

EC1 Psychothérapie et dimensions traumatiques UE 505

Du psychotraumatisme aux troubles dissociatifs Partie 2

Professeur Cyril Tarquinio

www.cyriltarquinio.com

Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIRE - Université de Lorraine, Inserm

Directeur Centre Pierre Janet - <https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/>

Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier) -

Associate-Editor aux Annales Médico-Psychologiques

Responsable de la Licence 1 de psychologie de l'Université de Lorraine (site de Metz)

3. Dissociation et troubles dissociatifs

Psychanalyse et dissociation

La psychanalyse a redécouvert que Sigmund Freud (1856–1939), dans ses premiers écrits sur l'hystérie, et à la suite de son mentor et co-auteur Josef Breuer (1842-1925), était un adepte de l'opinion française, en particulier telle que formulée par Pierre Janet, selon laquelle l'hystérie était un trouble dissociatif (cf. Howell & Itzkowitz, 2016).

En 1893, Breuer et Freud ont déclaré que la « **scission de la conscience** » observée dans les cas classiques bien connus de « **double conscience** » est présente à un degré rudimentaire dans toute hystérie, démontrant la tendance à une telle dissociation qui est le phénomène de base de cette névrose (p. 12).

Psychanalyse et dissociation

En effet, le concept d'états hypnoïdes de Breuer était son adaptation de l'expression française pour désigner les états somnambuliques, soigneusement étudiés par Janet (1889). À cette époque, Freud pensait que tous les cas de traumatisme impliquaient un trauma sexuel infantile avant l'âge de cinq ans, pour lequel le patient était amnésique.

Psychanalyse et dissociation

Cependant, il a rapidement changé d'avis, passant d'une croyance radicale à l'autre extrême : les symptômes des patients étaient tous basés sur les fantasmes sexuels des patients. Lorsque les enfants et les adolescents rapportaient des sévices sexuels, il fallait les comprendre comme des affabulations. Il a simultanément désavoué la théorie de la dissociation de Janet ou peut-être a-t-il manifesté une peur du phénomène.

Jung et la dissociation

Parmi les auteurs de premier plan, Jung (1875–1961), en particulier dans ses premiers travaux (par exemple, Jung, 1902, 1907), s'est référé à Janet à plusieurs reprises. Dans sa conception, il a traduit le concept de Janet d'existences psychologiques simultanées (Janet, 1889) en ce qu'il a appelé des complexes ou des sous-personnalités de l'esprit. Contrairement à Janet, Jung considérait que ces subdivisions n'étaient pas pathologiques, mais qu'elles pouvaient se trouver dans la personnalité de tout individu.

Jung et la dissociation

Lorsqu'il a décrit son traitement des soldats traumatisés, le neurologue et psychanalyste allemand Ernst Simmel (1882–1947) a adopté la terminologie de Jung pour parler d'une scission d'origine traumatique de la personnalité entre un complexe de personnalité ou d'ego (la partie apparemment normale de la personnalité selon Myers) et un complexe d'idées de tonalité sentimentale (la partie émotionnelle de la personnalité selon Myers) coupé du premier.

Morselli et la dissociation

En 1930, le psychiatre italien Morselli (1900–1973) a décrit sa patiente Elena avec ses personnalités distinctes, l'une parlant italien, tandis que les autres s'exprimaient en français (Morselli, 1930 ; Schimmenti, 2017). En 1953, il a publié ses découvertes d'électroencéphalogrammes distincts dans deux des personnalités de sa patiente Marisa (Ellenberger, 1970).

Ferenczi et la dissociation

Au sein de la psychanalyse, Sándor Ferenczi (1873–1933) a été, pendant un certain temps, l'étudiant préféré de Freud ; par la suite, il a eu une carrière des plus dramatiques.

Comme Simmel, il était un psychiatre de l'armée de la Première Guerre mondiale qui a traité des soldats gravement traumatisés et a découvert la dissociation de la personnalité d'origine traumatique

Ferenczi et la dissociation

Acceptant la réalité des maltraitances et des négligences dont ils avaient été victimes, il a développé, en étroite collaboration avec Elizabeth Severn (1933), une perspective sur le trauma infantile caractérisé par la dissociation (Ferenczi, 1932, 1933). Lors de son discours au 12^e congrès de l'Association psychanalytique internationale, en septembre 1932 à Wiesbaden, il a déclaré que

Ferenczi et la dissociation

« Si les chocs augmentent au cours du développement de l'enfant, le nombre et les différents types de scissions de la personnalité augmentent également, et il devient bientôt extrêmement difficile de maintenir un contact sans confusion avec tous les fragments, chacun d'entre eux se comportant comme une personnalité distincte et ne connaissant même pas l'existence des autres. » (Ferenczi, 1933, p. 229)

Janet et la dissociation

Pierre Janet a défini l'hystérie comme « une maladie de la synthèse personnelle » (Janet, 1907, p. 332). Il entendait par là « une forme de dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité » (Janet, 1909a, p. 345). Les lecteurs attentifs de ses écrits remarqueront qu'il considérait ces « systèmes d'idées et de fonctions » dissociés comme ayant leur propre sens de soi, ainsi que leur propre éventail d'affects et de comportements (Nijenhuis, 2015b ; Van der Hart et al., 2006).

Janet et la dissociation

Dans ses premières études au Havre sur des patients souffrant d'hystérie, Janet a systématiquement exploré les caractéristiques fondamentales manifestées par ces patients : la rétraction de leur champ de conscience personnel – la réduction du nombre de phénomènes psychologiques que le sujet peut percevoir simultanément – et la dissociation des phénomènes psychologiques qu'il a également décrite en termes de dédoublement de la personnalité (Janet, 1886).

Moreau de Tours (1845): dissociation comme un phénomène de désagrégation psychique

Pierre Janet (1907):

- « ...une maladie de la synthèse personnelle. »
- « Une forme de dépression mentale caractérisée par:
 - la rétraction du champ de la conscience et
 - une tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions que constitue la personnalité. »

19e siècle: concepts de dissociation de la personnalité et dissociation de conscience sont utilisés conjointement

La dissociation ne tombe donc pas du ciel, elle s'avère être une réponse essentielle au traumatisme (van der Kolk & van der Hart, 1989).

