'effectuer, de façon manifeste ou dissimulée. Par exemple, quand, en suivant le modèle TAI, le travail se centre sur le traitement, avec une partie dissociative de la personnalité, de certains souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle, d'autres parties peuvent s'y opposer et interférer (le patient peut entendre des voix menaçantes ou ressentir une détresse somatique, sans le révéler au thérapeute). Dans une telle situation, il existe un risque de décompensation, d'hyperactivation ou de blocage. Dans d'autres cas, un souvenir traumatique donné peut se trouver divisé entre plusieurs parties dissociatives dont la plupart demeurent non détectées. Le retraitement peut alors paraître initialement réussi, alors qu'en réalité, les aspects les plus craints et exécrés du souvenir traumatique – c'est-à-dire les noyaux pathogènes (van der Hart et al., 2006) – peuvent ne pas être touchés par les procédures EMDR et continuer à exister de manière isolée et finir par interférer avec le fonctionnement quotidien. Par exemple, après avoir retraité un souvenir d'enfance dans lequel elle avait tenté de faire plaisir à sa mère tout en ressentant que "rien n'était assez bien", une patiente a vécu le soulagement de sa détresse et le SUD (unités subjectives de perturbation) est descendu à 0. Au cours de la semaine qui a suivi, la patiente a éprouvé de la détresse, donc lors de la séance suivante, le thérapeute a réévalué le souvenir et a demandé à la patiente de regarder les yeux de la fille de 7 ans dans le souvenir et de tenter de remarquer ce qu'elle ressentait. Simplement en regardant les yeux de la fille, la patiente a subitement éprouvé une émotion intense – ce qui l'a beaucoup étonnée. En se centrant sur cette image en tant que nouvelle cible, toutes les expériences dysfonctionnelles en lien avec le souvenir ont pu être complètement retraitées. La PAN avait appris à ignorer les émotions et les besoins de cette partie infantile, en miroir de la relation de sa mère dépressive (trop préoccupée par ses problèmes pour prêter attention à sa fille) avec elle.

Parallèlement à la recherche de modèles théoriques compatibles avec le TAI, les cliniciens EMDR qui

travaillent avec des patients ayant une histoire de traumatisation chronique/complexe ont adopté l'approche orientée par phases qui constitue *la norme au niveau des soins* dans ce domaine (e.g., Brown, Schefflin & Hammond, 2008 ; Herman, 1992 ; International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011). Développé tout d'abord par Pierre Janet (1898 ; cf. van der Hart, Brown & van der Kolk, 1989), le traitement orienté par phases consiste en 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. Ces phases ne sont pas toujours appliquées de manière strictement linéaire (Courtois, 1999 ; Herman, 1992 ; Korn, 2009 ; van der Hart et al., 2006) : particulièrement dans les troubles complexes en lien avec le trauma, il existe le besoin récurrent de revenir aux phases antérieures à mesure que le traitement progresse.

De nombreux cliniciens ont déjà combiné le traitement orienté par phases et la thérapie EMDR dans leur pratique clinique (e.g., Fine & Berkowitz, 2001 ; Forgash & Knipe, 2007 ; Gelinat, 2003 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; Hofmann, 2006 ; Korn & Leeds, 2002 ; Lazrove & Fine, 1996 ; Paulsen, 2007 ; Twombly, 2005). Pour des raisons de clarté, il importe de comparer les trois phases du traitement orienté par phases avec les huit phases du protocole EMDR standard (Shapiro, 2001) : la Phase 1 – stabilisation, réduction des symptômes et développement de compétences – comprend les Phases 1 et 2 du protocole EMDR ; la Phase 2, traitement des souvenirs traumatiques, comprend les Phases 3-8 du protocole ; et la Phase 3, (ré)intégration de la personnalité et réhabilitation, est incorporée tout au long de la thérapie EMDR à travers l'évaluation des résultats du traitement, l'enseignement de nouvelles compétences et le développement de ressources, l'application de protocoles appropriés (tels que les protocoles des phobies ou des événements récents) et le retraitement de souvenirs passés, de déclencheurs présents et l'apport de modèles futurs de comportements adaptatifs.

Dans cet article, l'accent est placé sur les applications cliniques de l'EMDR dans la première phase du traitement orienté par phases de patients présentant des troubles complexes en lien avec le trauma. L'intégration de la TDSP avec le modèle TAI peut être très utile non seulement pour comprendre les problèmes des patients mais aussi pour guider la prise de décisions thérapeutiques. La TDSP offre un cadre complet qui peut aider le thérapeute EMDR à réaliser un recueil minutieux de l'histoire du patient, une conceptualisation de cas et un plan de traitement.

Cet article sera centré sur les procédures destinées à la réduction des symptômes, au développement de compétences et à la préparation au travail sur les traumas. Un futur article sera consacré au traitement EMDR sûr et efficace de souvenirs traumatiques avec ces patients dissociatifs.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité en quelques mots

La TDSP propose de considérer que les troubles en lien avec le trauma se caractérisent par une division de la personnalité des patients en différents sous-systèmes dissociatifs ou parties, en suivant la description de T. A. Ross (1941) du trauma psychologique en tant que "point de rupture" qui indique que les expériences traumatiques peuvent être conçues comme des échecs d'intégration impliquant une dissociation de la personnalité. Cette dissociation peut se résoudre ou devenir plus profondément ancrée. Chacune des parties dissociatives possède ses propres fondements (Nijenhuis & den Boer, 2009 ; Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2002 ; van der Hart et al., 2006) et se caractérise, comme déjà mentionné, par sa propre perspective à la première personne. Les patients oscillent entre une ou plusieurs PAN et une ou plusieurs parties émotionnelles de la personnalité (PE). Les PAN sont motivées par des systèmes d'action de la vie quotidienne, tandis que les PE vivent dans le temps du trauma et sont mues par les sous-systèmes d'action défensive — tels que le combat, la fuite, la sidération et la soumission (totale) — qui étaient actifs pendant le trauma (voir van der Hart et al., 2010 ; van der Hart et al., 2006 pour une élaboration de ces caractéristiques).

La dissociation de la personnalité en lien avec le trauma peut être plus ou moins complexe. La *dissociation primaire de la personnalité* implique une PAN et une PE ; la *dissociation secondaire* implique une PAN et deux PE ou plus ; et la *dissociation tertiaire* se caractérise par plus d'une PAN et plus d'une PE. En termes de la TDSP, le thérapeute EMDR qui suit le protocole EMDR standard avec la dissociation primaire, comme dans l'ESPT simple, proposera au patient en tant que PAN de se centrer sur le souvenir traumatique comme cible, réactivant ainsi également la PE : c'est à cela que renvoie "un pied dans le présent et un pied dans le passé" (Knipe, 2007). Cet article ne se concentre pas seulement sur l'ESPT (dissociation primaire), mais la TDSP peut aussi aider les thérapeutes EMDR à comprendre certains phénomènes observés au cours de l'utilisation du protocole EMDR standard avec un trauma simple ; des exemples en sont la perte

de l'attention double et l'évitement extrême (phobie) du souvenir traumatique.

