

CARREFOUR

DES

PSYCHOTHÉRAPIES

Onno van der Hart,
Ellert R. S. Nijenhuis, Kathy Steele

Préface d'Érik de Soir

Traduction de François Mousnier-Lompré et Hélène Dellucci



Le soi hanté

**Dissociation structurelle et traitement
de la traumatisation chronique**



- ▷ Plus de 50 vignettes cliniques
- ▷ Modèle de traitement en 3 phases
- ▷ Outils et conseils concrets

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

Le soi hanté

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Edith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies est un véritable outil de formation

pour les professionnels de la santé mentale.

Chacun pourra y découvrir :

- Des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques ;
- Des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées ;
- Des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Celles-ci y sont développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et répondent à tous les besoins des professionnels.

Dans la même collection

Antoni M., Ironson G., Schneiderman N., *Gérer le stress grâce aux TCC*, 2024

Fisher J., *Dépasser la dissociation d'origine traumatique*, 2^e éd., 2024

Minton K., Ogden P., Pain C., *Le trauma et le corps*, 2^e éd., 2021

Segal Z., Teasdale J., Williams J., *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, 4^e éd., 2024

Van der Hart O., Craparo G., Ortu F., *Pierre Janet : trauma et dissociation*, 2021

Young J., Klosko J., Weishaar M., *La thérapie des schémas*, 3^e éd., 2024

CARREFOUR

DES

PSYCHOTHÉRAPIES

Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis et Kathy Steele

Traduction de François Mousnier-Lompré
et Hélène Dellucci

Préface d'Erik de Soir

Le soi hanté

3^e édition

Ouvrage original :

Onno van der Hart, Ellert R. S. Nijenhuis, Kathy Steele

The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization

© 2006, W. W. Norton & Company, Inc.

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2024

Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : octobre 2024

Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2024/13647/160

ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-6136-2

Sommaire

Remerciements	7
Avant-propos de l'édition française.....	9
Préface à l'édition française.....	13
Préface à l'édition originale.....	17
Introduction	23

PARTIE I

La dissociation structurelle de la personnalité

CHAPITRE 1	La dissociation structurelle de la personnalité : éléments fondamentaux.....	45
CHAPITRE 2	La dissociation structurelle primaire.....	69
CHAPITRE 3	La dissociation structurelle secondaire de la personnalité.....	83
CHAPITRE 4	La dissociation structurelle tertiaire de la personnalité.....	97
CHAPITRE 5	Les symptômes traumatiques à la lumière de la dissociation structurelle	115
CHAPITRE 6	La dissociation structurelle et le spectre des troubles d'origine traumatique.....	137

PARTIE II

La traumatisation chronique. Une psychologie janétienne de la conduite

CHAPITRE 7	La synthèse et ses limitations chez les survivants de traumatismes.....	175
CHAPITRE 8	La traumatisation, syndrome de non-réalisation.....	195
CHAPITRE 9	La hiérarchie des tendances à l'action	213
CHAPITRE 10	Le maintien phobique de la dissociation structurelle	239

PARTIE III

Le traitement des patients traumatisés chroniques

CHAPITRE 11	L'évaluation du patient traumatisé	267
CHAPITRE 12	Encourager les actions adaptées.....	287
CHAPITRE 13	Phase 1 : La résolution de la phobie de l'attachement.....	311
CHAPITRE 14	Phase 1 : La résolution de la phobie des actions mentales.....	329
CHAPITRE 15	Phase 1 : La résolution de la phobie des parties dissociatives.....	351
CHAPITRE 16	Phase 2 : La résolution de la phobie des souvenirs traumatiques	371
CHAPITRE 17	Phase 3 : Intégration de la personnalité.....	391
Épilogue.....		409
Bibliographie.....		417
Index.....		457
Table des matières.....		479