La dissociation apparaît donc ici comme une protection permettant d'éviter **un triple débordement**, lié à :

- **La situation traumatique elle-même** et les éléments qu'elle pourrait contenir (la nature des événements, qui en est à l'origine,...) ;
- **L'intensité des émotions** ;
- **La limitation du système de traitement de l'information** qui tente d'associer l'expérience traumatique aux schémas préexistants, mobilisant ainsi fortement les ressources cognitives disponibles. Cela expliquerait le traitement de la situation de façon fragmentée et parcellaire, et donc l'amnésie partielle ou totale des victimes qui peut en résulter ;

Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006):

«... un manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire. »

Mattheß & Dellucci (2011):

«... un changement des fonctions neurophysiologiques, qui interrompt les relations et synergies des processus neurophysiologiques et qui maintient cette séparation. »

Théories psychodynamiques (Kluft, 1985, Howell, 2005)

La dissociation est une défense psychologique provenant du manque de capacité, de motivation ou du soutien social pour intégrer des événements de stress extrême ou de résoudre des conflits intrapsychiques

Théorie de l'attachement

- La dissociation reliée à des défauts d'attachement entre parents (caregivers) et jeunes enfants (Barach 1991, Liotti 1999, Lyons-Ruth et al. 2006)
- Style d'attachement désorganisé (Fonagy 1997, Liotti 1999, Van der Hart et al. 2006)
- L'adulte emploie des stratégies de défense contre toute forme d'attachement vue comme une menace pour l'intégrité psychique ou physique (Blizard, 2003, Howell, 2005, Steele et al. 2001, Van der Hart et al. 2006)

La dissociation, un manque d'intégration

Pierre Janet (1907):

- Non-réalisation: Je ne peux pas croire que telle chose soit arrivée
 - Dépersonnalisation: perte du sens de Soi
 - Non-présentification: perte du sens du temps présent
- Incapacité à intégrer l'expérience traumatique par l'alternance entre le fait de ressentir trop ou trop peu (Janet, 1904/1911)
- Risque élevé de troubles dissociatifs, en cas de manque de soutien social après des événements terrifiants (Brewin, Andrews & Valentine, 2000)

TSPT et dissociation

Dans le cas du TSPT, depuis le DSM-III et jusqu'au DSM-5, les flashbacks et l'amnésie dissociative sont décrits comme des manifestations dissociatives caractéristiques du TSPT. Ce sont les critères B3 et D1 du TSPT qui portent dans le DSM-5 la dimension dissociative du TSPT :

B3 - : Réactions dissociatives (par exemple flashbacks -scènes rétrospectives-) au cours desquelles le sujet se sent donc agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire ; De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.

D1 - : Incapacité de se souvenir d'un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en lien avec d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou la drogue).

TSPT et dissociation

On peut se demander pourquoi certains autres symptômes du TSPT ne sont pas considérés comme des symptômes dissociatifs. Comme l'évoque Ellert Nijenhuis dans son article paru en 2017 dans l'European Journal of Trauma and Dissociation et dans lequel il donne la parole à Pierre Janet, on peut considérer, argumentation à l'appui, que les symptômes B1 (souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse) et B2 (rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et où l'affect du rêve sont liés à l'événement / aux événements traumatiques) sont aussi de nature dissociative.

Il s'agit bien ici d'action, de contenus mentaux et de comportements que le sujet n'a pas été capable d'intégrer. La différence entre B1, B2 et B3 pourrait n'être qu'une question de degré car tous impliquent finalement une intrusion partielle ou complète sans être foncièrement qualitativement différents.

Les troubles Dissociatifs dans le DSM-5 et la CIM-11

Les troubles dissociatifs forment un ensemble de troubles assez hétérogènes, tant sur le plan de la sévérité, que sur le plan de leurs présentations cliniques. Dans le chapitre des troubles dissociatifs, le DSM-5 (APA, 2013) rassemble le trouble **dissociatif de l'identité** (TDI ; anciennement trouble de personnalité multiple), **l'amnésie dissociative** avec ou sans fugue, le trouble de **dépersonnalisation/déréalisation**, les autres troubles dissociatifs spécifiés (ATDS), ainsi que le Trouble Dissociatif Non Spécifié (TDNS).

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Trouble Dissociatif de l'Identité (ou TDI)

A. Perturbation de l'identité caractérisée par **deux ou plusieurs états de personnalité distincts**, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité(1), accompagnée d'altération, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensori-moteur. Ces signes et ses symptômes peuvent être observés par les autres ou bien rapportés par le sujet lui-même

(1) l'habileté d'un individu à agir en fonction de ce qu'il considère comme valable. Hayward (2012) la définit pour sa part comme une capacité à développer une pensée indépendante et une capabilité à choisir librement d'agir en fonction de ses idées.

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Trouble Dissociatif de l'Identité (ou TDI)

B. Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'évènements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'évènements traumatiques qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.

C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. La perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise. (Chez l'enfant, les symptômes ne s'expliquent pas par la représentation de camarades de jeu imaginaires ou d'autres jeux d'imagination)

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple les trous de mémoire ou les comportements chaotiques au cours d'une intoxication par l'alcool) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales complexes)

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Amnésie Dissociation (AD)

A. Incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peuvent pas être un oubli banal. L'amnésie dissociative consiste en une amnésie localisée ou sélective d'un ou plusieurs événements spécifiques ; ou bien en une amnésie globale de son identité et de son histoire.

B. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple l'alcool ou d'autres drogues donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales partielles complexes, une amnésie globale transitoire [ictus amnésique], les séquelles d'un traumatisme crânien ou cérébral fermé, une autre maladie neurologique)

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Amnésie Dissociation (AD)

D. La perturbation ne s'explique pas mieux par un trouble dissociatif de l'identité, un trouble stress post-traumatique, un trouble stress aigu, un trouble à symptomatologie somatique, un trouble neurocognitif majeur ou léger.

Spécifier si avec fugue dissociative : Voyage apparemment intentionnel ou errance en état de perplexité associé à une amnésie de son identité ou d'autres informations importantes.

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Dépersonnalisation/Déréalisation

A. Expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation ou bien les deux :

1. **Dépersonnalisation** : Expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (par exemple altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique)

2. **Déréalisation** : Expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par exemple les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés)

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Dépersonnalisation/Déréalisation

C. Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale (par exemple des crises comitiales)

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, comme une schizophrénie, un trouble panique, un trouble dépressif caractérisé, un trouble de stress aigu, un trouble stress post-traumatique ou un autre trouble dissociatif.

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Autre trouble dissociatif spécifié (ATDS)

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs. La catégorie « autre trouble dissociatif spécifiée » est utilisée dans des situations où le clinicien choisit de communiquer la raison particulière pour laquelle le tableau clinique ne remplit les critères d'aucun trouble spécifique de ce chapitre. Cela se fait en enregistrant « autres troubles dissociatifs spécifiés » suivi de la raison particulière (par exemple « transe dissociative »)

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Autre trouble dissociatif spécifié (ATDS)

1. Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes : cette catégorie inclut des perturbations de l'identité associées à des failles non graves dans le sens du soi et de l'agentivité, ou à des altérations de l'identité ou à des épisodes de possession chez une personne qui ne rapporte pas une amnésie dissociative.

2. Perturbation de l'identité due à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée : les personnes qui ont été soumises à des environnements de persuasion coercitive intense (par exemple : lavage de cerveau, rééducation idéologique, endoctrinement chez des prisonniers emprisonnement politique prolongée) peuvent présenter des modifications durables ou des questionnements conscients concernant leur identité.