Lorsque la division de la personnalité implique plus de deux parties, le thérapeute EMDR rencontre une situation différente dans laquelle une connaissance de la TDSP pourrait s'avérer la plus utile. C'est pourquoi cet article se concentre sur la dissociation secondaire et tertiaire de la personnalité, se caractérisant par une traumatisation plus répétitive, sévère et prolongée, particulièrement dans l'enfance. Dans la dissociation secondaire de la personnalité, une PAN demeure concentrée sur la vie quotidienne, tandis que deux PE ou plus sont fixées sur la défense et, lorsqu'elles sont déclenchées, elles s'engagent dans la reviviscence ou, plutôt, la remise en acte des événements traumatisants.

La division des PE est souvent basée sur l'intégration échouée entre des défenses relativement distinctes de fuite, de combat, de sidération et de soumission (totale). D'autres PE peuvent contenir des expériences affectives intolérables telles que la honte ou la solitude intense. Ce niveau de dissociation caractérise probablement les patients ayant un ESPT complexe, un TPB lié au trauma et le sous-type 1 du TDNS. Ce sous-type comprend des présentations cliniques similaires au TDI qui ne répondent pas à l'ensemble des critères de ce trouble (American Psychiatric Association [APA], 1994) – la forme la plus répandue de trouble dissociatif rencontrée dans la pratique clinique (e.g., Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2006 ; Şar, Akyuz & Dogan, 2007). Les patients atteints d'un TDI possèdent souvent une histoire de négligences interpersonnelles chroniques, de maltraitances et d'abus qui ont commencé très tôt dans l'enfance (Boon & Draijer, 1993 ; Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986) et se caractérisent par une dissociation tertiaire de la personnalité où il existe plus d'une PAN, en plus de multiples PE. La division de la PAN, mue par des systèmes d'action de la vie quotidienne, peut se produire afin de maintenir un fonctionnement dans certaines situations sans issue qui peuvent déclencher des souvenirs traumatiques. Cette division de la PAN tend à se produire selon différents systèmes d'action de la vie quotidienne. Par exemple, une PAN peut se développer chez un enfant qui est sexuellement abusé avec la seule fonction de s'alimenter – mue par le sous-système de régulation énergétique – pendant le petit déjeuner en faisant face à son père qui vient d'abuser d'elle.

Dans la TDSP, la dissociation de la personnalité est conçue comme étant maintenue par une série de phobies qui caractérisent les survivants de traumas et souvent également par un défaut de capacité

intégrative et de soutien social (van der Hart et al., 2006). Le terme "phobie" est généralement relégué aux troubles anxieux et est compris comme une peur persistante d'éléments externes (animaux, situations sociales, etc.) que l'individu essaie d'éviter. Cependant, Janet (1904) a décrit des réactions phobiques dirigées vers des expériences internes telles que des pensées, des sentiments, des fantasmes, et ainsi de suite. Les individus qui sont chroniquement traumatisés sont souvent exceptionnellement craintifs vis-à-vis d'actions mentales internes et du contenu impliqué, mais aussi d'indices externes qui déclenchent des expériences traumatiques (Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005 ; van der Hart et al., 2006). La phobie centrale qui maintient la dissociation de la personnalité est la *phobie des souvenirs traumatiques*, dont l'essence est un évitement de la pleine réalisation du trauma et de ses effets sur sa vie (Janet, 1904 ; van der Hart et al., 2006). Dans le cas de la traumatisation chronique, un évitement comportemental et mental accru, impliqué dans le maintien de la dissociation de la personnalité, est requis afin de prévenir ce que la PAN perçoit comme des prises de conscience particulièrement insoutenables sur soi, sur les autres et sur le monde. Par conséquent, des phobies de plus en plus généralisées semblent naître de cette phobie fondamentale (van der Hart et al., 2010 ; van der Hart et al., 2006).

Ces actions mentales et comportementales phobiques, également désignées comme défenses dans le sens psychodynamique du terme, telles que les défenses d'évitement et d'idéalisation (e.g., Dell, 2009 ; Knipe, 2007), peuvent être considérées comme des *actions substitutives*, c'est-à-dire, comme des actions moins efficaces qui se substituent aux actions non seulement plus efficaces mais aussi (beaucoup) plus difficiles qui sont inhérentes à la santé mentale. Les PAN et les PE s'engagent tout autant dans ces actions. Le dépassement de cet ensemble de phobies ainsi que d'autres façons d'accroître l'efficacité du survivant (i.e., la qualité de ses actions mentales et comportementales) et son niveau d'énergie sont considérés comme essentiels à un traitement réussi. Le Tableau 1 présente un résumé de ces phobies liées au trauma, telles qu'elles sont abordées dans les phases thérapeutiques respectives.

Le modèle du traitement adaptatif de l'information et la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité : des approches complémentaires

Selon le TAI, les événements traumatisants résultent en des souvenirs qui sont stockés de manière inadaptée,

TABLEAU 1. Traitement orienté par phases : surmonter les phobies en lien avec le trauma

Phase 1 : Réduction des symptômes, stabilisation et développement de compétences

- Surmonter la phobie de l'attachement et de la perte d'attachement, particulièrement avec le thérapeute
- Surmonter la phobie des actions mentales (e.g., expériences intérieures telles que des émotions, des pensées, des sensations, des souhaits, des fantasmes)
- Surmonter la phobie des parties dissociatives de la personnalité (PAN et PE)

Phase 2 : Traitement des souvenirs traumatiques

- Surmonter les phobies de l'attachement en lien avec le ou les agresseurs
- Surmonter les phobies d'attachement chez les PE en lien avec le thérapeute
- Surmonter la phobie des souvenirs traumatiques

Phase 3 : Intégration de la personnalité et réhabilitation

- Surmonter la phobie de la vie normale
- Surmonter la phobie de la prise de risque saine et du changement
- Surmonter la phobie de l'intimité, incluant la sexualité et l'image corporelle

Note. PAN = partie apparemment normale de la personnalité ; PE = partie émotionnelle de la personnalité

c'est-à-dire, isolément, non assimilés dans les réseaux mnésiques complets de l'individu (Shapiro, 1995, 2001). Comme Shapiro (2001) l'explique :

La structure pathologique est inhérente aux informations statiques, insuffisamment traitées, stockées au moment de l'événement perturbant... [L]e défaut d'assimilation adéquate signifie que le client réagit émotionnellement et comportementalement de manières compatibles avec l'événement perturbant antérieur. (p. 17)

Les informations stockées de manière dysfonctionnelle incluent des souvenirs "coincés dans le temps" et contiennent les actions mentales et comportementales inadaptées qui étaient présentes lors de l'événement, incluant les réponses sensorimotrices, les réponses affectives (e.g., des émotions véhémentes, selon les termes de Janet (Janet, 1909), telles que la peur, la colère, la honte ou la culpabilité envahissantes), les cognitions, la perception de menaces et les prédictions (i.e., les attentes basées sur le danger passé et la menace éprouvée au cours de l'événement traumatisant).