Remerciements

Nous souhaitons remercier ici les nombreuses personnes qui, directement ou non, ont apporté leur contribution aux idées exprimées dans ce livre, ou qui nous ont aidés de diverses façons durant ce projet d'écriture. Nous reconnaissons avec gratitude l'influence profonde qu'ont eue sur nous certains enseignants d'une époque antérieure à la nôtre, en particulier Pierre Janet et Charles S. Myers. Nous adressons nos remerciements à nos mentors qui, pendant trois décennies, nous ont enseigné tant de choses précieuses pour notre pratique clinique auprès des patients traumatisés chroniques, pour l'évolution de notre compréhension de la détresse qu'ils vivent, et pour le développement de nos recherches : Bennett Braun, Catherine Fine, Erika Fromm, Richard P. Kluft, Richard J. Loewenstein, Steven Porges, Frank W. Putnam, Colin M. Ross, Roberta Sachs, David Spiegel, et Bessel A. van der Kolk. Nous sommes très reconnaissants à Martin Dorahy, Pat Ogden et Yvonne Tauber, avec qui nous avons discuté de nombreuses questions présentées dans ce livre, et qui nous ont aidés à rédiger divers chapitres. Pat Ogden mérite notre gratitude particulière pour le soutien extraordinaire qu'elle nous a constamment apporté, tant au plan émotionnel qu'au niveau du contenu, tout au long du projet.

Notre gratitude va à Isabelle Saillot, Présidente de l'Institut Pierre-Janet, à Paris, pour nos fructueuses discussions sur divers aspects des théories de Janet. Et nous remercions les nombreux collègues dont les travaux ont fortement influencé notre pensée et notre approche clinique, ou avec qui nous avons eu de stimulantes discussions : Jon Allen, Peter Barach, Ruth Blizard, Elizabeth Bowman, Steven Braude, Chris Brewin, John Briere, Danny Brom, Dan Brown, Richard Chefetz, James Chu, Marylene Cloytre, Philip Coons, Christine Courtois, Louis Crocq, Constance Dalenberg, Erik de Soir, Paul Dell, Hans den Boer, Nel Draijer, Janina Fisher, Julian Ford, Elizabeth Howell, George Fraser, Ursula Gast, Marko van Gerven, Jean Goodwin, Arne Hoffman, Olaf Holm, Michaela Huber, Rolf Kleber, Sarah Krakauer, Ruth Lanius, Anssi Leikola, Helga Matthes, Francisco Orengo-Garcia, Laurie Pearlman,

John Raftery, Luise Reddemann, Colin Ross, Barbara Rothbaum, Päivi Saarinen, Vedat Sar, Allan Shore, Daniel Siegel, Eli Somer, Anne Suokas-Cunliffe, Maarten van Son, Johan Vanderlinden, Eric Vermetten, et Eliezer Witztum. Et très certainement d'autres, qu'involontairement nous ne citons pas ici.

Nous nous sentons une dette particulière envers nos plus proches collègues, pour leur soutien constant et bienveillant dans notre pratique clinique quotidienne. Nous travaillons avec eux tous les jours, ils nous apportent leur sagesse et leur expertise clinique, et leur soutien dans les moments difficiles. Il s'agit de Suzette Boon (avec qui l'un de nous [Onno van der Hart] a fait un travail de pionnier aux Pays-Bas), Berry Cazemier, Sandra Hale, Steve Harris, Myles Hassler, Vera Mierop, Lisa Angert Morris, Janny Mulder, Kathie Thodeson, Herry Vos, et Marty Wakeland.

Nous remercions nos éditeurs chez Norton, Deborah Malmud, Michael McGandy et Kristen Holt-Browning, et l'éditeur de la collection, Daniel Siegel, sous la direction experte de qui ce projet a été mené à terme, et enfin Casey Ruble, pour son aide essentielle dans la mise en forme de l'ouvrage.

Enfin nous remercions nos patients : ce sont ceux qui nous ont appris le plus. Nous avons eu le privilège de nous joindre à eux pendant une partie de leur difficile voyage, et nous leur sommes reconnaissants pour la valeur exceptionnelle des leçons, souvent impressionnantes, qu'ils nous ont enseignées.