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Autre trouble dissociatif spécifié (ATDS)

3. Réaction dissociative aiguë à des événements stressants : cette catégorie s'adresse à des situations aiguës et transitoires qui durent typiquement moins d'un mois et parfois seulement quelques heures ou quelques jours. Ces situations sont caractérisées par une restriction du champ de conscience, de la dépersonnalisation, de la déréalisation, des perturbations des perceptions (par exemple ralentissement du temps, macropsie), des micros-amnésies, une stupeur transitoire et/ou des altérations du fonctionnement sensori-moteur (par exemple : analgésie, paralysie).

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Autre trouble dissociatif spécifié (ATDS)

4. Transe dissociative : cette situation est caractérisée par une restriction aiguë ou une perte de la conscience de son environnement immédiat, ce qui se manifeste par un manque profond de réactivité ou une insensibilité aux stimuli environnementaux. Ce manque de réactivité peut être accompagné par des comportements stéréotypés mineurs (par exemple mouvements des doigts) dont la personne n'est pas consciente ou qu'elle ne peut pas contrôler, ainsi que par des paralysies ou une perte de connaissance transitoire. La transe dissociative ne fait pas partie des pratiques religieuses ou culturelles collectives généralement admises

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Trouble Dissociatif Non Spécifié (TDNS)

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs. La catégorie « trouble dissociatif non spécifié » est utilisée dans des situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble dissociatif spécifique ne sont remplis et inclut des tableaux cliniques où l'information est insuffisante pour porter un diagnostic plus spécifique (par exemple aux urgences).

Formes cliniques des troubles dissociatifs selon le DSM-5

Trouble Dissociatif Non Spécifié (TDNS)

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs. La catégorie « trouble dissociatif non spécifié » est utilisée dans des situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble dissociatif spécifique ne sont remplis et inclut des tableaux cliniques où l'information est insuffisante pour porter un diagnostic plus spécifique (par exemple aux urgences).

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) a été proposée par van der Hart, Nijenhuis et Steele (2010) afin d'expliquer et de conceptualiser les troubles d'origine traumatique, du plus simple comme le TSPT au plus complexe comme le trouble dissociatif de l'identité (TDI), en passant par le trauma complexe et les autres troubles dissociatifs et de conversion. Cette théorie a eu un grand écho dans le champ de la psychotraumatologie, en particulier au sein de la recherche et de la pratique clinique. Elle a été développée sur la base des travaux de Janet et de Charles Myers (1940). Ce dernier distinguait déjà deux sous-systèmes de personnalité ou parties dissociatives, qu'il avait observés chez des soldats lourdement traumatisés.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Pour conceptualiser leur approche, les tenants de la TDSP (Nijenhuis & van der Hart, 2011 ; Nijenhuis, 2015a ; 2017c) se sont appuyés sur une conception toute jacobsonienne de la dissociation qui doit s'envisager comme une division de la personnalité en deux ou plusieurs sous-systèmes à la suite d'une intégration insuffisante d'un événement traumatisant. Récemment, Nijenhuis (2019) propose l'idée selon laquelle l'échec d'intégration soit le résultat d'actions de non-intégration. **L'intégration implique la synthèse et la réalisation, la réalisation comprenant elle-même deux processus que sont la personnification et la présentification :**

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

- **Le concept de synthèse** : « chez les personnes traumatisées, la synthèse centrale de l'événement n'a pas pu se faire correctement. Il en résulte, par exemple, que certaines personnes ne se souviennent pas d'une partie importante de l'expérience traumatisante (amnésie partielle ou complète), ou bien qu'elles aient le scénario de l'expérience traumatisante sous forme d'un film ou d'images avec une restriction inadaptée des affects (déconnection émotionnelle pouvant aller jusqu'à une dépersonnalisation sévère). D'autres personnes encore présentent des symptômes somatoformes laissant penser, par exemple, à des violences sexuelles, mais sans se souvenir d'avoir subi un acte sexuel ».

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

- **Le concept de synthèse** : Selon la TDSP, la synthèse centrale se fait lorsque le sujet relie et différencie les divers éléments de l'expérience vécue- émotions, sensations corporelles, comportements, actions, imageries, fantasmes, cognitions - et ce, dans une perspective chronologique qui implique la nécessité de pouvoir identifier à chaque instant de la situation, chaque séquence étant elle-même accompagnée d'émotions, sensations, cognitions, comportements, etc., qui peuvent être différents ;

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

- **Le concept de réalisation** (personnification et présentification) : la réalisation est une action d'un niveau supérieur à la synthèse et implique la personnification et la présentification ;
- **La personnification** se réfère à la capacité du patient de ressentir le vécu d'un événement traumatisant en prenant possession de cette expérience comme sienne. Cela permet donc de développer un sens de soi en lien avec l'expérience synthétisée.
- **La présentification** consiste à comprendre et ressentir que le trauma a eu lieu dans le passé et qu'il est terminé, et à pouvoir différencier le passé, le présent et le futur, en donnant au présent le plus haut degré de réalité (Janet, 1919 ; 1928). Cette dernière implique de pouvoir laisser le passé derrière soi, en étant capable de vivre pleinement le moment présent et de s'orienter vers le futur. ;

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

- Différencier fonctionnement apparemment normal du fonctionnement émotionnel
 - Myers (1940) distinguait entre (partie de la) personnalité émotionnelle et (partie de la) personnalité apparemment normale
 - **PAN (Van der Hart et al, 2006, 2009)**
 - Orienté vers la survie de l'espèce,
 - le fonctionnement de la vie quotidienne
 - Évitement phobique de tout contenu traumatique et de parties émotionnelles
 - **PE**
 - systèmes d'action de défense contre des menaces
 - Organisé pour la survie individuelle

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

- **Les parties émotionnelles de la personnalité (PE).**
- Elles sont comme bloquées dans l'expérience traumatique qui échoue à devenir un récit auto-biographique de l'événement et elles portent les expériences affectives et sensori-motrices douloureuses en lien avec l'événement traumatisant. Plus la traumatisation est chronique et complexe et plus elle a débuté de façon précoce (comme dans les cas sévères d'agressions et de négligences dans l'enfance), plus le système peut tendre à se diviser en parties émotionnelles (PE) et en parties apparemment normales (PAN) de la personnalité et devenir complexe.
- Les parties émotionnelles de la personnalité (PE). Elles sont comme bloquées dans l'expérience traumatique qui échoue à devenir un récit auto-biographique de l'événement et elles portent les expériences affectives et sensori-motrices douloureuses en lien avec l'événement traumatisant. Plus la traumatisation est chronique et complexe et plus elle a débuté de façon précoce (comme dans les cas sévères d'agressions et de négligences dans l'enfance), plus le système peut tendre à se diviser en parties émotionnelles (PE) et en

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

• **La partie apparemment normale de la personnalité (PA)**

- Dans sa PAN, le survivant peut être amnésique des contenus portés par la PE ou ressentir certaines PE, ou au moins certaines des actions et des idées de la PE, comme ne lui appartenant pas. La PAN est obsédée par l'évitement des souvenirs traumatiques et de l'expérience intérieure en général. Véhiculée par des systèmes d'action de fonctionnement de la vie quotidienne, comme l'exploration, l'engagement social, les soins, les jeux, la régulation de l'énergie, la sexualité/la reproduction, la PAN est consacrée à la gestion de ces systèmes.
- Lorsqu'il présente une PAN, l'individu peut avoir conscience qu'il souffre de troubles mentaux, mais essaye de paraître « normal. » Le fait que cette normalité soit seulement apparente se manifeste par des symptômes négatifs de détachement, d'engourdissement et d'amnésie partielle, ou dans des cas assez exceptionnels, d'amnésie complète vis-à-vis des expériences traumatiques et des PE liées. L'apparente normalité transparait également dans la résurgence récurrente de souvenirs traumatiques des PE et d'autres intrusions telles que la PAN entendant des voix provenant des PE.