Janet (1925) a écrit :

[L]e souvenir (traumatique) était morbifique car il était dissocié. Il existait isolément, à l'écart de la totalité des sensations et des idées qui constituaient la personnalité du sujet ; il se développait de manière isolée, sans contrôle et sans contremesure ; les symptômes morbides disparaissent lorsque le souvenir fit de nouveau partie de la synthèse qui constitue la personnalité. (p. 674)

Le terme "dissocié" de Janet (Janet, 1925) et le terme "isolément" Shapiro (Shapiro, 2001) renvoient au même phénomène. Bien que le TAI ne soit pas une théorie élaborée de la personnalité, il renvoie vers l'importance des apprentissages, et donc des réseaux mnésiques, comme constituant le déterminant principal des caractéristiques de la personnalité et des comportements (Shapiro, 1995, 2001 ; Solomon & Shapiro, 2008). Ainsi, les souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle (particulièrement chez les populations chroniquement traumatisées) peuvent se concevoir comme dissociés du reste de la personnalité qui inclut un système plus étendu de réseaux mnésiques qui sous-tendent les comportements.

La TDSP n'emploie pas les termes d'"informations stockées" mais énonce plutôt que les actions mentales et comportementales impliquées dans les souvenirs traumatiques appartiennent à certaines parties dissociatives, conscientes et possédant une conscience de soi, de la personnalité, chacune ayant sa propre perspective à la première personne. Dans les termes TAI, alors, les PE et les PAN ont chacune leurs propres réseaux mnésiques, les PE contenant les souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle (coincés dans le temps). L'ajout du concept de PE, soulignant le fait qu'une partie dissociative possède une perspective à la première personne, à ces "informations stockées de manière dysfonctionnelle" pourrait aider les thérapeutes EMDR à mieux comprendre quel type de préparation est nécessaire lors d'une dissociation primaire de la personnalité (trauma simple). Ceci est particulièrement le cas lorsque la PE possède un niveau d'autonomie élevé ou quand des phobies intenses entre la PAN et la PE doivent d'abord être gérées.

Les expériences traumatiques – qui sont "stockées de manière dysfonctionnelle" – sont aussi à l'origine de la dissociation secondaire et tertiaire. Ces niveaux de dissociation peuvent peut-être compris de manière plus exhaustive et phénoménologiquement élaborée par la TDSP. Cette théorie énonce également que les souvenirs traumatiques des PE ne peuvent être intégrés (traités) que lorsqu'ils sont partagés entre les

parties dissociatives. En d'autres termes, les compétences de la PAN (informations adaptatives) doivent être reliées au souvenir stocké de manière dysfonctionnelle de la PE. Pour intégrer des réseaux neuraux dysfonctionnels et adaptatifs, les parties dissociatives, en commençant par les PAN, doivent d'abord développer de l'empathie envers les autres ainsi qu'une communication constructive et une collaboration entre elles ; les barrières dissociatives doivent être progressivement résolues. Quand il est réussi, le traitement de souvenirs traumatiques constitue une contribution majeure envers une telle intégration.

Le traitement orienté par phases de la dissociation secondaire et tertiaire de la personnalité

Dans les cas de dissociation secondaire et tertiaire de la personnalité impliquant toute une gamme de parties dissociatives, une approche thérapeutique orientée par phases – la norme au niveau des soins (Brown, Schefflin & Hammond, 1998) – est nécessaire. En particulier, avant d'entamer le traitement des souvenirs traumatiques, la thérapie devrait se centrer sur la stabilisation, la réduction des symptômes, incluant les comportements à risque, et le développement de compétences. Tout ceci implique de travailler avec le système interne de parties dissociatives. Dans de nombreux cas, l'approche orientée par phases prend la forme d'un processus en spirale qui nécessite de revisiter des thèmes et des croyances fondées sur le trauma, réactivant des réponses de *coping* et des ressources, et continuant à aborder encore et encore les problèmes centraux. Par exemple, il faut parfois alterner périodiquement le traitement de la Phase 2 (intégration des souvenirs traumatiques) avec la Phase 1 (stabilisation). La thérapie EMDR pourrait tirer bénéfice de l'intégration des perspectives de la TDSP dans cette phase initiale, orientée vers la stabilisation du patient, afin de réduire les symptômes et les comportements à risque et de préparer le travail futur. Les procédures EMDR peuvent raccourcir cette phase et augmenter l'efficacité thérapeutique.

Le besoin d'une évaluation adéquate et d'un recueil complet de l'histoire

Sans une bonne évaluation, les thérapeutes peuvent sous-estimer la complexité de l'histoire des traumas et le degré de dissociation de la personnalité, négligeant ainsi les diverses parties dissociatives qui devraient être impliquées dans la thérapie. Alors, ils peuvent ne pas apporter de stabilisation ou d'interventions préparatrices suffisantes. Dans le domaine de l'EMDR, plusieurs

auteurs ont mis en garde contre les risques encourus en ignorant ces questions (Gelinas, 2003 ; Korn, 2009 ; Shapiro, 2001). Par exemple, des PE inconnues peuvent être soudainement activées et rejouer des expériences traumatiques différentes du souvenir cible. Ces réactions en chaîne comprennent de la peur ou de la colère intense chez d'autres parties, conduisant enfin à des attaques de panique, à des conduites autodestructrices graves ou à la décompensation du patient submergé. En résumé, l'EMDR peut être utilisé de manière efficace et sûre même avec des patients hautement dissociés lorsqu'une évaluation et une préparation adéquates – stabilisation, réduction des symptômes, développement de compétences – ont eu lieu.

Le traitement orienté par phases – Phase 1 : stabilisation, réduction des symptômes et développement de compétences

Un précurseur nécessaire du traitement de souvenirs traumatiques dans les cas de dissociation complexe implique une période de stabilisation (souvent longue) et le développement d'un fonctionnement plus réfléchi (Gonzalez & Mosquera, 2012), d'une régulation émotionnelle efficace et de compétences relationnelles et de vie (Allen, Fonagy & Bateman, 2008 ; Brown et al., 1998 ; Courtois, 1999 ; Gelinas, 2003 ; Kluft, 1997, 1999 ; Korn, 2009 ; Linehan, 1993 ; Ogden, Minton & Pain, 2006 ; Shapiro, 1995, 2001 ; Steele et al., 2005 ; van der Hart et al., 2006). Cette première phase de traitement vise à améliorer la vie quotidienne (comprenant la sécurité et l'attachement) ; à augmenter la capacité intégrative et, en lien avec ceci, à élargir la fenêtre de tolérance ; à améliorer la coopération interne ; et à améliorer les compétences permettant de gérer les symptômes d'ESPT et dissociatifs. Les procédures et interventions nécessaires pour atteindre ces buts correspondent à la psychoéducation ; au développement d'une relation thérapeutique flexible, empathique, coopérative, avec des frontières claires ; à l'autorégulation (incluant la régulation affective et l'auto-apaisement) ; le soin de soi (incluant l'autocompassion, la capacité à être seul, la gestion énergétique de base, le développement d'habitudes quotidienne et d'une routine structurée, et un équilibre entre prendre soin de soi et s'occuper d'autrui) ; à des compétences interpersonnelles ; au travail avec des croyances inadaptées (voir aussi le paragraphe suivant) ; et aux ressources (incluant des ressources émotionnelles, cognitives, sensorimotrices et relationnelles ; des stratégies renforçant le moi ; et des interventions permettant de renforcer l'autonomie du patient). Il n'est pas possible de décrire toutes ces

procédures et interventions dans un seul article ; elles ont été élaborées et décrites ailleurs (e.g., Boon, Steele & van der Hart, 2011 ; Forgash & Copely, 2007 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; Twombly, 2000, 2005 ; van der Hart et al., 2006). Cet article se concentre sur (a) le travail sur les croyances inadaptées (crucial pour faciliter l'installation de cognitions positives lors du traitement futur des traumas), (b) comment surmonter les phobies dissociatives : un principe thérapeutique central dans la TDSP qui peut guider les thérapeutes EMDR dans la planification et la structuration de la thérapie avec ces patients, et (c) une application étendue des ressources (une intervention EMDR habituelle qui doit être modifiée dans le traitement d'individus qui sont sévèrement traumatisés).

