

Lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des symptômes dissociatifs chez les enfants et les adolescents

Société internationale pour l'étude de la dissociation

Le groupe de travail de l'ISSD sur les enfants et les adolescents est heureux de présenter les *Lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des symptômes dissociatifs pour les enfants et les adolescents*. En utilisant ces lignes directrices, vous pourriez garder le principe suivant à l'esprit : « les lignes directrices doivent éviter d'encourager une approche trop mécaniste qui pourrait nuire à la relation thérapeutique » (p2) selon les *Critères pour l'évaluation des lignes directrices de traitement* de l'Association Psychologique Américaine (2000). Nous espérons que ces lignes directrices s'avèreront être utiles plutôt que normatives et amélioreront les soins procurés aux enfants et adolescents ayant des symptômes et troubles dissociatifs .

Joyanna Silberg, PhD, Task Chairperson

Ces lignes directrices sont dédiées à la mémoire d'Elaine Davidson Nemzer, 1952-2000

Journal of Trauma & Dissociation, Vol. 5(3) 2004.

I. RELATIONS AVEC LES LIGNES DIRECTRICES ADULTE DE L'ISSD

Les « Lignes directrices pour le traitement du trouble dissociatif de l'identité (trouble de la personnalité multiple) chez l'adulte » sont un des textes de base du Comité pour la Pratique de la Société Internationale pour l'Etude de la Dissociation (ISSD), sorti en 1994 et actualisé en 1997 (ISSD, 1997). Comme il n'y est fait aucune mention des enfants et des adolescents, le conseil exécutif de l'ISSD a demandé à un groupe de travail de s'essayer à des lignes directrices résumant le savoir clinique courant dans le champ qui s'applique directement aux enfants et adolescents.

II. CHAMP D'APPLICATION DES DIAGNOSTICS CONSIDÉRÉS

Bien que les lignes de conduite pour l'adulte de l'ISSD soient spécifiquement consacrées au traitement du trouble dissociatif de l'identité (TDI), la dissociation chez les enfants peut être vue comme un phénomène développemental malléable qui peut accompagner une large variété de présentations dans l'enfance. Les symptômes de la dissociation sont vus dans des populations d'enfants ou d'adolescents avec d'autres troubles comme le trouble de stress post-traumatique (PTSD ; Putnam, Hornstein & Peterson, 1996), le trouble obsessionnel-compulsif (OCD ; Stien & Waters, 1999) et le trouble réactionnel de l'attachement, tant dans les populations générales d'adolescents traumatisés ou hospitalisés (Sanders & Giolas, 1991 ; Atlas, Weissman, & Leibowitz, 1997) que dans celles des adolescents délinquants (Carrion & Steiner, 2000). En raison de cela, ces principes de traitement sont destinés tant aux enfants et adolescents avec des troubles dissociatifs diagnostiqués que pour ceux qui présentent d'autres tableaux cliniques avec des traits dissociatifs. En d'autres mots, les lignes directrices identifient des principes généraux applicables aux processus dissociatifs sans préoccupation pour le diagnostic de consultation de l'enfant [3].

Le diagnostic lui-même donne rarement beaucoup d'indication sur la nature du problème de l'enfant et de son monde. Ces lignes directrices ne sont pas destinées à être une base pour le diagnostic différentiel. Bien que le diagnostic dissociatif s'adressant spécifiquement aux enfants ait été proposé (Peterson, 1991), il n'a pas été inclus dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV-TR ; American Psychiatric Association, 2000) des maladies mentales en sa quatrième édition, texte révisé. Bien que des tableaux de très jeunes enfants semblant rassembler les critères pour le TDI aient été décrits (Riley & Mead, 1988; Putnam, 1997), la prévalence du TDI dans l'enfance est actuellement inconnue. Le diagnostic de trouble dissociatif non autrement spécifié (Tdnas – DDNOS) est le plus commun dans les populations d'enfants et d'adolescents dissociés (Putnam et al., 1996), même si aucun critère diagnostique n'a été établi. Bien que des études de cas individuels d'enfants avec des tableaux dissociatifs curieux et atypiques décrits diversement comme trouble de dépersonnalisation (Allers, White & Mullis, 1997), amnésie dissociative et fugue dissociative (Coons, 1996 ; Keller & Shaywitz, 1986) et TDI (Jacobsen, 1995) continuent à être publiés dans des revues scientifiques, il n'y a toujours pas de réel consensus sur le cas typique et donc pas de consensus sur les critères diagnostiques. Pour cette raison, la perspective sur l'évaluation et le traitement décrits dans ces lignes directrices est basée sur le symptôme.

III. INTRODUCTION

Ces lignes directrices proviennent de la littérature publiée, de matériel des conférences, et de l'expérience clinique des membres du groupe de travail de l'ISSD pour l'enfant et l'adolescent. Comme ce champ est à un stade de développement précoce, ces lignes directrices doivent être envisagées comme préliminaires et comme il se développe, elles seront modifiées pour incorporer de nouvelles recherches au niveau diagnostic et traitement. En réalité, la littérature passée en revue ici, s'étendant sur 16 ans d'écrits sur les phénomènes dissociatifs chez les enfants, montre déjà des glissements dans l'exposé et les recommandations au cours du temps (Silberg, 2000). Malgré la nature changeante et provisoire de notre connaissance sur ce sujet, il est néanmoins important d'avoir quelques lignes directrices pour tenir compte de la symptomatologie dissociative pour les raisons suivantes :

1. Les stratégies de traitement destinées à accroître l'intégration et réduire la dissociation peuvent être très efficaces pour traiter certaines victimes de mauvais traitements les plus sérieusement atteintes, qui sont engagées dans des comportements perturbateurs et autodestructeurs.
2. L'information sur le traitement de la dissociation n'était pas disponible lorsque la plupart des cliniciens suivaient leur formation et c'est important d'organiser l'information clinique pour aider à les familiariser avec des approches de traitement courant.
3. Sans considération attentive pour les caractéristiques développementales, l'application simpliste des approches de traitement de dissociation de l'adulte à l'enfant peut être potentiellement dangereuse pour les enfants

Pour ces raisons, ces lignes directrices sont présentées au bénéfice des membres de l'ISSD et plus largement la communauté clinique. C'est notre espoir que la recherche continuera à modifier et peaufiner ces lignes directrices, et que leur présentation stimulera la discussion, le débat et une analyse ultérieure qui enrichira le champ dans son ensemble. Ces lignes directrices doivent être utilisées en conjonction avec tous les codes éthiques, les codes de santé, les lois et les règles professionnelles qui régissent le comportement du thérapeute au lieu de sa pratique.

IV. QUALIFICATIONS DES PRATICIENS D'ENFANT OU D'ADOLESCENT

A ce stade - dans le développement de ce champ -, l'information à propos de la dissociation de l'enfant et de l'adolescent est toujours en évolution. Une bonne garantie pour « ne pas nuire » est une solide formation sur le développement de l'enfant. Les cliniciens qui traitent les enfants dissociés devraient avoir une formation dans la thérapie de l'enfant et une formation sur le développement de l'enfant à travers des programmes accrédités dans leurs disciplines respectives et être familiers avec une variété d'approches de traitement pour les enfants traumatisés (Cohen & Mannarino, 1998b ; Deblinger & Heflin, 1996. Donovan & McIntyre, 1990 ; Friedrich, 1996 ; Gil, 1996 ; Heineman, 1998 ; James, 1989, 1994 ; Myers, Berliner, Brier, Hendrix, Jenny & Reid, 2002 ; Pearce & Pezzot-Pearce, 1997 ; Prior, 1996 ; Terr, 1991 ; Tinker & Wilson, 1999 ; Wieland, 1997, 1998). De plus, il est recommandé que les cliniciens qui soignent des enfants avec des troubles dissociatifs participent à des conférences de formation continue, développent des relations collégiales comme des groupes d'étude ou d'intervision, et se tiennent au courant de la littérature scientifique. Comme certains de ces enfants ont souffert des formes les plus sévères de maltraitance, le soutien des collègues est particulièrement important pour éviter un état de stress posttraumatique secondaire et un épuisement professionnel. Il est important de comprendre les caractéristiques contretransférentielles subtiles qui affectent les thérapeutes qui travaillent avec des clients traumatisés (Dalenberg, 2000).