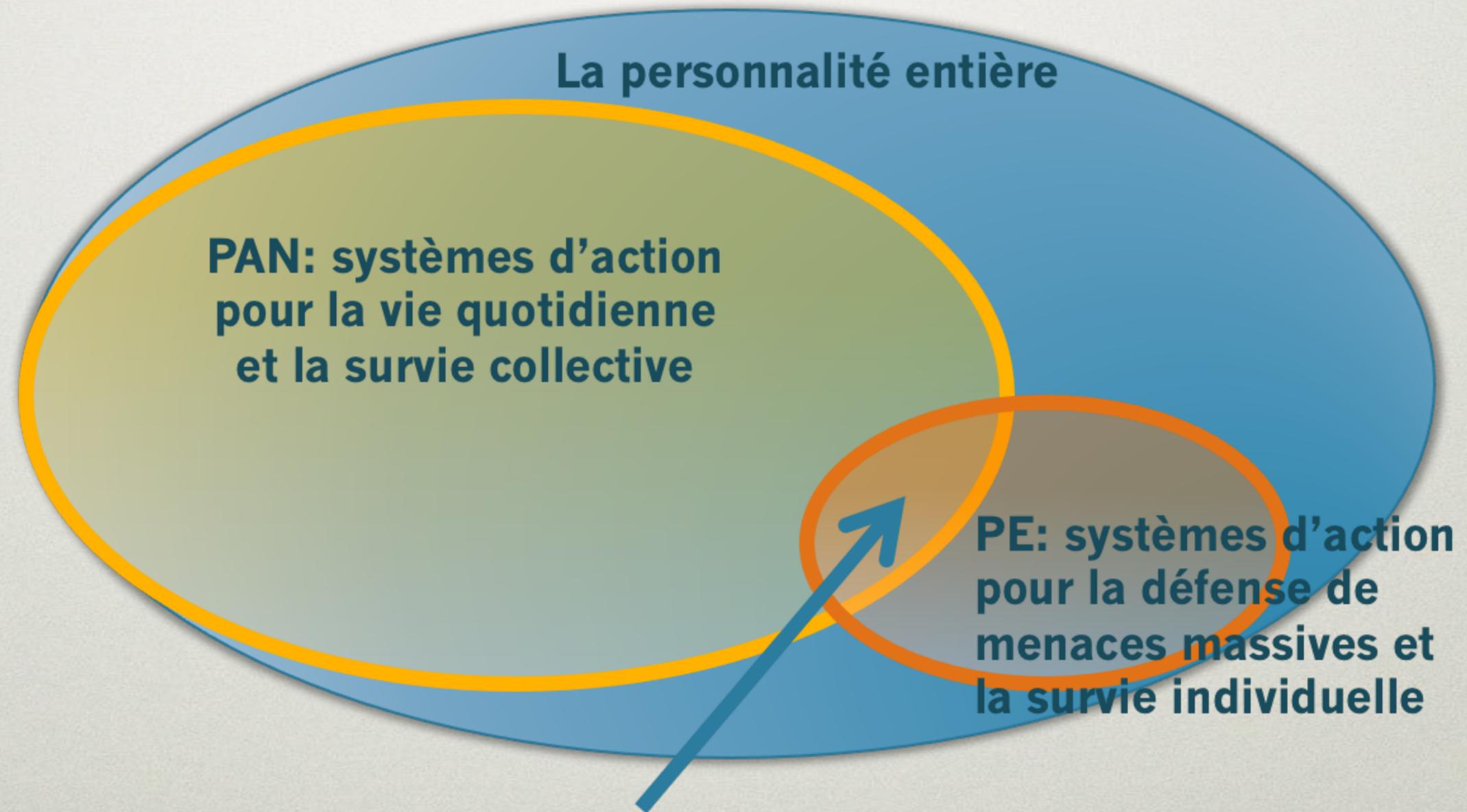
La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

van der Hart et al. (2010) proposent trois types de structure dissociative:

Dissociation Structurelle Primaire :

Une partie de la personnalité apparemment normale (1 PAN) et une partie de la personnalité émotionnelle (1 PE) parties apparemment normales (PAN) de la personnalité et devenir complexe.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)



Le chevauchement représente l'accès commun à la mémoire explicite et implicite

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Dissociation structurelle primaire : une PAN et une PE. Cela correspond à des diagnostics (DSM ou CIM) de TSPT, troubles de conversion, et à d'autres troubles lorsqu'ils ont une origine traumatique (par exemple trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, trouble alimentaire, etc.).

Selon Nijenhuis (2017b) et van der Hart et al. (2010), le TSPT serait mieux compris comme un trouble dissociatif simple (structure dissociative primaire).

Selon eux, le TSPT comporterait une division de la personnalité prémorbide en deux sous-systèmes : une PE fixée sur le trauma et produisant des symptômes intrusifs (flash-backs, reviviscences émotionnelles, sensorielles ou cognitives, activations neuro-physiologiques), et une PAN tentant d'éviter les rappels des souvenirs traumatiques.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

L'échec d'intégration (synthèse et réalisation) empêche de développer un souvenir narratif autobiographique de l'événement traumatisant, ce qui constitue le point crucial de la dissociation de la personnalité.