Il est important dans la Phase 1 d'identifier et de traiter les croyances et les actions comportementales inadaptées (van der Hart et al., 2006) des différentes PAN et PE. Chez les patients ayant un trauma complexe, de telles croyances sont profondément enracinées et il faut s'en occuper déjà lors de la phase de stabilisation du traitement orienté par phases. Dans la TDSP, ces croyances inadaptées sont considérées comme des actions comportementales réflexes, fixées, appelées des *actions substitutives mentales et comportementales* (par exemple, éviter tout homme présentant une quelconque ressemblance avec l'agresseur d'origine, le manque de différenciation entre les réalités interne et externe ou entre les réalités passée et présente). Ces actions se substituent à une action adaptative dans le présent. Les patients peuvent avoir des fantasmes de substitution impliquant souvent d'être sauvé (par sa famille ou par le thérapeute), le souhait de défaire le passé et de faire disparaître le passé "réel", le souhait d'abdiquer toute responsabilité et d'être pris en charge, l'espoir d'un remède magique, le "rêve doré" que chaque besoin puisse être parfaitement satisfait par une autre personne, et la croyance que les parties dissociatives ne lui appartiennent pas. Chacun de ses fantasmes sert de défense contre l'affrontement à et la réalisation du passé traumatique et du travail de deuil nécessaire qui doit l'accompagner. C'est pourquoi il doit y avoir, dans une certaine mesure, des cibles thérapeutiques qui précèdent le travail sur les souvenirs traumatiques. Ces croyances de substitution sont irréalistes et liées à la non réalisation généralisée des événements traumatisants et de leur impact sur soi et sur sa vie. A leur arrivée en thérapie, les patients peuvent ne pas être conscients de la manière dont leur histoire (s'ils s'en souviennent) est en lien avec leurs problèmes présents. Pour avancer, les thérapeutes doivent aider leurs patients non seulement à réaliser comment

le passé et le présent sont reliés mais aussi qu'ils doivent être distingués, ce qui ne constitue pas des tâches faciles pour des personnes gravement traumatisées ; il faut donc procéder graduellement et de façon adaptée aux capacités et à la motivation du patient (trouver le bon rythme).

Surmonter les phobies liées au trauma

La stabilisation, la réduction des symptômes et la préparation (Phase 1 dans le traitement orienté par phases) peuvent être organisées en abordant systématiquement plusieurs phobies liées au trauma qui maintiennent la dissociation de la personnalité (Steele et al., 2005 ; van der Hart et al., 2006), incluant (a) les phobies relationnelles de la proximité, de l'abandon, de la perte et du rejet, particulièrement vis-à-vis du thérapeute ; (b) la phobie des actions mentales telles que certaines émotions, sensations corporelles, pensées, images, fantasmes, souhaits et besoins ; et (c) la phobie des parties dissociatives (qui possèdent leurs propres actions mentales rigides et contenus associés qui peuvent être inacceptables pour d'autres parties). Il existe d'autres phobies qui maintiennent la dissociation, en particulier la phobie centrale des souvenirs traumatiques (voir Tableau 1), mais le dépassement de ces phobies appartient aux deuxième et troisième phases du traitement du trauma et sera abordé dans un article ultérieur. Le concept des phobies dissociatives, comprises dans la TDSP comme des actions substitutives, est lié à la notion des défenses de Knipe (2007) qui les considère comme des informations stockées de manière dysfonctionnelle.

L'approche fondamentale pour traiter les diverses phobies consiste à aider les patients à prendre conscience de leurs phobies, à apporter de la psychoéducation et à proposer une exploration empathique (van der Hart et al., 2006). L'ordre d'exploration dépend du degré de sévérité. Guidés par les systèmes d'action d'exploration, de coopération et de don de soins, les thérapeutes explorent cognitivement avec les patients ce qu'ils craignent et ce qu'ils évitent tout en accueillant l'expérience du patient avec une attitude d'ouverture et d'acceptation. De cette façon, les thérapeutes aident les patients à verbaliser dans la mesure du possible ce qui leur fait peur dans l'idée d'aborder les expériences liées aux différentes phobies. La compréhension du but d'une défense constitue une préparation utile à la Phase 2 du traitement, lorsque les défenses peuvent être ciblées en tant que point d'entrée donnant accès aux souvenirs traumatiques, c'est-à-dire aux réseaux mnésiques stockés de manière dysfonctionnelle.

Il faut souligner que le dépassement des diverses phobies maintenant la dissociation, aussi systématique soit-il, n'implique pas une approche séquentielle. Surmonter un type de phobie requiert plutôt un travail simultané sur une ou plusieurs autres phobies. Par exemple, pour surmonter les phobies de l'attachement et de la perte d'attachement, il faut aider les patients à surmonter leur phobie des parties dissociatives car ces parties peuvent se trouver en conflit les unes avec les autres au sujet de la relation thérapeutique.

Surmonter les phobies de l'attachement et de la perte d'attachement

Le développement d'une relation thérapeutique flexible, empathique, coopérative, dotée de frontières appropriées, est essentiel dans la première phase du traitement, tout comme le travail sur les autres relations actuelles du patient, de sorte qu'un degré d'attachement sécurisé acquis puisse être progressivement atteint (e.g., Kluft, 1993, 1997 ; Steele et al., 2001, 2005 ; van der Hart et al., 2006).

Les phobies relationnelles du patient se manifestent également dans la relation thérapeutique qui réveille l'alternance chronique entre les systèmes d'action d'attachement et de défense vis-à-vis d'un proche maltraitant, ce qui constitue la base de patterns d'attachement désorganisés et insécurisés sévères (Liotti, 1999 ; Steele et al., 2001 ; van der Hart et al., 2006). Le patient peut alterner entre un attachement extrême au thérapeute et une attitude défensive, hostile même, impliquant l'activation de différentes parties de la personnalité. Par définition, la résolution de tels patterns d'attachement insécurisés demande de gérer la remise en actes répétitive de traumas relationnels dans la relation thérapeutique. Ces répétitions suscitent des émotions intenses et des tendances à l'action chez le patient et chez le thérapeute ; le cadre thérapeutique doit donc être solide et clair. Par exemple, certaines PE ont une phobie de la perte d'attachement et s'accrochent donc fortement au thérapeute ou alors elles persistent à rester en contact avec l'agresseur ou avec d'autres individus susceptibles d'être nocifs. Afin de surmonter de telles situations, il est crucial que le thérapeute maintienne un haut niveau de capacité intégrative, une attitude calme, et qu'il aide le patient à comprendre ces tendances opposées provenant de différentes parties de la personnalité. Le thérapeute maintient ainsi une position prévisible et stable de curiosité empathique et de coopération plutôt que de se montrer sur la défensive ou de devenir enchevêtré avec le patient. Le développement d'un attachement sûr dans la relation thérapeutique implique un cadre thérapeutique sûr comportant des frontières et des limites cohérentes.