Comme la littérature sur le traitement de la dissociation chez les enfants vient d'une variété d'orientation de traitement, le traitement des processus dissociatifs chez les enfants ne requiert pas le recours à un modèle unique, particulier, de traitement. Les lecteurs de ces lignes directrices sont encouragés à adapter ces idées aux canevas avec lesquels ils se sentent le plus à l'aise. L'approche de traitement la plus couronnée de succès pour un cas individuel donné est souvent la plus éclectique, avec le thérapeute qui fait preuve de flexibilité et de créativité dans l'utilisation d'une large variété de techniques disponibles. Ceci est très bien démontré par Cagiada, Camaido, & Pennan (1997) qui ont traité avec succès un garçon qui était dans un coma dissociatif suite à un traumatisme de guerre en utilisant une variété de modalités y inclus l'hypnothérapie, la communication via l'ordinateur et la thérapie par l'art. On encouragera les thérapeutes à avoir l'esprit ouvert à une variété d'approches et à prendre le meilleur de chacune d'entre elles pour faire face aux défis d'une prise en charge d'un enfant ou adolescent particulier.

V. BASE THÉORIQUE

Il n'y pas encore de consensus sur la voie étiologique exacte du développement de la symptomatologie dissociative, mais des modèles théoriques plus récents soulignent des modes d'attachement parent – enfant déficients (Barach, 1991 ; Liotti, 1999 ; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997) et des perturbations dues au trauma dans le

développement de l'autorégulation des transitions d'état (Putnam, 1997 ; Siegel, 1999). Les nouvelles theories lient des modes d'attachement inadaptés directement à un développement cérébral dysfonctionnel qui pourrait inhiber des connexions intégratives dans le développement du cerveau de l'enfant (Schore, 2001 ; Stein & Kendall, 2003). Du point de vue du traitement des enfants et des adolescents, une compréhension développementale de la dissociation revêt le plus de sens c'est-à-dire que la dissociation peut être vue comme une perturbation développementale dans l'intégration de la mémoire adaptative, le sens de l'identité et l'autorégulation de l'émotion. Selon Siegel (1999), l'intégration est définie au sens large comme « comment l'esprit crée un auto-assemblage cohérent d'information et de flux d'énergie à travers le temps et le contexte » (p. 316). En d'autres mots, Siegel voit le développement d'un soi intégré comme un processus continu par lequel l'esprit continue à faire des connexions de plus en plus organisées qui permettent une action adaptée.

Les enfants et les adolescents peuvent présenter une variété de symptômes dissociatifs qui reflètent un manque de cohérence dans l'auto-assemblage de leur fonctionnement mental :

- 1 La conscience inconsistente peut être reflétée par des symptômes d'attention flottante, comme les états de transe ou les « black-out »
- 2 L'oubli autobiographique et les fluctuations dans l'accès au savoir peuvent refléter l'incohérence dans les processus de mémoire
- 3 Les humeurs et comportements fluctuants comprenant des épisodes de rage et de régressions peuvent refléter des difficultés dans l'autorégulation.
- 4 La croyance de l'enfant dans des soi personnels ou des compagnons imaginaires qui contrôlent le comportement de l'enfant peut refléter la désorganisation dans le développement d'un soi cohésif
- 5 La dépersonnalisation et la déréalisation peuvent refléter un sentiment subjectif de dissociation à partir d'une sensation normale du corps et de la perception ou d'un sentiment de soi

On a découvert que les symptômes dissociatifs sont corrélés avec des histoires traumatiques d'abus sexuel substantiel et/ou de maltraitance physique (Coons, 1996 ; Dell & Eisenhower, 1990 ; Hornstein & Putnam, 1992 ; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001 ; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001) et aussi les traumatismes de guerre (Cagiada et al., 1997) et les catastrophes naturelles (Laor et al., 2002). Les symptômes dissociatifs chez les enfants ont aussi été associés avec des styles de parentalité décrits comme négligents (Brunner, Parzer, Schuld, & Resch, 2000 ; Ogawa et al., 1997 ; Sanders & Giolas, 1991), rejetants et inconsistants (Mann & Sanders, 1994). Cependant, on doit noter que chacune des réactions d'enfant aux événements de vie est un processus construit qui est idiosyncrasique et ce qui peut submerger un enfant peut ne pas submerger un autre. Alors que tous les traumatismes ne donnent pas nécessairement lieu à la dissociation, des événements qui n'ont pas été nécessairement définis comme un trauma majeur (des pertes répétitives des figures d'attachement, le rejet par les pairs, l'observation de la violence domestique, des examens médicaux, une instabilité de vie chronique, un abus émotionnel) sont néanmoins retrouvés dans les antécédents des enfants présentant des symptômes dissociatifs. Il peut y avoir des différences individuelles dans la susceptibilité aux symptômes dissociatifs chez les enfants qui peuvent être liés à d'autres traits, tels le penchant à la fantaisie (Rhue, Lynn & Sandberg, 1995) et d'autres traits de personnalité héréditaires (Jang, Paris, Zweig-Frank & Livesley, 1998). Une controverse considérable persiste sur la contribution des facteurs génétiques dans le développement des symptômes dissociatifs (Grabe, Spitzer & Freyerberger, 1999).

Selon Siegel (1999), « les processus interpersonnels peuvent faciliter l'intégration en modifiant les voies réduites selon lesquelles l'esprit peut être amené à s'organiser lui-même » (p.336). Pour cette raison, l'intervention thérapeutique peut viser à fournir de telles relations interpersonnelles nouvelles qui stimulent l'intégration et la cohérence du soi et améliorent l'adaptation.

VI EVALUATION

Dans l'évaluation de la sévérité de la dissociation, il est important de déterminer comment les ruptures d'identité, de conscience ou de mémoire entravent l'accomplissement des tâches du développement normal. Dans le meilleur des cas, une révélation de la part de l'enfant de l'identité fragmentée de soi ou une expérience marquée par la discontinuité peut permettre à un thérapeute sensibilisé à aider l'enfant à reconnaître un affect ou des expériences préalablement désavoués, à minimiser le comportement autodestructeur et perturbateur, à accroître la responsabilité personnelle et éventuellement à accomplir l'intégration développementale normale. Ceux qui évaluent les enfants et les adolescents devraient garder ce but thérapeutique à l'esprit.

A. Cadre général

Le diagnostic peut inclure les composantes suivantes (celles qui sont marquées d'un astérisque sont essentielles) :

1. tests de discrimination ;
2. interviews cliniques *
3. Interviews cliniques structurés
4. Tests psychologiques
5. Présence d'une comorbidité *
6. Evaluation médicale *
7. Interventions pharmacologiques et hypnotiques
8. Evaluation continue pendant le traitement.

1. Tests de discrimination (screening)

Ils sont utiles mais ni essentiel ni diagnostiquant et peuvent inciter le clinicien à interviewer plus en profondeur l'enfant et le parent pour ce qui concerne les symptômes et les expériences dissociatifs:

- a. les questionnaires remplis par les enfants eux-mêmes incluent l'échelle d'expériences dissociatives (A-EED ; A-DES ; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero & Smith, 1997 ; Farrington, Waller, Smerden & Faupel, 2001 ; Smith & Carlson, 1996), l'échelle d'altération perceptuelle des enfants (CPAS ; Evers-Szostak & Sanders, 1992) et le questionnaire dissociatif (DisQ ; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen & Verkes, 1993). Un questionnaire rempli par l'adolescent lui-même qui pourrait être diagnostique est l'Inventaire Multidimensionnel de la dissociation (A-MID ; Dell, 2002 ; Ruths, Silberg, Dell & Jenkins, 2002).
- b. Les parents peuvent identifier les comportements dissociatifs avec la liste de vérification de la symptomatologie dissociative de l'enfant (Children Dissociative checklist ; Putnam, Helmers & Trickett, 1993) qui a une excellente validité et fiabilité (Putnam & Peterson, 1994).