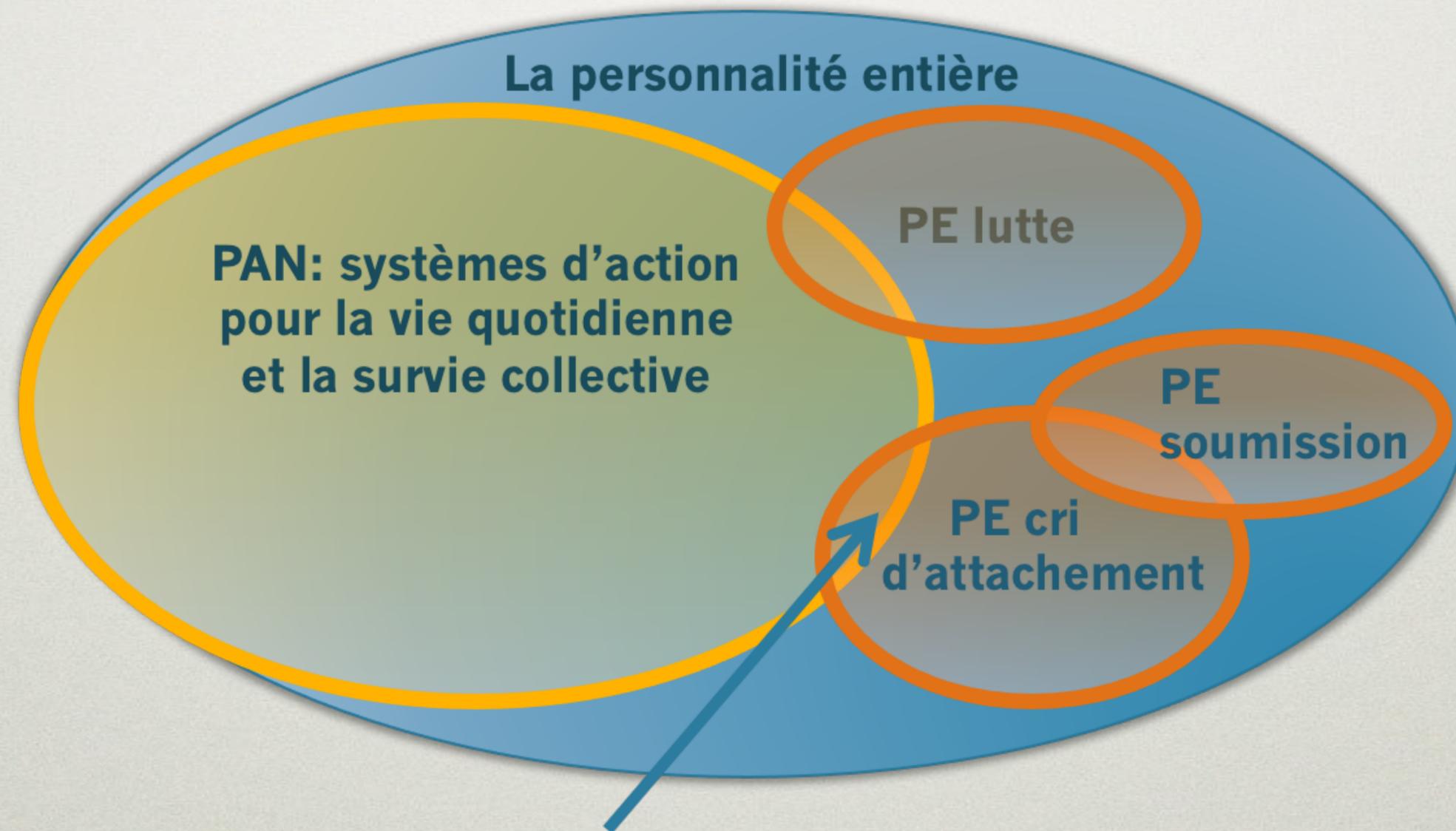
Dans le cas d'un TSPT, selon Nijenhuis (2017b), la PE a une conscience de soi rudimentaire figée sur l'événement du trauma comme s'il avait encore lieu.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Dissociation Structurelle Secondaire :

Une partie de la personnalité apparemment normale (1 PAN) et plus d'une partie de personnalité émotionnelle (+ PEs)

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)



Le chevauchement représente l'accès commun à la mémoire explicite et implicite

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Dissociation structurelle secondaire : une PAN et plusieurs PE. La dissociation secondaire implique une PAN et plusieurs PE et peut correspondre à des troubles plus complexes : certains TSPT, le TSPT complexe (selon la CIM-11 ; OMS, 2019), l'autre trouble dissociatif spécifié de type 1 (ATDS-1) selon le DSM-5 (TDI partiel dans la CIM-11), certains troubles de conversion, et certains TDI.

Différents traumas peuvent avoir amené à l'émergence de PE. Par ailleurs, plusieurs PE peuvent émerger lors d'une même situation traumatisante, chacune fixée sur un sous-système d'action différent (p. ex. fuite / combat / soumission / figement) (dissociation séquentielle).

Dans d'autres cas, une PE porte l'expérience de l'événement alors qu'une autre PE est dans une position d'observation avec un détachement émotionnel (dissociation parallèle).

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Dissociation Structurelle Tertiaire :

2 types différents de PE

PE contrôle: peur de l'attachement, actions défensives,

PE victime: des tentatives désespérées de recherche de proximité plutôt que de sécurité

Cela résulte en un conflit insoluble entre la peur de l'attachement et

la peur de perdre l'attachement avec le thérapeute

(Steele et al. 2001, 2005, Van der Hart et al. 2006)

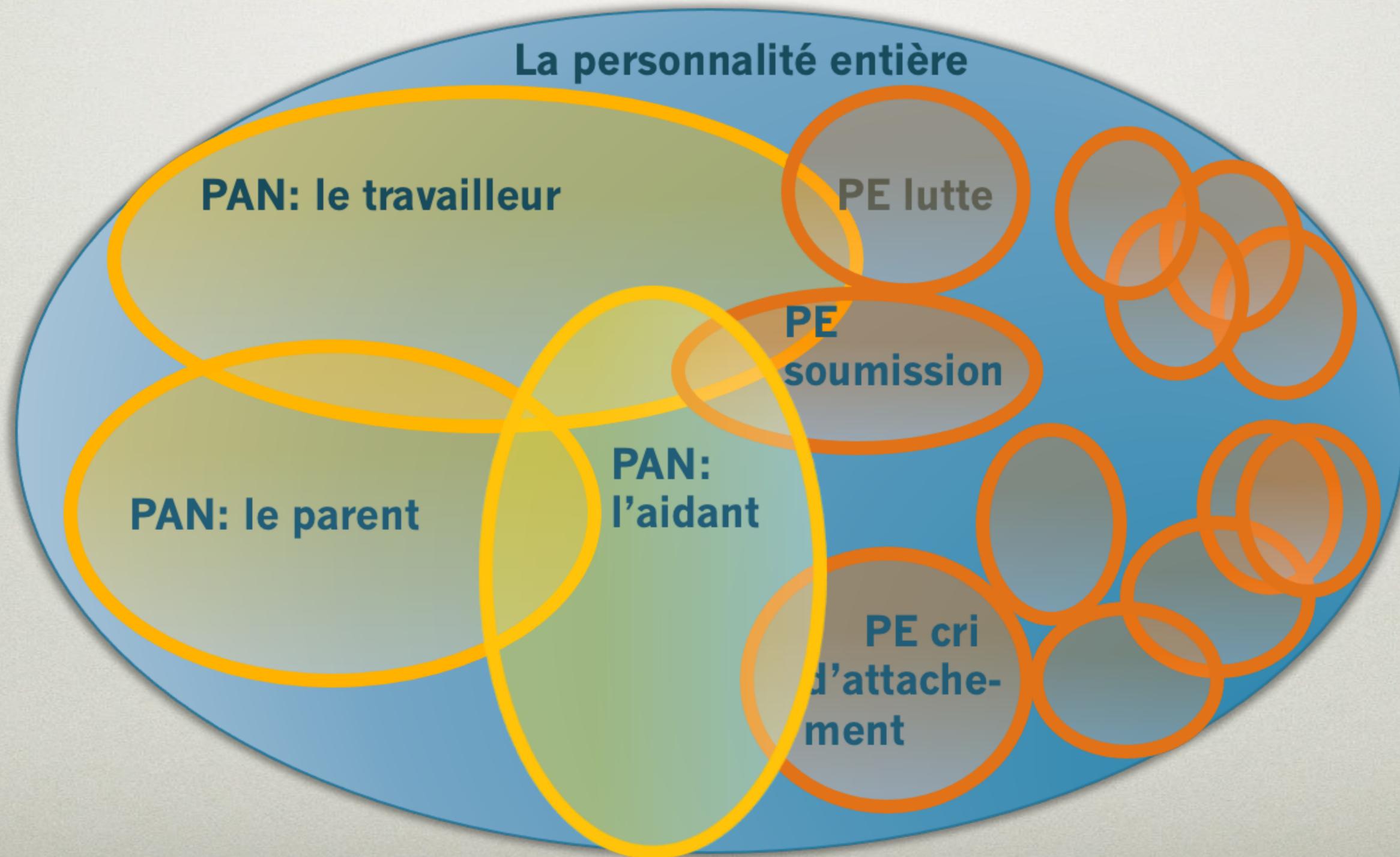
La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Dissociation Structurelle Tertiaire : TDI