Surmonter la phobie des actions mentales liées au trauma

Les patients doivent devenir de plus en plus conscients des diverses actions mentales ou expériences intérieures qu'ils ont si ardemment cherché à éviter, apprendre à les tolérer, les comprendre et les personifier (se les approprier). Ces actions mentales comprennent des émotions, des pensées, des sensations, des fantasmes, des besoins et des souvenirs. Surmonter cette phobie des expériences intérieures est évidemment essentiel pour relever le défi d'accéder à et de retraiter (intégrer) les souvenirs traumatiques. Surmonter graduellement cette phobie implique une régulation des affects et un fonctionnement réfléchi croissants, ainsi que le développement d'une position en pleine conscience, ce que Shapiro (1995, 2001) considère comme un prérequis du retraitement des traumas.

Il faut donc apprendre aux patients à accepter leurs actions mentales sans leur attribuer de jugement de valeur et à d'abord remarquer puis à prévenir ce qu'on peut appeler les "émotions de malaise" (telles que la honte, la peur ou le dégoût) en réaction. Les thérapeutes doivent régulièrement les encourager à être conscients de et à explorer leur expérience présente, ce qui signifie être en pleine conscience et agir de manière réfléchie afin de susciter la présentification. Ceci est particulièrement important dans la phase de stabilisation pour aider les patients à identifier et à gérer les déclencheurs internes et externes.

Grâce à des instructions de visualisation de conteneurs, les thérapeutes peuvent aider les patients à créer des conteneurs imaginés afin de contenir les souvenirs traumatiques. De telles images peuvent correspondre à des coffres-forts, des moyens de stockage informatique, des DVD, et ainsi de suite (e.g., Brown & Fromm, 1986 ; Kluft, 1993 ; van der Hart et al., 2006 ; van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Cela permet aux patients d'"entreposer" temporairement les souvenirs traumatiques ou d'autres expériences intérieures menaçantes. Ces techniques soutiennent les patients dans l'apprentissage de la différence entre l'évitement ou la suppression inadaptés et la possibilité de trouver un rythme et un timing sains dont ils ont le contrôle.

Surmonter la phobie des parties dissociatives

Les thérapeutes doivent amener les différentes parties dissociatives à travailler ensemble pour réduire la rigidité et la fermeture qui existent entre elles. Les thérapeutes commencent le traitement de la phobie des parties dissociatives et de leurs nombreuses manifestations avec la ou les partie(s) les plus adultes de leurs patients, typiquement la ou les PAN. D'abord ils

renforcent ces PAN en enseignant des compétences d'ancrage, de régulation et de fonctionnement réfléchi, dans le but d'améliorer le fonctionnement quotidien. Dans les cas de dissociation structurelle tertiaire, c'est-à-dire quand plus d'une PAN s'est développée, les thérapeutes soutiennent une forme positive de communication et de coopération entre ces parties qui fonctionnent dans la vie quotidienne – toujours dans le but d'aider les patients à fonctionner de manière plus intégrée. En général, un point de départ essentiel pour aider la ou les PAN, et ensuite les PE, correspond à la psychoéducation concernant la valeur qu'ont les autres parties pour la vie quotidienne ou la survie ; c'est le cas même pour les PE impliquées dans l'automutilation et les parties imitant l'agresseur, qui sont toutes des tentatives de résolution de problème qui peuvent être conçues comme des actions substitutives. Il est extrêmement utile pour le thérapeute d'expliquer de manière répétée que ces PE vivent encore dans le temps du trauma, incapables de différencier le passé traumatique et le présent – que l'on espère sûr (van der Hart et al., 2010).

Dans le contexte du thérapeute qui souligne constamment la valeur de survie des diverses parties, une façon d'initier une communication constructive entre la PAN et les PE consiste à encourager la PAN à demander quelque chose à la PE (pendant la séance) et aussi à suggérer (si approprié) que d'autres parties écoutent. Un exemple serait de suggérer qu'il existe une PAN qui entend la voix menaçante d'une PE lui commandant de ne rien dire au thérapeute. De cette façon indirecte, le thérapeute (en restant en contact avec la PAN) peut inviter une PE donnée à raconter à la PAN, par exemple, ce dont elle a besoin à l'instant pour se sentir plus en sécurité.

Aider les PAN à accepter les PE. Par la suite, dans la phase de stabilisation, les thérapeutes favorisent chez les PAN une acceptation empathique croissante des PE et une coopération élargie entre les parties dissociatives (Kluft, 2006 ; van der Hart et al., 2006). Plusieurs techniques peuvent être utiles à cette fin. Elles peuvent permettre d'améliorer l'autorégulation, l'autoapaisement et l'acceptation de soi qui constituent des prérequis nécessaires au retraitement des traumas (Phase 2 du traitement orienté par phases). Cependant, de telles techniques peuvent également inclure de petites incursions dans cette phase thérapeutique. La visualisation des "Yeux aimants" de Knipe (2007) constitue une telle technique. La stimulation implicite du système d'action de don de soins de la PAN permet au thérapeute de créer l'opportunité pour cette partie de regarder avec amour et respect une PE infantile

précédemment évitée et méprisée, par exemple, une partie coincée dans les pleurs d'attachement ou écrasée par la honte. Quand la PAN suit les instructions du thérapeute de regarder l'autre petite partie avec amour et tendresse, le patient reçoit des stimulations bilatérales (SBA) et retraite (intègre) les pensées et cognitions qui émergent. Sur la base de cette procédure, une approche plus complexe a été développée afin de restaurer des modes sains de prise de soin de soi chez le patient (en tant que PAN) envers les différentes parties dissociatives (Gonzalez & Mosquera, 2012). Dans ce travail sur les patterns de prise de soin de soi, le patient en tant que PAN apprend à identifier et à reconnaître les besoins de chaque partie dissociative, incluant les PE infantiles, et le système interne de parties est soutenue dans la recherche de moyens de répondre à ces besoins de telle sorte qu'un équilibre soit maintenu ou établi entre les besoins différents des diverses parties.

Graduellement, les parties dissociatives peuvent apprendre à se reconnaître les unes les autres, sans réaction phobique non justifiée, renonçant ainsi à des actions substitutives inadaptées. Ensuite, chaque partie peut apprendre à apprécier les rôles des autres parties, et les (sous-)systèmes d'action qui les motivent, en aidant l'individu dans son ensemble à survivre et à lentement développer une empathie intérieure. Enfin, les parties peuvent commencer à coopérer plus efficacement dans les tâches de la vie quotidienne et dans l'autorégulation.