2. Interviews cliniques

Une histoire complète, de la part d'informateurs fiables aussi bien que de l'enfant, est un point de départ fondamental pour l'évaluation. Dans les interviews de l'enfant, la famille et d'autres tiers, on fera attention à ce qui suit :

- a. les amis imaginaires et d'autres objets transitionnels, les hallucinatoires auditives et visuelles, l'oubli rendant perplexe, les pensées et les sentiments intrusifs, l'engourdissement, l'anxiété, les cauchemars, les autoblessures, les flashbacks, les préoccupations somatiques, les préoccupations sexuelles, la dépersonnalisation et la déréalisation et l'altération de l'identité et la confusion (voir l'évaluation symptomatique ci-dessous). Des interviews assez bien structurées ont été décrites (Hornstein, 1998 ; Lewis, 1996) mais avec des précautions dans l'interview (Silberg, 1998c)
- b. L'environnement familial: la sécurité émotionnelle et physique ; les modalités dysfonctionnelles de la famille; l'histoire de la maladie psychiatrique de tous les membres de la famille; les secrets de famille qui peuvent avoir un impact sur l'enfant; les sources de soutien en dehors de la famille immédiate; les pratiques et croyances qui sont inhabituelles pour la culture d'une famille ou du groupe ethnique.
- c. Ce qui relève spécifiquement de la dissociation: la familiarité de l'enfant avec le matériel sur la dissociation venant des livres, films ou conversations de la famille; l'investissement familial ou l'intérêt ou la compréhension de la dissociation ; l'histoire multigénérationnelle de dissociation (Braun, 1995 ; Coons, 1985 ; Yeager & Lewis, 1996).
- d. Le fonctionnement de l'enfant dans d'autres situations, par exemple l'école, avec des pairs
- e. L'équilibre entre les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants. Ces derniers incluent les circonstances de vie actuelles qui maintiennent des symptômes discontinus même si les modes dissociatifs sont installés à un âge plus précoce. Les facteurs de perpétuation sont importants pour la planification du traitement approprié, puisque les familles peuvent essayer de se centrer exclusivement sur l'histoire passée de l'enfant et résister à regarder leur propre dysfonctionnement actuel.

3. Les interviews cliniques structurés

Aucune liste d'interview diagnostique n'a été validée pour les enfants et les adolescents. Cependant, l'interview clinique structurée pour les troubles dissociatifs DSM-IV (SCID-D ; Steinberg, 1994) a été utilisée pour les adolescents qui peuvent maintenir leur attention de manière adéquate et qui ont un fonctionnement cognitif moyen ou supérieur (Carrion & Steiner, 2000 ; Steinberg & Steinberg, 1995).

4. Le testing psychologique formel

Cela n'a pas valeur de diagnostic mais peut être une corroboration. Les signes comportementaux et les traits de réponse typiques des patients dissociés incluent l'oubli, l'imagerie traumatique et le témoignage d'un style de résolution de problème passif (Silberg, 1998b).

5. L'évaluation de la comorbidité

La comorbidité est habituelle dans les troubles dissociatifs. Les lignes directrices de la pratique courante (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998) peuvent être utiles dans la discrimination: du trouble obsessionnel-compulsif, des troubles alimentaires,

l'état de stress posttraumatique, le trouble d'attachement réactionnel, le trouble d'hyperactivité et de déficit de l'attention, les troubles de l'humeur, les troubles d'abus de substance et les troubles spécifiques du développement (Hornstein, 1998 ; Peterson, 1998).

6. L'évaluation médicale

L'évaluateur doit exclure toutes les affections médicales générales qui peuvent imiter les troubles dissociatifs. Cela inclut les troubles épileptiques, d'autres maladies neurologiques, des allergies, une exposition aux toxines, ou des effets des drogues légales ou illégales (Graham, 1998 ; Lewis, 1996).

7. Investigations diagnostiques pharmacologiques et hypnotiques

- a. L'amobarbital sodique et d'autres interventions pharmacologiques ne sont pas recommandés dans l'évaluation des enfants et des adolescents.
- b. Il y a un soutien relatif pour l'utilisation de l'hypnose comme outil diagnostique pour évaluer les enfants et adolescents pour le TDI et les troubles dissociatifs atypiques (Benjamin & Benjamin, 1993 ; Kluft, 1985 ; Williams & Velazquez, 1996). Cependant, il existe des complications judiciaires aux Etats-Unis d'Amérique qui peuvent aussi survenir dans d'autres juridictions : le tuteur légal doit donner sa permission explicite; les risques doivent être expliqués, y compris les risques judiciaires en ce qui concerne la non-admissibilité possible du témoignage dans les procédures aux tribunaux. Pour ces dernières raisons, l'hypnose est seulement recommandée comme une stratégie/évaluation urgente pour atteindre des enfants sévèrement aréactifs lorsque d'autres méthodes se sont révélées inefficaces.

8. Evaluation continue durant le traitement

- a. La meilleure évaluation est celle qui a lieu dans le cadre du travail thérapeutique en cours, où la réceptibilité de l'enfant à l'intervention peut être évaluée en continu, et où de nombreux inputs de la part des professeurs, parents et autres observateurs de l'enfant peuvent être obtenus de manière continue.
- b. L'évaluation devrait être guidée par des considérations pragmatiques sur la manière d'interrompre un comportement perturbateur. L'équipe thérapeutique devrait planifier de fréquentes évaluations des symptômes dissociatifs pour se faire une idée des progrès.
- c. Le diagnostic peut devenir une source de conflit et de dissension parmi les membres d'une équipe thérapeutique. Parfois la dissension dans une équipe reproduit les tiraillements contradictoires dans la famille ou à l'intérieur de l'enfant, et la sensibilité à ce niveau d'analyse peut encourager la résolution de problèmes intégratifs pour l'équipe, la famille et l'enfant.

B. Evaluation du trauma

1. Dissociation et trauma

Il y a une forte corrélation entre les événements traumatiques et les symptômes dissociatifs. Donc, certains enfants se présenteront à l'évaluation avec à la fois des symptômes dissociatifs et une histoire documentée de services juridiques et sociaux concernant le trauma. Mais d'autres se présenteront seulement avec des symptômes ou leur histoire mais pas les deux ; d'autres encore se présenteront sans l'une ni les autres.

- a. lorsqu'il y a une histoire clairement documentée de trauma, l'enfant n'aura pas nécessairement des symptômes dissociatifs, bien qu'une telle histoire devrait conduire à un examen plus approfondi de la dissociation. A la place, l'enfant peut manifester des affections habituellement comorbides avec la dissociation (voir ci-dessus), sans symptômes dissociatifs comme tels.
- b. Lorsqu'il y a des symptômes dissociatifs mais pas d'histoire de trauma documentée, par exemple pas de révélations par l'enfant, la famille ou d'autres témoins d'actes abusifs, la présence de symptômes ou de troubles dissociatifs n'est pas suffisante en soi pour former une preuve significative d'un trauma préalable, comme un abus sexuel ou un autre trauma spécifique.
- c. L'histoire du trauma peut être masquée par l'amnésie de l'enfant, le déni de la famille ou l'absence de documents. Une révélation ultérieure par l'enfant, la famille ou d'autres témoins des actes abusifs peut survenir au cours d'une période d'évaluation approfondie.

2. En gardant à l'esprit ce qui précède, le clinicien devrait mener une évaluation approfondie des événements traumatiques dans l'histoire de l'enfant. Cela inclurait :

- a. Maltraitance physique, abus sexuel, abus émotionnel, rejet douloureux par les pairs, témoin de violence, implication dans des activités criminelles organisées comme la pornographie infantile et des partouzes (Bidrose & Goodman, 2000)
- b. Négligence, attachement inadéquat
- c. Perte telle que la mort d'un parent, perte d'un parent à cause d'une séparation, d'autres pertes ou expériences avec la mort, les maladies d'un enfant ou d'autres membres de la famille.