Plus d'une PAN et (+PANs)

de nombreuses, souvent organisées par couches (+PEs)

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)



Petite synthèse

Basé sur les travaux pionniers de Pierre Janet, la TDSP est précise et cohérente dans la définition de la dissociation. Pour rappel ces auteurs proposent que la dissociation est une division de la personnalité en deux ou plusieurs sous-systèmes, due à un manque d'intégration à la suite d'un événement traumatisant. Ces sous-systèmes – ou parties dissociées – de la personnalité ont leur propre perspective (au moins rudimentaire) à la première personne

Petite synthèse

Cela signifie qu'ils ont **un sentiment de soi, un sentiment d'un "je"**, chaque partie ayant ses propres perceptions, sensations, émotions et pensées. Les parties dissociatives exercent des actions en fonction de leurs différents besoins et peuvent parfois prendre le contrôle du corps et de l'esprit (comme dans le trouble dissociatif de l'identité ou dans le trouble de l'identité dissociative partielle).

Les symptômes dissociatifs (positifs et négatifs) sont considérés comme les résultats de cette division/dissociation.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Dissociation structurelle tertiaire : plusieurs PAN et plusieurs PE. Cela correspond au diagnostic de certains TDI selon le DSM-V et selon la CIM-11. Cette structure est néanmoins rare.

Dans ces cas, les actions nécessaires aux activités du quotidien sont comme partagées entre plusieurs PAN.

Par exemple une PAN peut être celle qui va travailler alors qu'une autre PAN s'occupe des enfants. Jan Gysi (2020) parle dans ce cas de TDI de type 2.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Seuls certains TDI sévères correspondent à cette typologie rare (pour une revue de la littérature sur les débats concernant le TDI : Piedfort-Marin, Rignol & Tarquinio, 2021).

Dans le TDI (aussi TDI partiel) des PE se sont émancipées au point où elles peuvent prendre le rôle exécutif (lors d'un switch) en prenant contrôle sur le corps et la parole pendant un certain temps, parfois quelques minutes, parfois plusieurs heures.

De telles PE peuvent alors parler au thérapeute ou à d'autres personnes et exécuter des tâches parfois complexes. Dans les cas d'autres troubles dissociatifs, les PE peuvent perturber par les intrusions

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

Les symptômes centraux permettant de différencier le TDI et le TDI partiel dans la CIM-11 sont la présence de changements (switchs) fréquents d'états de personnalité distincts prenant tour à tour le contrôle exécutif pour le TDI et des intrusions nombreuses d'un état de personnalité non-dominant sur l'état de personnalité dominant.

Pour le TDI partiel, les switchs seraient donc plus occasionnels.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP)

van der Hart et al. (2010) proposent une description de symptômes dissociatifs dans le cadre d'une dissociation structurelle d'origine traumatique. Ils catégorisent les symptômes dissociatifs en quatre types que sont les symptômes somatoformes versus psychoformes, positifs versus négatifs.

Symptômes

Symptômes psychoformes **négatifs**

- l'amnésie
- alexitymie

Symptômes psychoformes **positifs**

- Symptômes Schneideriens
- Flashbacks
- Reviviscence de souvenirs traumatiques
- Impulsions (auto)agressives

Symptômes somatoformes **négatifs**

- Pertes de sensibilité:
engourdissement
- analgésie
- Paralysies inexplicables

Symptômes somatoformes **positifs**

- Douleurs inexplicables
- Mouvements involontaires

Le TDI

Le DSM-5 (APA, 2015) décrit le TDI comme marqué par la présence de « deux ou plusieurs états de personnalité distincts », ce qui amène à une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité et des altérations correspondantes à différents niveaux. Chaque état de personnalité (ou parties dissociatives) a ses propres modalités « de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur » (APA, 2015)

Le TDI

La CIM-11 (2019) reprend une définition similaire du TDI, amenant ainsi des éclaircissements par rapport à la CIM-10 (OMS, 1994). Cette discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité se manifeste par le passage d'une partie dissociative à une autre qui prend alors le contrôle exécutif mental et moteur pendant une certaine période de temps (alternance de parties, phénomène appelé « switch » en anglais) avant que l'état de personnalité distinct de base ne reprenne le contrôle exécutif.

Le TDI

Piedfort, Rignol et Tarquinio (2021) montrent qu'à la lumière de la TDSP, il y aurait donc changement du contrôle exécutif de la PAN par une PE ou à une autre PAN. Ces changements du contrôle exécutif peuvent avoir lieu aussi d'une PE à une autre PE

Les alternances de parties peuvent être clairement visibles par des changements de comportements, de voix et du contenu affectif et cognitif (p. ex. la personne peut soudainement se comporter et parler comme un enfant) alors que, dans d'autres cas, les changements d'une partie dissociative à l'autre sont plus subtils.

Le TDI

On peut difficilement décrire ces phénomènes comme étant des modes ou des schémas cognitifs (Young, Koslo & Weishaar, 2017) puisqu'il y a une conscience et une idée de soi spécifique – parfois très élaborée – et des interactions avec le monde extérieur.

Reflexions

Beaucoup se réfèrent à la définition de la dissociation du DSM-5, mais en se référant à la **définition des troubles dissociatifs, et non de la dissociation.**

Voici ce que dit le DSM-5 à propos des troubles dissociatifs :

"Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement" (p. 291).

Reflexions

Il ne serait pas correct d'affirmer que le DSM-5 définit la dissociation comme "une perturbation et/ou une discontinuité de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement", car le DSM-5 ne le dit pas.