Lieu de rencontre interne. Le travail d'imagerie impliquant des parties dissociatives qui se rencontrent entre elles peut fortement aider à promouvoir cette compréhension et cette coopération entre parties dissociatives. Ainsi, lorsque la phobie des parties dissociatives a pu être surmontée dans une certaine mesure, les thérapeutes peuvent guider leurs patients dans la création d'une *table dissociative* (Fraser, 1991, 2003) ou d'un *lieu de rencontre interne* (Boon et al., 2011 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; van der Hart et al., 2006). Il peut s'agir d'une pièce spéciale, d'un endroit en nature, ou d'un autre lieu qui paraît confortable. Il peut être utile que ce soit la PAN qui communique avec les autres parties, le thérapeute servant de modèle dans la communication aux parties à travers la PAN. Ces rencontres peuvent initialement ressembler à des réunions professionnelles et les discussions devraient débiter par des sujets relativement mineurs tels que l'établissement d'un ordre du jour pour une journée en particulier, afin de pratiquer la réunion interne et les compétences de prise de décision en équipe. Par la suite, elles peuvent également être

employées de façon constructive pour des rencontres plus personnelles, émotionnelles, telles que le partage interne d'expériences joyeuses ou l'expression partagée de tristesse et de réconfort. Le lieu de rencontre peut constituer un contexte utile pour favoriser l'orientation temporelle et pour développer la coopération et la compréhension/compassion entre parties. Cette coopération interne devient plus faisable quand les parties dissociatives peuvent faire l'objet d'une attention et partager collectivement des expériences intérieures, dont des ressources, en lien avec le moment présent, tout en contenant des souvenirs traumatiques et d'autres sources de distraction. Différentes variantes de cette procédure ont été proposées dans la littérature sur l'EMDR (Bergmann, 2007 ; Forgash & Copeley, 2007 ; Gonzalez & Mosquera, 2012 ; Paulsen, 2007, 2009). Enfin, le lieu de rencontre interne et les lieux sûrs imaginaires (voir textes suivants) peuvent avec le temps faire partie de structures internes plus complexes, telle une communauté interne par exemple (van der Hart, 2012).

Cibler des blocages. La phobie des parties dissociatives, se manifestant à travers différents points de blocage, peut être ciblée de manière répétée avec des procédures spécifiques à l'EMDR. Ces procédures peuvent favoriser le développement interne depuis le conflit entre parties vers l'empathie mutuelle et la collaboration (Gonzalez & Mosquera, 2012). Un exemple consiste à permettre à une partie dissociative d'établir une connexion très nécessaire avec un autre (sous-)système d'action dirigé par une autre partie. Ici, le thérapeute aide ces deux parties à se mélanger temporairement, ce qui permet à la partie qui en a besoin d'accéder à ce (sous-)système d'action et donc au type d'actions dont elle a besoin. Un exemple correspond à celui de la PAN timide d'une patiente avec un TDI qui, en se mélangeant temporairement avec une PE combative, a pu s'affirmer davantage dans sa vie quotidienne (H. Matthes, communication personnelle, 5 juin 2009). Les difficultés à réaliser ces interventions peuvent être surmontées grâce à la psychoéducation et à des procédures EMDR spécifiques. Par exemple, quand la PAN a peur d'une PE hostile qui crie continuellement après elle, et qu'elle ne peut éprouver aucune empathie envers cette PE, alors le thérapeute peut demander à la PAN de regarder cette PE, d'exprimer ses sentiments envers elle, et de remarquer la sensation somatique qu'elle ressent. Une courte série de SBA appliquée sur cette sensation tend à débloquer au moins partiellement l'impasse, soit en engendrant une diminution de la sensation négative, soit en augmentant le fonctionnement réfléchi chez

la PAN, bien que la prudence soit de mise puisque l'ajout de SBA pourrait provoquer plus de détresse. Quand la répugnance de la PAN à dialoguer avec la PE diminue, le thérapeute peut proposer la même possibilité à la PE. De cette façon, la communication interne collaborative peut être renforcée avec des SBA prudentes pour résoudre des "points de blocage" particuliers (Gonzalez & Mosquera, 2012).

Dépasser la phobie des parties imitant l'agresseur

Les explications répétées des thérapeutes concernant la valeur de survie de certaines parties – particulièrement celles qui sont les plus craintes ou méprisées – et les interactions entre elles apprennent aux autres parties dissociatives que des interactions positives avec ces parties sont possibles et gratifiantes pour toutes les parties impliquées ; cela leur apporte un modèle de compétences interpersonnelles positives. Un exemple important correspond à la peur extrême que les PAN et les autres PE éprouvent généralement à l'égard des parties imitant l'agresseur, appelées également parties agresseurs, auteurs ou persécutrices (Kluft, 2006 ; Ross, 1997 ; van der Hart et al., 2006) : les parties dissociatives qui imitent les agresseurs initiaux et qui sont souvent considérées comme telles par les autres parties. Une psychoéducation répétée ou une exploration concernant leur fonction de survie initiale est requise ; par exemple, le fait en tant qu'enfant d'être très attentif aux (ré)actions des agresseurs envers le patient et de tenter de prévenir ces (ré)actions en punissant d'autres parties de façons apprises auprès des agresseurs, telles que les parents abusifs et maltraitants. Ces parties peuvent avoir des capacités fonctionnelles telles que le contrôle ou la force, mais généralement les patients en tant que PAN les rejettent et les autres PE les craignent, parce qu'elles leur rappellent des traits de personnalité de l'agresseur et ses actions maltraitantes. Ceci interfère avec les bénéfices thérapeutiques. La réalisation, sous la forme de différenciation entre l'agresseur réel externe et la forme interne qui lui ressemble, est essentielle au progrès thérapeutique (Paulsen, 2009 ; van der Hart et al., 2006).

Les parties imitant l'agresseur, mais d'autres parties également, sont souvent impliquées dans des conduites autodestructrices, la transgression des frontières lors de contacts avec d'autres personnes, ou restent impliquées dans des abus physiques ou sexuels actuels. De nouveau, il est essentiel de comprendre que ces actions destructrices, aussi inappropriées qu'elles soient, constituent des tentatives de résolution de problème développées dans des circonstances

extrêmes (maltraitantes). Les thérapeutes doivent reconnaître et admettre la fonction de survie initiale et aider les PAN à négocier avec ces parties à propos de solutions alternatives, moins destructrices ou plutôt constructives (C. A. Ross, 1997). Expliquer que ces PE vivent encore dans le temps du trauma, et réagissent donc à des déclencheurs de la même manière que lors de la traumatisation réelle, constitue la première étape. Ensuite aider ces parties à devenir plus orientées dans le présent : la présentification (voir textes suivants). Le système de personnalité du patient dans son ensemble peut devenir remarquablement plus apte à coopérer, à résoudre des problèmes et à prendre des décisions adaptatives.