3. Précautions dans l'évaluation

- a. Gardez à l'esprit de plusieurs hypothèses sur les raisons de récits d'événements traumatiques d'apparence bizarre ou improbables, notamment parce qu'ils peuvent être vrais (Everson, 1997). Méfiez-vous de l'inexactitude, de la distorsion, de la manipulation, de la tromperie ou de la confabulation, qui peuvent affecter le récit du trauma de la famille ou de l'enfant. Continuez à évaluer et réévaluer dès que de nouvelles informations deviennent disponibles.
- b. Evitez des questions suggestives dans l'évaluation des réponses des enfants lors d'interview (Coulborn-Faller & Everson, 1998 ; Fivush & Schwarzmuller, 1995 ; Goodman & Bottoms, 1993 ; Peterson & Biggs, 1997).
- c. Suivez les lignes directrices professionnelles (Société américaine professionnelle sur l'abus d'enfants, 1997 ; Association Psychologique Américaine, 1998)

4. Trauma et amnésie

- a. Certaines amnésies autobiographiques sont un phénomène développemental normal (Siegel, 1996).
- b. Si la fréquence de l'amnésie traumatique des enfants et adolescents est inconnue, l'expérience clinique suggère que les enfants et les adolescents peuvent se rappeler soudainement des souvenirs jusque-là indisponibles pendant ou en dehors des séances de thérapie. Ce processus a été documenté dans des cas où les événements traumatiques ont été corroborés (Corwin & Olafson, 1998 ; Duggal & Sroufe, 1998).

- c. Puisque la mémoire des enfants est renforcée par la pratique et la répétition et est supérieure pour les événements qui sont familiers (Ornstein, 1995), les expériences d'abus sexuel peuvent ne pas être accessibles au rappel, spécialement lorsqu'elles sont enveloppées dans le secret.
- d. La mémoire pour les événements traumatiques chez les enfants dans les familles incestueuses peut également être affectée par des tiraillements contradictoires intenses liés à l'attachement et à la sécurité, lorsque la source de l'abus est aussi la source du nourrissage (Freyd, 1996). De plus, les menaces violentes d'un auteur peuvent produire des incitations puissantes à écarter certains événements traumatiques de l'attention consciente de telle sorte qu'un enfant peut s'adapter plus efficacement aux attentes jour après jour.
- e. Les enfants peuvent manquer de mémoires verbales pour les événements traumatiques, mais présenter une connaissance des événements à travers des modalités sensori-motrices ou des symptômes somatiques en lieu et place (Burgess, Hartman & Baker, 1995 ; Fivush, Pipe, Murachver & Reese, 1997 ; Stien & Waters, 1999 ; Terr, 1991). Les évaluateurs devront être sensibles à la manière dont les enfants jouent, leurs créations artistiques, leurs mises en actes comportementales, et aux caractéristiques somatiques qui peuvent être le reflet ou donner des informations sur les événements traumatiques.

5. En considérant une histoire de trauma, tout comme l'évaluation de symptômes dissociatifs, l'attention aux stressors du passé doit être contrebalancée par l'attention aux stressors actuels (facteurs perpétuant) parce qu'ils peuvent encourager une adaptation dissociative continue.

C. Evaluation des symptômes

Dans l'évaluation de la sévérité des symptômes dissociatifs, prenez en considération à quel point le symptôme perturbe les expériences du développement normal comme le jeu avec les amis, aller à l'école et jusqu'où les comportements de l'enfant et les vécus dévient de ce qui est caractéristique des phénomènes développementaux normaux.

1. Etats de transe

Les états de transe ou « black outs » peuvent s'étendre d'absences d'attention momentanées (normales chez les enfants et les adolescents) jusqu'à de plus longues périodes de non-réponse à un sommeil excessif ou à la syncope, à des états décrits comme coma (Cagiada, 1997). Déterminez ce qui favorise ces absences d'attention, combien de temps elles durent, ce qui semble les interrompre, quelles conséquences ces interruptions ont pour l'enfant et ce que vit l'enfant durant ces états.

2. Amnésie et oubli transitoire

L'amnésie vraie du comportement récent propre est vraiment rare et ressort d'un diagnostic d'un processus dissociatif plus sévère. Plus communément on rencontre l'amnésie pour les événements traumatiques du passé. Plus fréquent encore est l'oubli transitoire qui disparaît rapidement lorsque l'enfant travaille avec un thérapeute empathique; par exemple, les parents peuvent rapporter que l'enfant n'a pas de souvenir pour un événement ; les enfants peuvent utiliser l'expression « j'ai oublié » comme distraction, par culpabilité ou honte, ou par manque de relation avec l'intervieweur.

Demander aux enfants s'ils oublient les bonnes choses (bonnes notes, fêtes d'anniversaire) comme les mauvais comportements ou les épisodes de colère (Hornstein, 1998) peut aider à discriminer entre l'amnésie ou l'absence de volonté de raconter.

D'autres techniques utiles pour évaluer les problèmes de mémoire sont les suivantes :

- s'enquérir doucement avec le parent hors de la pièce.
- aider l'enfant à exprimer des sentiments associés avec le comportement oublié
- jeu de rôle du comportement oublié
- donner d'abondants repères contextuels
- diminuer le sens de la honte de l'enfant
-

3 Les camarades de jeux imaginaires

Faites particulièrement attention à différencier les camarades de jeux imaginaires normaux et le matériel fantasmagorique des symptômes dissociatifs pathologiques. La pathologie dissociative est suggérée lorsque l'implication dans le fantasme interfère avec l'activité normale, lorsque les enfants sentent que leur comportement est hors de leur contrôle, lorsqu'ils vivent les camarades imaginaires comme réels, et lorsqu'ils perçoivent les figures imaginaires comme étant en conflit les unes avec les autres (Silberg, 1998c ; Trujillo, Lewis, Yeager & Gidlow, 1996).

4. Présence d'alter dans l'identité et changements d'état

Certains enfants peuvent sentir la présence d'autres « internes », des alters, des états du moi, des états de soi, des personnalités, etc. (dans le contexte de ces lignes directrices, tous ces termes sont synonymes). Ne soyez pas trop suggestifs dans le questionnement parce que cela peut encourager l'enfant à feindre un comportement pour plaire à l'évaluateur ; utilisez le langage familier de l'enfant. Au lieu d'encourager l'enfant ou l'adolescent à changer des identités alternantes, ou des « états de soi » (Peterson, 1996), encouragez l'enfant à faire des connexions internes qui promeuvent la conscience d'autres états, affects ou des passages d'identités. Si un enfant est observé en train de modifier le comportement ou l'affect spontanément durant l'évaluation sans votre avis, essayez de déterminer quels stimuli ont provoqué le changement d'état et de comprendre les fonctions des changements d'état pour l'enfant (par exemple, l'évitement, l'encouragement d'un comportement de soin, l'expression de la rage). Évaluez ensuite la mémoire de l'enfant pour le changement d'état, et aidez l'enfant à faire des connexions entre les sentiments et les comportements et explorez les stratégies d'adaptation alternatives. Cela étant dit, certains thérapeutes soutiennent que des cas réfractaires de dissociation sévère chez les adolescents peuvent nécessiter des évaluations et des interventions plus directives (Kluft, 2000).