Reflexions

En fait, dans le glossaire des termes techniques du DSM-5 (p.820), la dissociation est mentionnée comme étant

"La séparation d'ensembles de contenus mentaux de la conscience consciente. La dissociation est un mécanisme central des troubles dissociatifs. Le terme est également utilisé pour décrire la séparation d'une idée de sa signification émotionnelle et de son affect, comme le montre l'affect inapproprié dans la schizophrénie. Souvent le résultat d'un traumatisme psychique, la dissociation peut permettre à l'individu de maintenir son allégeance à deux vérités contradictoires tout en restant inconscient de la contradiction. Une manifestation extrême de la dissociation est le trouble dissociatif de l'identité, dans lequel une personne peut présenter plusieurs personnalités indépendantes, chacune ignorant tout des autres. "

Reflexions

Dans ce glossaire, les auteurs du DSM-5 mentionnent que le terme est utilisé de différentes manières, et qu'ils font référence à des pathologies très différentes comme les troubles dissociatifs et la schizophrénie, ce qui rend les choses encore plus complexes et préjudiciables aux troubles dissociatifs, à notre domaine, et bien sûr aux patients. Nijenhuis (2017) a déjà mentionné que le concept de dissociation manque de cohérence dans le DSM-5. Ceci en est un exemple.

Détection et diagnostic des troubles dissociatifs

Les TD ont des présentations cliniques très diverses et parfois discrètes ou confuses, d'où la difficulté parfois de les reconnaître. Un diagnostic précis de TDI nécessite une formation spécifique et une formation aux TD complexes, et les outils de détection et de diagnostic sont une aide indéniable.

Détection et diagnostic des troubles dissociatifs

Les principaux outils de détection recommandés sont les suivants :

- SDQ-20 (Nijenhuis et al., 1996 ; version française : El-Hage et al., 2002),
- DIS-Q (Vanderlinden et al., 1993 ; version française : Mihaescu et al., 1998).
- DES (Bernstein & Putnam, 1986)

Détection et diagnostic des troubles dissociatifs

Les instruments diagnostiques structurés sont les suivants :

- SCID-D: Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (Steinberg, sous presse) : Version française adaptée au DSM-5 et à la CIM-11 validée par Piedfort-Marin et al., 2021.
- TADS-I (Boon & Matthes, 2016) : la version française fait actuellement l'objet d'une étude de validation.
- DDIS (Ross et al. 1989) et DDIS-R (Ross & Browning, 2017) : non validé en français.

Conceptualisation des troubles dissociatifs complexes

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP, Van der Hart et al., 2006) nous semble très utile pour conceptualiser les TD. Nous ne reviendrons pas sur la TDSP.

Nous tenons ici à rappeler que le TDI partiel et certains TDI correspondent à la présence d'une partie apparemment normale de la personnalité (PAN) et de plusieurs parties émotionnelles de la personnalité (PE). Certains TDI correspondent à la présence de plusieurs PAN et de plusieurs PE

Conceptualisation des troubles dissociatifs complexes

Le point central de tout TD est la phobie de la ou des PAN à l'égard des PE et des souvenirs traumatiques. Ce point a une haute importance pour le traitement, car l'intégration des souvenirs traumatiques et des PE correspondantes nécessite de dépasser cette phobie.

Un travail systémique avec l'ensemble des parties est nécessaire pour y arriver. La phobie des parties dissociatives culmine par le switch qui correspond à la prise de contrôle exécutif d'une PE et parallèlement à l'évitement de la PAN qui retire son contrôle exécutif lorsqu'émerge un souvenir traumatique

Conceptualisation des troubles dissociatifs complexes

Quand une partie perd le contrôle exécutif, elle le vit comme le fait de « partir en arrière » ou « en dedans », alors que l'autre partie qui prend le contrôle exécutif se vit comme étant « devant », en contact avec l'extérieur.

Cela peut conduire à une amnésie partielle ou totale pour la PAN qui a perdu le contrôle exécutif et se retrouve « derrière ». Les parties « en arrière » peuvent exercer des intrusions dissociatives alors que la PAN cherche à garder un contrôle exécutif au moins partiel en les évitant ou en les ignorant.

Conceptualisation des troubles dissociatifs complexes

La communication entre parties se fait de manière variée. Selon le degré de phobie, certaines parties communiquent entre elles ou pas. Certaines parties peuvent transmettre à d'autres ce qu'une tierce partie veut communiquer

L'évitement phobique des parties s'accompagne également de l'évitement d'aborder l'ensemble des manifestations internes, ce qui conduit le patient à une mauvaise connaissance de son monde intérieur.

C'est la phobie importante des PE qui limite l'utilisation de techniques habituellement éprouvées (comme l'EMDR) pour le traitement des traumatismes dans le cas de TD complexe.

Conceptualisation des troubles dissociatifs complexes

La phobie des parties entre elles nécessite donc d'être abordée en premier lieu. Pour toute prise en charge des TD, il est donc central de dépasser les phobies des parties pour pouvoir développer et promouvoir la connaissance du système, c'est-à-dire des parties dissociatives et leurs fonctions spécifiques dans le système.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

Le traitement des TD complexes devrait être un traitement orienté par phases (International Society for the Study of Trauma and Dissociation - ISSTD, 2011 ; Van der Hart et al., 2006) : **stabilisation, traitement des souvenirs traumatiques et réadaptation**. En outre la TDSP (Van der Hart et al., 2006) précise différents objectifs pour chacune des trois phases, que voici :

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

1.

Phase de stabilisation et réduction des symptômes (avec un accent plutôt sur la (ou les) PAN qui doit dépasser les phobies suivantes)

- Dépasser la phobie de l'attachement et de la perte d'attachement, en particulier avec le thérapeute,
- Dépasser la phobie des actions mentales (les expériences internes comme les émotions, les pensées, les sensations, les souhaits et les fantasmes),
- Dépasser la phobie des parties dissociatives de la personnalité.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

1.

Phase de stabilisation et réduction des symptômes (avec un accent plutôt sur la (ou les) PAN qui doit dépasser les phobies suivantes)

Ici première étape importante en parallèle de la stabilisation classique consiste donc à explorer et comprendre le système que forment les différentes PAN et PE, puis à développer empathie, communication et coopération mutuelles. Cette étape de la thérapie des TD est longue mais indispensable.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

1.

Phase de stabilisation et réduction des symptômes (avec un accent plutôt sur la (ou les) PAN qui doit dépasser les phobies suivantes)

Dans le traitement des TD complexes, la phase 1 sert en particulier à explorer le système des parties dissociatives, à aider le patient à dépasser la phobie des parties dissociatives entre elles. En effet une connaissance suffisante du système interne, c'est-à-dire des différentes parties dissociatives (PAN et PE), de leurs différentes fonctions, et de la dynamique interne, est indispensable comme base de la thérapie. À ces fins, le questionnement suivant peut être utile : « Qui (quelle partie) fait Quoi (quelle action) et Pourquoi (dans quel but) ? » Une relation thérapeutique doit se mettre en place, relation souvent difficile à cause de la phobie de l'attachement et de la perte d'attachement. En tout état de cause, des questions préalables s'imposent :

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

1.