Surmonter la phobie des parties jeunes et faibles

Lorsque des PAN ou des PE fortes, telles que des PE de combat, méprisent et rejettent des parties infantiles vulnérables et faibles, l'explication du thérapeute du (sous-)système qui assure la fonction de survie de telles parties peut se montrer essentielle dans le développement d'une attitude plus respectueuse et d'acceptation envers elle. Un exemple concerne la PE de combat d'une femme ayant un TDI qui avait subi un viol collectif à l'âge de 17 ans ; pendant ce viol, la PE de combat a été suivie par la partie enfant qui s'est soumise à l'agression massive. En réponse à la partie combattive qui exprimait son dégoût vis-à-vis de cette partie infantile, le thérapeute a demandé : "Avez-vous une quelconque idée de ce qui se serait passé si vous aviez continué à vous battre et si la partie enfant n'avait pas pris le dessus ?" La partie combattive s'est tue un moment puis, manifestement sous le choc, a répondu : "Alors nous aurions été tuées." Ceci a été suivi par une acceptation guidée de cette partie infantile précédemment méprisée. Un autre exemple concerne une femme qui avait été sexuellement abusée par son père dans son enfance. Elle possédait une PE enragée qui ne pouvait pas tolérer une petite PE enfant qui était fortement attachée à son agresseur. Les deux parties ont pu être aidées par la PAN à vivre l'autre comme nécessaire, personnifiant ainsi les tendances contradictoires compréhensibles envers son père. Suite à la psychoéducation, la PAN pouvait comprendre la perspective de chacune des PE (le besoin de s'attacher chez une partie petite fille et l'émotion de haine de l'autre PE). En tant qu'adulte, elle pouvait réaliser qu'en étant enfant, sa meilleure option consistait à devenir divisée. Une telle vision intégrative peut être renforcée par des séries brèves de SBA.

En résumé, il est vital pour le patient de comprendre et d'apprendre à appliquer le principe clé de

l'acceptation, la reconnaissance et la réalisation graduelles des PE et des PAN comme constituant des parties de la même personnalité, et que chaque partie est responsable envers et de toutes les autres parties. Sinon, certaines parties du patient pourraient utiliser le thérapeute comme "gardienne" – par exemple, en utilisant la séance pour pleurer et obtenir un soutien empathique du thérapeute sans progresser – ou s'attendre à ce que le thérapeute écarte, punisse ou contrôle diverses autres parties plutôt que d'assumer la responsabilité personnelle de leurs actions qui après tout constituent le patient en tant que système entier.

Ressources

Le Développement et installation de ressources (DIR) est une intervention très répandue dans la thérapie EMDR (Korn & Leeds, 2002), mais pour les patients présentant un trauma complexe, le concept de ressource doit être élargi. L'apport de ressources signifie faire appel à des ressources émotionnelles, cognitives, sensorimotrices et relationnelles, à des stratégies de renforcement du moi, et à des interventions d'autonomisation du patient. Visant le but de la gestion énergétique fondamentale (sommeil, repos, alimentation suffisants), le développement de ressources somatiques, telles que l'ancrage et la pleine conscience de son corps, et le recours à d'autres expériences sensorimotrices pour favoriser les frontières et la régulation (Ogden et al., 2006) sont très importants.

Le DIR, comme toute autre intervention auprès de patients ayant une dissociation complexe de la personnalité, devrait être réalisé avec l'accord du système entier des parties. Par exemple, une patiente était très phobique d'être abandonnée par des personnes représentant un rôle parental (incluant le thérapeute). Interrogée sur ce dont elle avait besoin pour réduire son activation quand elle était seule dans sa chambre, elle a répondu : "Une confiance dans la connexion, dans l'alliance". La PAN a demandé aux autres parties de la rejoindre dans l'exercice, ce qu'elles ont accepté de faire. Elle a dessiné le symbole de cette confiance : deux mains qui se tiennent. Tandis qu'elle tenait ce dessin, le thérapeute a installé cette ressource chez la PAN à l'aide de SBA tout en suggérant qu'elle (la PAN) reste en contact interne avec les PE avec lesquelles elle partageait ce sentiment.

Orientation temporelle

Une procédure de ressources particulière, très importante dans le développement de l'attention double, est l'orientation temporelle. Comme nous l'avons

déjà indiqué, les PE vivent typiquement dans le temps du trauma et ne distinguent donc pas le passé du présent. Le thérapeute, parlant à travers la PAN et en utilisant des séries courtes et lentes de SBA, peut aider une PE donnée à devenir consciente, dans une certaine mesure, de l'année présente et que *le danger est terminé* (e.g., "Cette partie sait-elle que nous sommes en 2013... que vous êtes un adulte... et que le danger est terminé et que ça ne se passe plus maintenant ?"). Diverses autres interventions peuvent être ajoutées, telles que demander à la PE de regarder la main du patient et de voir, par exemple, une alliance, ou de vérifier la date du journal du jour ou un agenda. L'ajout de courtes séries de SBA peut améliorer la conscience, entraîner une diminution de la tension et favoriser l'intégration grâce aux associations avec des informations adaptatives. Toutefois la prudence est de mise afin d'éviter d'éveiller un matériel qui dépasserait la fenêtre de tolérance du patient. Si des émotions négatives émergent, les SBA doivent cesser ; une exploration supplémentaire est requise afin de comprendre ce qui se passe ; et/ou un ancrage ou une stabilisation devrait être mis en place afin de maintenir le patient dans sa fenêtre de tolérance. Dans la même logique, des sentiments positifs de compassion ou d'autres émotions adaptatives d'une partie (e.g., la PAN) envers une autre (e.g., PE) peuvent également se renforcer à l'aide de séries courtes et lentes de SBA.

Imagerie du lieu sûr

L'imagerie d'un lieu sûr ou tranquille peut aider des parties à gérer des situations déclencheuses prévisibles de la vie quotidienne, des souvenirs hautement bouleversants, des croyances, des discussions entre parties qui peuvent déclencher des souvenirs traumatiques, et d'autres faits redoutés. Ceci comprend des images d'un endroit où elles se sentent en sécurité et protégées, ou, si le concept et l'expérience de la sécurité leur sont encore inconnus, un endroit où elles puissent se sentir plutôt à l'aise (Brown & Fromm, 1986 ; van der Hart et al., 2006). L'installation du lieu sûr est une intervention bien connue des thérapeutes EMDR (e.g., Gelinas, 2003 ; Korn & Leeds, 2002 ; O'Shea, 2009). Chez les patients dissociatifs, elle peut être appliquée de différentes manières, notamment en créant un lieu sûr pour des parties infantiles qui ne devraient pas assister à certaines interactions du patient avec d'autres personnes ou à certaines conversations intérieures entre d'autres parties. Dans certains cas, des groupes de parties dissociatives peuvent partager un lieu sûr commun, dans d'autres, chaque partie peut avoir son propre lieu.