5. Normalement les enfants passent par des changements d'affect et de comportement au cours de l'interview. Soyez prudents de ne pas rendre pathologiques des modifications d'état normales. Enquêtez sur le sens subjectif de discontinuité et sur n'importe quels stimuli qui précèdent un changement d'état, d'humeur, de capacité ou d'identité perçue. Fréquemment, le stimulus peut être un sentiment associé avec un événement traumatique ou une pensée associée de l'enfant qu'il trouve trop effrayante ou embarrassante à reconnaître. Les enfants avec des symptômes dissociatifs ont souvent des manières très colorées pour décrire ces phénomènes qui sont clairement le fait qu'ils vivent ces changements comme dramatiques, incontrôlables, et déroutant. Même pendant

l'évaluation, essayez de connecter ces changements au départ curieux avec les propres perceptions de l'enfant, ses sentiments, ses buts, ses intentions et les significations de communication, même si ils ne sont pas évidents à première vue. Faire ces connexions vous donnera une meilleure idée de la réceptivité de l'enfant à la thérapie et de la sévérité de la dissociation. Une régression subite, un comportement furieux, une perte apparente de conscience, ou soudainement parler de quelqu'un à la troisième personne ou avec un nouveau nom sont des changements qui suggèrent une difficulté dans l'intégration de l'affect, de la conscience, ou de l'identité et sont cohérents avec le TDI. Évaluez les réactions de la famille et des autres à ces changements de contexte pour comprendre certaines des influences modélisantes en cours qui peuvent promouvoir la dissociation.

6. Dépersonnalisation, déréalisation, abus de substance

Certains sentiments de dépersonnalisation transitoire sont habituels chez les adolescents. Il faut les distinguer de la dépersonnalisation et la déréalisation compliquées par l'abus de substances, qui peuvent y contribuer (Carrion & Steiner, 2000).

7. Symptômes somatiques

Enquêtez sur les symptômes somatiques (par exemple, des maux de têtes, des douleurs à l'estomac, une autre douleur non diagnostiquée) ainsi que sur la dissociation somatoforme, qui inclut des symptômes de perte de sensations physiques, une tolérance à la douleur inhabituelle ou une sensibilité à la douleur et d'autres anomalies sensori-perceptuelles (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden 1996).

8. Symptômes posttraumatiques

Ils comprennent des symptômes positifs, comme les cauchemars, les terreurs nocturnes, des hallucinations hypnagogiques perturbantes, des pensées et souvenirs traumatiques intrusifs, des reviviscences ou des flashbacks, et mises en acte ; aussi bien que des symptômes négatifs comme l'engourdissement et l'évitement.

Des instruments discriminants standardisés comme le Trauma Symptom Checklist pour enfants (TSCC, Briere, 1996), la checklist pour les symptômes traumatiques pour les jeunes enfants (Briere et al, 2001) ou l'inventaire pour l'ESPT des enfants (Saigh et al., 2000) peuvent aussi assister à cette évaluation (voir aussi Nader, 1977)

9. Des comportements sexuellement réactifs ou délictueux peuvent survenir chez les enfants traumatisés et peuvent co-apparaître avec une symptomatologie dissociative. Faites la distinction entre des comportements sexuels normaux, des réactions sexualisées, et des comportements agressifs sexuellement chez des enfants et adolescents et évaluez le rôle que joue la dissociation dans le maintien de ces comportements (Friedrich et al., 2001 ; Johnson, 2002).

10. Le comportement d'automutilation est habituel parmi les teen-agers dissociés, ce qui peut inclure les scarifications, les brûlures, se griffer ou se frapper la tête. Ce comportement peut être secret, peut servir de fonction de régulation de l'affect, et peut être effectué dans un état de transe dissociative ou utilisé pour faciliter ou interrompre un tel état. Enquêtez doucement sur toutes les étapes de l'automutilation (coupures, brûlures, se frapper, etc...) c'est-à-dire la planification, la préparation, la manière de faire et la récupération, puisque certaines ou toutes les étapes peuvent être faites dans

un état dissocié (dépersonnalisé, engourdissement, état de transe, état de robot, état comme en rêve etc.). Enquêtez si ils ont vécu un soulagement par une telle automutilation, si l'affliction de la douleur externe réduit habituellement la douleur interne.

VII. TRAITEMENT

A. Durée et évolution du traitement

1. La plupart des cas de dissociation grave d'enfants et adolescents ne sont pas aussi difficiles et de longue durée que les cas d'adultes. Une attitude optimiste facilite le rétablissement. Malgré la nature réfractaire de nombreux cas d'adolescents (Dell & Eisenhower, 1990 ; Kluft & Schultz, 1993), il y a aussi de très nombreux cas avec de très bons résultats (Dell & Eisenhower, 1990 ; Silberg, 2001a, 2001b ; Silberg & Waters, 1998). La thérapie d'adolescent dans des cas de familles instables peut donner lieu à des buts d'intervention de crise plus limités et à la promotion de la stabilité avec des aides intermittentes (Wieland, 1997). Avec des enfants plus jeunes dans des résidences instables, les efforts de traitement devraient se concentrer sur la stabilisation des placements.
2. La durée ou la fréquence du traitement ne peut pas être prescrite mais on peut s'appuyer sur la sévérité du patient et les circonstances familiales et les contraintes familiales. Il est approprié de garder un esprit ouvert et une position pleine d'espoir sur la possibilité de traitement rapide, même en face de la présentation la plus sévère comme cela a lieu dans de nombreux cas (Kluft, 1984, 1985 ; Peterson, 1986 ; Silberg & Waters, 1998). Dans certains cas, le traitement peut être intermittent si les besoins de l'enfant changent.
3. Le thérapeute doit évaluer dès le début la disponibilité des ressources et planifier l'éventualité de services plus restrictifs, si nécessaire (Kluft, 1996). Cependant la coordination multidisciplinaire peut souvent prévenir le recours à ces services plus restrictifs.

B. Rôle du thérapeute

1. les thérapeutes doivent forger une connexion empathique avec l'enfant tout entier, y compris avec ses vécus et affects désavoués que l'enfant peut percevoir contenus dans les voix, les amis imaginaires ou les états du moi, de telle sorte que l'enfant se sent complètement accepté à tous les niveaux de son expérience. Cette connexion empathique est la clé pour l'enfant pour commencer à accepter son vécu et ses affects désavoués et pour prendre la responsabilité d'avancer.
2. La continuité dans le rapport du thérapeute avec l'enfant à travers tous les changements est un ingrédient-clé dans la thérapie.
3. Le traitement des enfants et adolescents avec la sévérité souvent présente dans ces cas est souvent un effort d'équipe incluant le parent, le thérapeute, l'école, le pédiatre et d'autres personnes impliquées dans le cas. Les thérapeutes doivent se familiariser avec tous les membres de l'équipe et développer une forme de communication régulière. Aucun enfant ne peut être complètement traité dans l'isolement, et la cohérence d'approcher l'enfant dans tous les dispositifs peut aider à encourager l'intégration et vaincre les barrières dissociatives. La communication dans l'équipe va se focaliser surtout sur la sécurité et le soutien de l'enfant et le développement d'attentes cohérentes pour l'enfant, aussi bien que la compréhension des influences internes qui affectent la capacité de l'enfant à contenir des comportements destructeurs ou perturbateurs.
4. Comme avec tout traitement d'enfants, le thérapeute doit mettre en équilibre la confidentialité offerte à l'enfant avec les droits des parents d'accueil pour procéder aux

enregistrements et à l'information qui peuvent avoir des implications menaçantes pour la vie et doit expliquer la politique vis à vis de cela tant à l'enfant qu'aux parents au début de la thérapie.