- Quelle partie dissociative est à l'origine de quelle intrusion ou des switchs ?
- Quelles parties dissociatives sont à l'origine de comportements à risque ?
- Quelles parties dissociatives peuvent être aidantes, voire être un soutien à la thérapie ?
- Quelles parties dissociatives ont des besoins désespérés d'attachement qui vont s'exprimer vis-à-vis du thérapeute et poser certains problèmes ?
- Comment réagit la PAN face aux intrusions (switch, régulation inadaptée comme abus de substances, auto-mutilations, etc.) ?
- Quelles parties nécessitent des mesures particulières de stabilisation urgente ?
- Quelle partie pourrait bénéficier d'un retraitement ciblé (de type EMD) pour une intrusion donnée ?

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

1.

- Quelles parties nécessitent des mesures particulières de stabilisation urgente ?
- Quelle partie pourrait bénéficier d'un retraitement ciblé (de type EMD) pour une intrusion donnée ?

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

1.

La phase 1 doit aussi cibler la réduction des symptômes, pas seulement les symptômes strictement dissociatifs comme les switchs et les intrusions, mais aussi les symptômes qui sont l'expression d'une régulation émotionnelle inadaptée. Ainsi on pourra cibler une addiction ou des rituels compulsifs ou encore des symptômes anxieux, dans le seul but de réduire le symptôme à un niveau plus acceptable qu'auparavant. Néanmoins on sera attentif à ne pas activer les souvenirs des expériences traumatiques que de tels patients sont rarement en mesure de retraiter si tôt dans la thérapie de par la phobie des souvenirs traumatiques et des PE

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

2.

Phase de traitement des souvenirs traumatiques (avec un accent plus marqué sur les PE pour dépasser leurs phobies)

- Dépasser les phobies d'attachement en lien avec l'agresseur,
- Dépasser les phobies d'attachement des PE vis-à-vis du thérapeute,
- Dépasser la phobie des souvenirs traumatiques.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

2.

Phase de traitement des souvenirs traumatiques (avec un accent plus marqué sur les PE pour dépasser leurs phobies)

La phase 2 de la thérapie des TD complexes devrait cibler le retraitement en tant que tel des souvenirs traumatiques. Néanmoins, dans un bon nombre de cas, la phase 1 a permis une stabilisation suffisante du patient et retraiter les souvenirs traumatiques de manière ciblée peut s'avérer risqué. Il faut bien soupeser les avantages et dommages potentiels avec le patient et obtenir son consentement éclairé. Dans tous les cas, une bonne connaissance des différentes parties dissociatives est indispensable, et le patient doit être autonome dans l'application de mesures de sécurisation et de stabilisation.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

2.

Phase de traitement des souvenirs traumatiques (avec un accent plus marqué sur les PE pour dépasser leurs phobies)

La fusion de parties peut être un effet indirect de la phase d'intégration (phase 2), réalisée éventuellement par EMDR. Néanmoins, dans les cas de dissociation secondaire ou tertiaire, cela demande généralement beaucoup plus d'interventions que seulement des séances de désensibilisation et de retraitement. Dans certains cas, la fusion de parties dissociatives se fait naturellement au fur et à mesure de l'intégration des souvenirs traumatiques. Cependant, dans d'autres cas, la fusion nécessite un travail spécifique de rapprochement et de fusion qui peut être favorisé par des SBA avec, si besoin, un retraitement de phobies résiduelles ou d'intégrations encore nécessaires.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

2.

Phase de traitement des souvenirs traumatiques (avec un accent plus marqué sur les PE pour dépasser leurs phobies)

Si l'on suit la logique du concept d'intégration selon la TDSP, une fois la synthèse et la réalisation atteinte, PAN et PE ont fusionné en un individu. Dans les cas simples, c'est ce qui se passe : la patiente dans sa PAN peut dire qu'elle ne ressent plus la PE ou qu'elle ne la voit plus sur sa « scène intérieure ».

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

2.

Phase de traitement des souvenirs traumatiques (avec un accent plus marqué sur les PE pour dépasser leurs phobies)

Néanmoins, la littérature propose des techniques spécifiques favorisant la fusion de parties dissociatives, soit PE-PE, soit PAN-PE, principalement par des exercices d'imagerie ou des rituels d'unification (Steele et al., 2017). Dans certains cas, il peut être nécessaire de favoriser la fusion de parties, soit en supplément, soit parallèlement, soit séparément du processus d'intégration. Certains patients TDI, en particulier ceux et celles ayant plusieurs PAN, ont une telle habitude à vivre « à plusieurs » que c'est devenu un « style de vie » (Ellert Nijenhuis, communication personnelle ; Steele et al., 2017). La thérapie peut également se terminer après avoir atteint ce niveau de fonctionnement.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

3.

Phase d'intégration de la personnalité, réadaptation et réhabilitation (à ce stade PAN et PE sont souvent partiellement ou totalement intégrées, voire fusionnées)

- Dépasser la phobie de la vie normale,
- Dépasser la phobie de la prise saine de risque et du changement,
- Dépasser la phobie de l'intimité, y compris la sexualité et l'image du corps.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

3.

Phase d'intégration de la personnalité, réadaptation et réhabilitation (à ce stade PAN et PE sont souvent partiellement ou totalement intégrées, voire fusionnées)

Cette phase voit aussi le patient confronté au deuil d'une enfance normale qu'il n'a pas eue et de la vie passée faite de longs traitements difficiles et d'une histoire psychiatrique souvent traumatisante. On peut bien concevoir que l'EMDR peut aussi être utile ici pour retraiter ces souvenirs traumatiques. Comme à ce stade, l'intégration des différentes PE est bien avancée, on peut envisager l'utilisation du protocole EMDR standard pour retraiter ces expériences traumatiques de l'âge adulte. L'utilisation de l'EMDR pour des scénarios du futur est aussi une option qui a du sens dans certains cas.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

Ces phases ne sont pas linéaires mais elles forment plutôt une spirale avec des va-et-vient entre elles. On voit ainsi que la phase de stabilisation est ciblée en particulier sur la phobie par la PAN des PE et qu'il ne s'agit pas simplement de développer des techniques standard de stabilisation et de régulation émotionnelle, même si celles-ci sont aussi essentielles.

On doit garder à l'esprit que, chez les TD, ces nombreuses phobies se sont mises en place dès le plus jeune âge pour pouvoir survivre. C'est pour cela qu'il est difficile pour le patient de dépasser ces phobies, ressenties comme protectrices.

Spécificités du traitement des troubles dissociatifs

L'ISSTD (2011) précise que la thérapie du TDI ne devrait pas forcément avoir pour but unique le retraitement des souvenirs traumatiques, comme la thérapie EMDR le préconise de manière générale.

Parfois les patients avec un TD complexe atteignent un bon niveau de fonctionnement par de meilleures relations entre parties dissociatives, et la thérapie peut s'arrêter là, si la patiente a retrouvé une vie plutôt stable grâce à une bonne collaboration entre les parties, avec pour effet une diminution des symptômes intrusifs.