Par exemple, un patient devait de temps en temps gérer des visites très intrusives de ses parents qui prononçaient des commentaires extrêmement négatifs sur tout ce qu'ils notaient chez lui ou dans son appartement. Il avait une PAN qui s'affirmait, mais quand les parents arrivaient, ils déclenchaient immédiatement l'apparition de PE infantiles très soumis qui de peur obéissaient aux parents à tous les égards. La création d'un lieu sûr pour ces parties infantiles – qui s'y rendaient dès que la PAN les y invitait – était une façon de permettre au patient de mettre fin à leur ingérence. Une autre façon a consisté en la création, par la PAN, d'une cape protectrice imaginaire qui augmentait sa confiance en sa capacité à relever ce défi important (Boon et al., 2011 ; van der Hart, 2012).

Cependant, quand le thérapeute utilise de telles techniques de stabilisation sans avoir conscience du système interne de parties dissociatives, sans avoir vérifié si toutes les parties ont donné leur accord pour la procédure et avec les images choisies, et sans avoir une bonne compréhension des caractéristiques des patients sévèrement traumatisés, les résultats peuvent être à l'opposé de ce qui est attendu. Par exemple, une partie hostile peut penser que d'aider une PE enfant à trouver un lieu sûr constitue une tentative d'échapper à son contrôle et saboter sa construction. Ou alors le mot "sûr" peut agir comme déclencheur, étant associé à "l'insécurité de mon enfance". Le patient peut être bouleversé simplement en pensant à toutes les choses importantes qui lui ont manqué. Et en raison de la non réalisation des expériences traumatiques par la PAN, le patient peut choisir en tant que lieu sûr la chambre (dans laquelle il était abusé) dans la maison de son enfance.

Autres utilisations des ressources

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'installation des ressources trouve une large gamme d'applications auprès des patients possédant une histoire de traumatisation complexe. Le DIR peut être très utile non seulement pour la PAN principale mais aussi pour les autres parties dissociatives (incluant les PE). Pour la PAN, des exemples de ressources nécessaires sont l'autorégulation, la permanence des objets, le courage, la compassion envers le système interne et la confiance. Pour les PE mues principalement par un sous-système d'action défensif, les ressources ou compétences nécessaires seront en lien avec la sécurité éprouvée, l'attachement, la force, un style de *coping* proactif adaptatif et l'orientation dans le présent. Pour que le DIR puisse être appliqué avec succès dans ces cas, un travail préliminaire est souvent nécessaire pour surmonter des phobies maintenant la dissociation, telles que la phobie des parties dissociatives. Par exemple,

quand la PAN est renforcée de cette manière, certaines PE peuvent avoir le sentiment que leur adversaire interne reçoit de l'aide pour devenir plus fort et donc capable de les vaincre. Ainsi lorsque le thérapeute tente d'installer une ressource chez un patient ayant reçu un diagnostic de dépression – le thérapeute ignorait qu'elle avait un TDNS – le patient a entendu une voix forte dans sa tête criant : “Si tu lui [la PAN] donnes plus d'énergie, tu auras affaire à moi [la PE].” La conscience du thérapeute de la dissociation de la personnalité du patient peut prévenir ce type de situation, rendant toute intervention plus sûre et efficace pour les patients.

Conclusion

La TDSP et le TAI sont des modèles compatibles dans le travail avec des patients traumatisés et peuvent se compléter. D'une part, la TDSP apporte un cadre complet permettant de mieux comprendre le monde interne complexe et dissociatif des patients ayant des troubles complexes en lien avec le trauma et de guider la conceptualisation de cas. L'approche du traitement orienté par phases souligne la pertinence d'une phase de stabilisation adéquate, incluant la réduction des symptômes, le développement de compétences et l'établissement d'une relation thérapeutique sûre. Elle peut apporter aux thérapeutes EMDR des ressources importantes pour la préparation à un retraitement sûr et efficace des traumas. D'autre part, l'inclusion de procédures EMDR spécifiques, dont les SBA, au cours de la phase de stabilisation peut raccourcir et renforcer le processus thérapeutique. Tout au long de cet article, les propositions de la TDSP et les procédures EMDR spécifiques ont été imbriquées. Ainsi est souligné l'important travail des ressources et du principe de la TDSP selon lequel il faut changer les croyances dites “substitutives” qui prennent la place d'actions mentales et comportementales plus adaptatives et intégratives. Les formes majeures de croyances substitutives et d'actions mentales et comportementales associées comportent les diverses phobies dissociatives dont certaines doivent être systématiquement abordées lors de la phase de stabilisation. En résumé, après ce travail préliminaire nécessaire, les patients seront prêts pour le retraitement EMDR (la synthèse et la réalisation dans les termes de la TDSP), ce qui constituera le sujet d'un prochain article.

Références

Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Bergmann, U. (2007). Hidden selves: Treating dissociation in the spectrum of personality disorders. 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.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65–79.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for clients and therapists*. New York, NY: Norton.
- Brown, D. P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, D., Schefflin, A. W., & Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York, NY: Norton.
- Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York, NY: Norton.
- Dell, P. F. (2009). Understanding dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp. 709–825). New York, NY: Routledge.
- Fine, C. G. & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrications 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. & Copeley, M. (Eds.). (2007). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*. 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.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states in dissociative identity disorder and ego-state therapy. *Dissociation*, 4, 205–213.
- Fraser, G. A. (2003). Fraser's “dissociative table technique” revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(4), 5–28.
- Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91–135.
- Gonzalez, A. & Mosquera, D. (Eds.). (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach*. Charleston, SC: Amazon Imprint.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR in der Behandlung psychotraumatischer Belastungssyndrome* [Thérapie EMDR avec

- l'état de stress post-traumatique]. Stuttgart, Germany: Thieme.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: Summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Janet, P. (1897). Traitement psychologique de l'hystérie. In A. Robin (Ed.), *Traité de thérapeutique appliquée*. Paris, France: Rueff.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417–453.
- Janet, P. (1909). Problèmes psychologiques de l'émotion. *Revue Neurologique*, 17, 1551–1687.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing*. New York, NY: Macmillan.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 131–140.
- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 6, 145–161.
- Kluft, R. P. (1997). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 10, 145–161.
- Kluft, R. P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 289–319.
- Kluft, R. P. (2006). Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 281–304.
- 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.
- Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD. *Journal of EMDR Practice and 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.
- Lazrove, S. & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in clients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9, 289–299.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297–317). New York, NY: Guilford Press.
- Luber, M. & Shapiro, F. (2009). Interview with Francine Shapiro: Historical overview, present issues, and future directions of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 217–231.
- Nijenhuis, E. R. S. & den Boer, J. A. (2009). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp. 337–365). Oxford, United Kingdom: Routledge.
- Nijenhuis, E. R. S. & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 416–445.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'haenen, J. den Boer & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079–1098). London, United Kingdom: Wiley.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- O'Shea, K. (2009). EMDR friendly preparation methods for adults and children. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions II: For depression, eating disorders, performance, and more* (pp. 289–312). New York, NY: Norton.
- 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.
- Paulsen, S. (2009). Act-as-if and architects approaches to EMDR treatment of DID. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Special populations* (pp. 357–387). New York, NY: Springer.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York, NY: Wiley.
- Ross, T. A. (1941). *War neuroses*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Şar, V., Akyuz, G. & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169–176.
- 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* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Solomon, R. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 315–325.
- 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.
- van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 8458. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8458>
- van der Hart, O., Brown, P. & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379–396.
- 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 and 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.

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