C. Précautions spéciales dans le traitement de la symptomatologie dissociative.

Ce qui suit sont les points d'appui habituels dans le travail avec les enfants dissociatifs et leurs familles :

1. Atteindre la sécurité physique est un premier but qui dépasse tout autre travail thérapeutique. Les rapports aux services de protection locale de l'enfant sont nécessaires chaque fois qu'un cas de maltraitance de l'enfant est soupçonnée. Les cliniciens doivent suivre les lignes directrices connues dans leur propre juridiction régionale. Dans les cas où le thérapeute conclut que les arrangements dictés juridiquement en cours ne sont pas dans le meilleur intérêt de l'enfant, c'est l'obligation du thérapeute d'offrir des recommandations au protecteur habituel de l'enfant, à l'avocat, à l'assistant social, au procureur, au tuteur en charge en fonction des découvertes du thérapeute.
2. Le thérapeute devrait reconnaître son rôle comme un renforceur potentiellement puissant et formateur du comportement de l'enfant ou de l'adolescent. Une position d'écoute chaleureuse, empathique, impartiale et une curiosité ouverte peut encourager les enfants décrire dans leur langage propre les influences contrastées, les amis imaginaires ou les états de soi qu'ils perçoivent comme affectant leur comportement.
3. Un but important de la thérapie est pour l'enfant d'accroître son apprentissage dans des voies d'adaptation et de flexibilité pour gérer l'affect et pour intégrer les vécus, passés, présents et nouveaux de telle sorte que le développement ne soit pas compromis. L'enfant devrait être encouragé à participer à des activités « normales » telles que le sport, l'art ou la musique. S'il apparaît que l'enfant régresse en thérapie, le thérapeute devrait revoir le cours du traitement, évaluer la sécurité de l'environnement, évaluer les stress potentiels (par exemple, le témoignage judiciaire, les visites, trop d'attention sur les événements traumatiques) et chercher d'autres consultations sur la façon de modifier l'approche du traitement de telle manière que l'enfant progresse le long de sa trajectoire développementale le plus normalement possible.
4. Surtout des interventions spéciales ou zélées (par exemple isoler les enfants des pairs ou de l'école pour des longues périodes de temps, des systèmes de contrainte physique) tendent à renforcer la dissociation plutôt que de la diminuer et peuvent soutenir les convictions enracinées d'une famille ou d'un système sur les incapacités de l'enfant.
5. Les familles peuvent se concentrer défensivement sur le passé et éviter la discussion sur les stressors courants qui maintiennent les adaptations dissociatives. Le thérapeute devrait aider la famille à trouver des solutions créatives aux problèmes actuels, tout en explorant les sentiments des événements passés qui continuent à contribuer aux difficultés actuelles.
6. Tous les traitements devraient inclure une intervention avec la famille qui habituellement donne des soins à l'enfant ou l'adolescent. La famille doit être aidée à comprendre les peurs de l'enfant et la colère sous-jacente sans pour autant les accepter comme excuses à un comportement irresponsable. Cette intervention peut faire partie de la thérapie habituelle ou être faite en collaboration étroite avec un thérapeute familiale. Les thérapeutes devraient rester attentifs à la nécessité de renvoi des parents à un traitement lorsque les propres problèmes de santé mentale des parents interfèrent avec le traitement de l'enfant.
7. Le thérapeute doit aider l'enfant et la famille à comprendre que tout état de soi ou les identités alternantes sont réellement une partie de l'enfant et que l'enfant en entier est responsable de son comportement. Il faut considérer l'enfant comme un, unifié et responsable. La famille doit être encouragée de ne pas demander l'« enfant gentil » ou le

« bon comportement » mais à interagir avec l'enfant tout entier, lorsqu'on sollicite l'enfant d'accepter la responsabilité d'un comportement ou d'un affect désavoué. Le thérapeute peut aider l'enfant à accroître son contrôle sur son comportement, et les adultes doivent être prudents de ne pas augmenter la dissociation involontairement en mettant indûment l'accent sur la division.

D. Buts thérapeutiques

1. Aider l'enfant à atteindre un sens de la cohésion sur ses affects, cognitions et le comportement associé.

Bien que l'enfant puisse percevoir ses émotions et son comportement hors de son contrôle, le but de la thérapie est d'accroître chez l'enfant le sens de la conscience de ses sentiments et de de la responsabilité pour le comportement associé. Le thérapeute devrait aider gentiment mais fermement l'enfant à accepter la responsabilité lorsque des limites sont imposées à un comportement qu'il sent hors de son contrôle et les parents doivent continuer d'imposer ces limites malgré le sentiment de frustration de l'enfant. Cette frustration est, en partie, ce qui stimule la conscience interne (co-conscience) qui mène au changement. Lorsque l'enfant perçoit que son comportement est contrôlé par un ami imaginaire ou un autre aspect dissocié de soi, le traitement souligne de manière appuyée les motivations, souvenirs et sentiments que l'enfant a eu difficile à intégrer dans une conscience centrale et, avec le temps, cela promeut un sens de soi intégré et cohérent.

2. Augmenter la motivation pour la croissance et le succès futur

- a. Aider l'enfant à croire à ses propres réalisations et potentiels. Augmenter la motivation pour le succès et l'accomplissement futur. Cela renforce l'intégration et aide à vaincre la résistance au changement.
- b. Informer sur la manière dont la dissociation empêche la croissance et le changement. Cela encourage l'enfant à abandonner les stratégies dissociatives au cours du temps

3. Promouvoir l'acceptation de son comportement et la connaissance de soi sur des sentiments vus comme inacceptables.

- a. La dissociation peut protéger l'enfant de la conscience ou vécu de ses sentiments de rage, déception, deuil, doute, peur, honte, de douleur physique ou de sexualité. Augmenter la connaissance sur ces sentiments aide à favoriser l'intégration. L'éducation sur la sexualité (Wieland, 1998) et l'affect peut aider à ce processus. L'information sur des souvenirs implicites et précoces et sur la manière dont ils peuvent affecter l'intégration développementale peut aussi aider à la fois les enfants et les parents à comprendre le vécu de dissociation de l'enfant.
- b. Les techniques de gestalt incluant la dramatisation et qui donc donnent une voix à une diversité de sentiments contradictoires (Shirar, 1996 ; Waters& Silberg, 1998a, 1998b) peuvent stimuler ce processus de conscience de soi et favoriser l'acceptation de sentiments dissociés.
- c. Modéliser l'acceptation de tous les sentiments contrastés et rappeler le patient de ces sentiments lorsqu'ils ne sont pas immédiatement accessibles. Cela aide à faire tomber les barrières dissociatives.

2. Aider l'enfant à résoudre les sentiments conflictuels, les désirs, loyautés, identifications et attentes contrastées
 - a. L'enfant peut les percevoir comme des conflits entre les voix internes, des amis imaginaires ou des identités en conflit. Le thérapeute aide l'enfant à trouver des manières d'exprimer ces conflits directement, à examiner les deux versants du conflit, et à trouver des solutions au problème dans le sens de l'intégration, de telle sorte qu'avec le temps il n'est plus besoin d'une fuite dans la dissociation ou d'une fragmentation de l'identité.
 - b. La thérapie par le jeu dans laquelle ces conflits divers, ces attentes de rôles contrastant ou ces sentiments dissociés sont actualisés dans le jeu, et amené à la conscience par les commentaires du thérapeute, peut encourager l'intégration naturelle et le développement d'une identité cohérente chez des enfants plus jeunes (Albini & Pease, 1989 ; Laporta, 1992). Cela peut être facilité par des activités de jeu spécifiques ou par des techniques d'imagerie mentale ou hypnotiques (Gil, 1991 ; Kluft, 1985 ; McMahon & Fagan, 1993 ; Shirar, 1996 ; Waters & Silberg 1998b). Avec des teenagers, certains thérapeutes conseillent que le patient s'écrive des lettres ou dramatise les dialogues internes à voix haute pour faciliter la résolution de souhaits ou sentiments concurrents. Ces exercices favorisent l'auto-cohésion sans renforcer la séparation des identités. Les thérapeutes devraient prendre note de situations où de tels conflits ne peuvent être résolus sans un changement concomitant dans l'environnement. Par exemple, les enfants peuvent être pris dans des batailles pour leur garde – lorsqu'il y a des attentes largement divergentes entre des parents – qui peuvent conduire à un sentiment d'identité fragmenté. L'enfant seul ne peut pas résoudre cela sans que la pression de l'environnement ne soit levée.
3. Désensibiliser les souvenirs traumatiques et corriger les attitudes apprises envers la vie du fait des événements traumatiques
 - a. Parler à l'enfant des vécus envahissant et des affects et perceptions associés. Cela aide à désensibiliser l'enfant des réponses de peur conditionnées à tout souvenir effrayant. L'accès de l'enfant à ces souvenirs peut varier au fur et à mesure que le traitement progresse. Cependant, au fur et à mesure que l'enfant évolue vers un sens de soi plus cohérent, de tels souvenirs peuvent devenir plus accessibles. Faites attention de bien calibrer les discussions sur le contenu traumatique et de ne pas submerger l'enfant (James, 1989). La désensibilisation et la reprogrammation par le mouvement des yeux (EMDR) peut aider les enfants à traverser des vécus pour lesquels ils n'ont pas ou très peu de mémoire explicite ou de vécus qu'ils trouvent trop difficiles à évoquer en détail (Greenwald, 1993 ; Tinker & Wilson, 1999). Les techniques de renforcement du moi et d'apaisement sont conseillées avant d'utiliser l'EMDR pour éviter la déstabilisation. A l'épreuve du contenu traumatique, les techniques qui aident l'enfant à accroître le sens de l'efficacité et de maîtrise sont encouragées (Friedrich, 1991 ; Gil, 1991, 1996 ; James, 1994). La thérapie par le jeu avec les patients traumatisés tend à impliquer une intervention plus active pour retravailler les thèmes traumatiques que les autres types de thérapie par le jeu.
 - b. Revivre le trauma peut prendre la forme de flashbacks, dans lequel l'enfant ou l'adolescent vit les événements du passé comme si ils avaient réellement lieu. Les techniques d'imagerie (Wieland, 1998) ou l'hypnose formelle pour guider l'enfant

vers des expériences de maîtrise (Friedrich, 1991 ; Williams et Velazquez, 1996) peuvent être utiles. Les familles peuvent planifier des temps prévus pour la discussion de souvenirs désagréables de telle sorte qu'ils n'interfèrent pas avec le fonctionnement quotidien (Waters, 1998). Certains enfants traumatisés présentent des flashbacks pendant les disputes parentales ou lorsqu'on leur demande de faire des choses, et donc comprendre le contexte complet dans lequel ces flashbacks surviennent est essentiel avant de recommander des interventions.

- c. Les enfants traumatisés peuvent développer une variété d'attitudes apprises qui peuvent inclure le désarroi, la croyance en un soi mauvais, d'être destiné à des choses mauvaises et de n'être pas aimables et ces croyances doivent être corrigées pendant la thérapie (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998 ; Deblinger & Helfin, 1996 ; Wieland, 1997). Les enfants dissociatifs peuvent détenir des croyances contradictoires ou des styles d'attachement contradictoires (Liotti, 1999) avec des croyances associées qui peuvent se révéler particulièrement difficile pour cet aspect du traitement. Souligner délicatement ces contradictions dans le contexte d'une relation thérapeutique consentie facilite le cas échéant l'intégration.

4. Promouvoir l'autonomie et encourager l'enfant à se régler indépendamment et exprimer des affects et à autoréguler les changements d'état.

- a. Les thérapeutes peuvent aider les enfants à identifier les précurseurs des changements d'état de telle façon qu'ils deviennent meilleurs pour s'autoréguler (Allers et al., 1997 ; Gil, 1991 ; James, 1989).
- b. L'automutilation peut devenir un comportement addictif changeant l'humeur qui sert à les distraire de la douleur émotionnelle ou à exprimer des sentiments de désespoir et de colère. Les enfants s'engageant dans des actes autodestructeurs répétitifs doivent apprendre des alternatives sous forme d'expression plus directe de leurs sentiments, des méthodes meilleures de régulation de l'humeur et les familles doivent évaluer les moyens par lesquels ils peuvent apprendre à renforcer les méthodes positives pour la régulation des affects.
- c. L'automonitoring peut être encouragé par l'utilisation de mots de code spécial par lequel un parent ou un professeur peut faire savoir à un enfant qu'un changement a eu lieu, ou ces mots ou slogans peuvent stimuler l'attention focalisée. Des techniques cognitivo-comportementales peuvent aider les enfants à apprendre à gérer un comportement autodestructeur et impulsif, y compris un comportement sexuel impulsif. Les enfants peuvent être renforcés à identifier ces changements d'humeur ou d'états, à interrompre des habitudes impulsives dysfonctionnelles et à se mettre au dessin, à l'écriture, à parler avec des adultes ou d'autres moyens expressifs. Les thérapeutes peuvent apprendre aux enfants des techniques d'encouragement à l'attention active qui peuvent interrompre un comportement sexuel inadéquat ou d'autre comportement inapproprié qui survient dans les états dissociatifs (Johnson, 2002). Enseigner l'utilisation d'imagerie positive et la relaxation pour se détendre et de réduction du stress peut être utile.

7. Promouvoir des attachements sains et des relations à travers l'expression directe des sentiments

- a. Encourager les enfants à communiquer des sentiments de colère, peur, et des besoins régressifs à leurs protecteurs de telle sorte qu'ils ne soient plus agis selon des voies dysfonctionnelles. Apprenez aux protecteurs à tolérer ces

expressions directes. Cela favorise un attachement sain bien que cela puisse être difficile pour des familles qu'ils sont mal à l'aise avec l'affect et qui ont peu de limites.

- b. Aider les familles et les enfants à voir le thérapeute comme une figure d'attachement stable, particulièrement les enfants et les familles d'un environnement chaotique.

E. Traitement adjuvant

1. Thérapie familiale

- a. Travailler avec les protecteurs de première ligne peut inclure de l'information sur la dissociation (Waters, 1998), une guidance spécifique sur des stratégies de parentalité qui facilitent la thérapie (Boat, 1991), des séances de famille pour l'encourager à accepter tous les aspects de l'enfant (Waters & Silberg, 1998b), corrigeant les attitudes interactives qui favorisent la dissociation (Benjamin & benjamin, 1993 ; Silberg, 2001), aider les parents à se débrouiller avec le culpabilité ou le déni par rapport aux événements traumatiques (Keren & Tyano, 2000 ; Silberg sous presse) en travaillant les sentiments à propos des points concernant la sécurité et la trahison pour aider à établir la confiance (Waters, 1998) et un conseil simple ou un entraînement sur la parentalité, ce qui fait partie de toute bonne thérapie d'enfant.
- b. En éduquant les parents, changer toutes perspectives littérales que la famille pourrait avoir sur la réalité des « alters » comme séparés de l'enfant, tout en expliquant comment la dissociation évolue chez l'enfant traumatisé. On peut apprendre aux parents à encourager l'expression directe de l'enfant de pensées et de sentiment sans renforcer les stratégies dissociatives dysfonctionnelles. Le thérapeute peut aussi aider la famille à identifier les renforcements courants qui maintiennent la symptomatologie comme l'indulgence familiale ou les réponses trop punitives face au comportement régressif.
- c. Pour les enfants qui résident dans les lieux où la maltraitance ou l'exposition involontaire aux événements traumatiques sont survenus, la reconnaissance du trauma et une excuse pour le manque de protection est un point de départ fondamental pour une grande partie du travail thérapeutique familiale.
- d. Le travail en dyade avec la figure parentale et l'enfant peut être particulièrement appréciable pour aider le thérapeute à comprendre les dynamiques négatives subtiles qui peuvent survenir à la maison. Cela devrait être un temps où le thérapeute, le parent et l'enfant peuvent développer des idées pour trouver des solutions aux problèmes à domicile.

2. Hypnothérapie

L'hypnothérapie pour les enfants et les adolescents ont été décrites pour accéder rapidement à des états du moi et favoriser l'intégration (Bowmna, Blix & Coons, 1985 ; Dell & Eisenhower, 1990 ; Kluff, 1985, 2000) ou pour

contenir l'affect intense, le renforcement du moi, l'information et le soutien (Williams & Velazques, 1996). Cependant, l'hypnothérapie n'est pas conseillée pour retrouver la mémoire. Dans les cas où l'hypnose est jugée comme étant appropriée, le thérapeute devrait obtenir un consentement éclairé de la part des protecteurs, ou des gardiens, tout comme des clients. Les thérapeutes devraient explorer toutes les implications légales, étant donné que la crédibilité du témoignage pour n'importe quelle audition judiciaire pourrait en être affectée.

3. Pharmacothérapie

- a. Il n'y a pas d'études contrôlées sur l'utilisation des médicaments avec les enfants, adolescents ou adultes dissociés.
- b. Certains cliniciens ont trouvé que les enfants et les adolescents avec des symptômes et des troubles dissociatifs pouvaient bénéficier des médicaments psychotropes comme adjuvant à la psychothérapie pour améliorer des symptômes ciblés comme une anxiété paralysante, l'insomnie, la labilité, le manque de contrôle comportemental, l'incapacité de maintenir une attention soutenue et la dépression (Nezer, 1998 ; Putnam, 1997 ; Silberg, Stipic & Taghizadeh, 1997)
- c. Des médicaments peuvent être utilisés pour traiter des problèmes comorbides comme le trouble hyperactif avec déficit de l'attention (ADHD), la dépression majeure, le trouble obsessionnel-compulsif ou l'ESPT.
- d. Une communication étroite et le travail d'équipe entre le médecin prescripteur et le thérapeute est essentielle.

4. La thérapie par l'art

Trouver un équilibre entre l'art qui encourage la maîtrise et l'art qui est régressif, limitant ce dernier si cela devient une forme de remise en acte traumatique sans résolution du trauma. La plupart des thérapeutes d'enfants utilisent une forme d'art dans leur travail, et la thérapie par l'art de la part d'un art-thérapeute peut être un adjuvant utile pour un traitement individuel dans certains cas (Sobol & Schneider, 1998).

5. Thérapie de groupe

La thérapie de groupe peut être utile particulièrement si il est informatif dans son orientation (Brand, 1998 ; Silberg & al., 1997). Favoriser l'interaction positive avec les pairs peut aider à construire une résilience à long-terme chez les enfants et les adolescents.

6. Traitement résidentiel/patients hospitalisés

- a. Il faut admettre les enfants et les adolescents pour des soins hospitaliers lorsqu'ils sont pris dans des comportements dangereux, automutilant ou hétéro-agressifs qui ne peuvent être contenus dans un environnement communautaire ou lorsque l'enfant court des risques et a besoin d'un environnement sécurisé pour une évaluation compliquée (Hornstein &

Tyson, 1991). Cependant, évitez l'hospitalisation, si possible, à travers une surveillance étroite, des séances plus fréquentes pendant une période de crise ou une structure de répit.

- b. Admettez des enfants ou des adolescents pour un traitement résidentiel s'ils nécessitent une surveillance étroite et continue et un environnement soigneusement structuré pour leur propre protection ou la protection des autres. Un milieu de traitement plus intensif peut être nécessaire pour la stabilisation, pour traiter un matériel traumatique et pour apprendre à trouver des solutions appropriées aux problèmes.
- c. Le but d'un traitement résidentiel ou hospitalier est de stabiliser le comportement en identifiant la motivation interne pour le comportement dangereux, ce qui peut ne pas être aisément accessible à l'enfant si il est dissocié de la conscience et en négociant et résolvant les conflits internes et externes jusqu'à ce que l'engagement pour la sécurité soit assuré.
- d. Si l'isolement ou le confinement physique thérapeutique est nécessaire pour le comportement destructeur, il est essentiel que ces procédures soient expliquées à l'avance aux enfants. Une fois calme, de tels épisodes peuvent être élaborés avec l'enfant ou l'adolescent de telle façon qu'ils puissent mieux identifier les associations traumatiques ou les stimuli internes ou externes qui ont précipité ce comportement. La croyance de l'enfant que d'autres parties du moi étaient responsables pour ce comportement inadéquat ne devrait pas être vue comme une fuite volontaire de l'enfant de sa responsabilité, puisque cette position peut servir à accroître un comportement oppositionnel. Plutôt l'enfant devrait être délicatement encouragé à s'approprier ces sentiments associés avec le comportement destructeur et explorer les voies constructives pour amplifier son contrôle. Si l'enfant prétend n'avoir pas de souvenir de ce vécu, l'équipe peut délicatement expliquer ce qu'impliquait ce comportement et donner suite aux conséquences adéquates.
- e. L'hôpital ou le centre résidentiel doit avoir la structure pour offrir une protection aux enfants de leurs impulsions destructrices qui peuvent être dirigées vers soi-même ou les autres et de la re-traumatisation d'autres résidents ou patients.
- f. Les membres de l'équipe qui ont à faire à des enfants ou des adolescents dissociés devraient avoir une familiarité fondamentale avec les réactions dissociatives et posttraumatiques et savoir comment aider les enfants avec le vécu de flashbacks et l'anxiété posttraumatique.
- g. Une approche qui ne se préoccupe que du comportement observé et qui est basée seulement sur la modification du comportement sera, dans la majorité des cas, inadéquate. Ce type d'approche ne prendrait pas en considération l'identification des sentiments, les stimuli traumatiques, ou les états internes qui ont mené au comportement destructeur. Il est important d'aider l'enfant à planifier pour des événements similaires futurs, de telle sorte que l'enfant atteigne le self-contrôle nécessaire pour aller vers un environnement moins restrictif.
- h. Le dispositif devrait prévoir une coopération étroite avec le thérapeute ambulatoire de l'enfant, les services de protection de l'enfance ou les avocats, pour un passage en douceur vers une sortie.

7. Les interventions d'information
 - a. Les enfants et adolescents avec symptômes dissociatifs peuvent avoir besoin d'adaptation du système éducatif si leur comportement perturbant, leur instabilité thymique ou leur manque d'attention interfèrent avec le fonctionnement scolaire. Avec une équipe soutenant, cependant, beaucoup d'enfants avec des symptômes dissociatifs peuvent réussir un enseignement normal.
 - b. L'équipe scolaire devrait encourager l'enfant ou l'adolescent à rester concentré même si son humeur ou son attention subissent des fluctuations. Il serait essentiel de comprendre que l'enfant ou l'adolescent donnera son potentiel complet au dispositif scolaire et une attitude de prise en compte délicate est encouragée. L'équipe scolaire devrait transmettre une attitude de compréhension et de gratification des efforts et réalisations des objectifs espérés. Des mots ou signaux codés qui augmentent l'attention et la concentration peuvent être utiles.
 - c. L'équipe devrait encourager les enfants et adolescents à les accompagner pour qu'ils arrivent à donner la plus grande partie de leur potentiel, devrait mettre aussi des limites fermes et claires à leurs attentes et offrir des opportunités régulières aux enfants pour qu'ils communiquent à propos de leurs sources de stress issu de l'environnement scolaire ou ce qui à domicile pourrait avoir une influence sur leurs performances.
 - d. Découragez une attention spéciale de la part des autres étudiants concernant les changements extrêmes dans le comportement. Désignez un membre de l'équipe pour s'occuper de tout changement dramatique, comme une régression en âge.
 - e. Incorporez les arts d'expression dans l'ensemble des techniques d'expression des sentiments (Waterbury, 1998).
 - f. Soyez attentifs aux besoins des enfants quant à la stabilité des figures d'attachement dans le dispositif scolaire (conseillers, éducateurs, professeurs) avec lesquels ils ont une relation particulière et avec lesquels ils peuvent communiquer fréquemment (Kobak, Little, Race & Acosta, 2002).

VIII. REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES

Prière de se rapporter aux lignes directrices publiées par l'ISSD pour les questions qui regardent la discussion des honoraires, les relations avec les médias, les questions de limites et les questions spirituelles et philosophiques. Dans la prise en considération de ces aspects avec l'enfant ou l'adolescent, il faut être sensible au niveau émotionnel et cognitif et même chronologique du développement de l'enfant. L'approche des parents ou tuteurs des enfants et adolescents en traitement doit prendre en considération la gestion des limites, les relations duelles et la protection de relations d'exploitation.

Traduction Serge Goffinet