Avant-propos de l'édition française

La publication de cette édition en français représente pour nous un événement tout à fait particulier. Si l'on constate déjà en France et dans les pays francophones un intérêt croissant pour la théorie de la dissociation structurelle d'origine traumatique et son application clinique, on oublie encore trop souvent que la France, il y a plus d'un siècle, était la pépinière mondiale de cette approche scientifique et clinique des survivants de traumatisme. Le philosophe, médecin et psychologue Pierre Janet (1859-1947) a été le *primus inter pares* de ces chercheurs. Sa théorie d'avant-garde de la dissociation, à la fin du XIX^e siècle, ainsi que sa psychologie de la conduite au siècle suivant, sont les principales fondations de notre théorie et de ses applications cliniques. Janet écrivait en 1930 qu'il était « encore dans l'illusion que [ses] premiers travaux n'étaient pas en vain et qu'ils ont laissé quelques idées précises » (p. 127). Le présent ouvrage, et d'autres, témoignent au XXI^e siècle combien « l'illusion » de Janet était en réalité une perception et une prédiction d'une grande justesse : c'est ainsi qu'en 1989, à l'occasion du centenaire de la publication de l'ouvrage de Janet *L'automatisme psychologique*, John Nemiah, alors éditeur de la revue *American Journal of Psychiatry*, écrivait que sa publication, au moins du point de vue des sciences, était peut-être d'une importance égale à celle de la Révolution française, dont on célébrait le bicentenaire la même année. Nemiah concluait son éloge par les mots suivants : « Les avancées des connaissances en psychiatrie, au cours des cent ans qui se sont écoulés depuis [la publication de *L'automatisme psychologique*], n'ont pas surpassé la méthode scientifique et la vision de Janet » (p. 1529). Puisse l'intérêt des chercheurs et des cliniciens francophones pour notre ouvrage mener aussi à une réconciliation historique, qui ferait retrouver à Janet, dans son propre pays, la place qu'il mérite.

Cependant, si Janet a été le plus remarquable des chercheurs français dans le domaine de la dissociation d'origine traumatique, il n'a en aucun cas été le seul. Dès 1845, Moreau de Tours avance l'idée de la dissociation, ou désagrégation, consistant en un clivage ou une isolation des idées, une division de la personnalité. En 1884, Charles Richet, remarquant que divers éléments psychologiques se dissocient chez les individus en état de somnambulisme, utilise le concept de dissociation. Vers 1887, on trouve la notion de dissociation dans les travaux de Charcot, de Gilles de la Tourette et de Pierre Janet, qui cherchent à expliquer les symptômes de leurs patientes hystériques. D'autres auteurs, pour expliquer des phénomènes similaires, utilisent des concepts différents, mais très proches de celui de la dissociation : par exemple, Gros Jean (1855) distinguait chez certains individus l'existence d'une « seconde personnalité ». Après Gauthier (1858), divers autres auteurs ont parlé de *dédoubllement de la personnalité*, de *dédoubllement du moi*, ou de *dédoubllement de la mémoire et de la conscience*. Certains – parmi lesquels Breuer et Freud, sous l'inspiration des pionniers français – se sont centrés sur la double conscience alors que d'autres, en particulier Bourru & Burot (1888), observant plus de deux parties dissociatives de la personnalité, se focalisaient sur le phénomène des personnalités multiples. En résumé, à la fin du XIX^e siècle, beaucoup de cliniciens et de théoriciens avançaient deux thèses : premièrement, la dissociation est une division de la conscience ou de la personnalité ; et deuxièmement, la dissociation sous-tend les symptômes et les phénomènes hystériques, aujourd'hui décrits comme des symptômes dissociatifs (Van der Hart & Dorahy, 2009). Le fait que les patients porteurs de ces troubles avaient souvent une histoire traumatique n'était cependant pas généralement reconnu. Dans le présent ouvrage, nous mettons l'accent sur la personnalité de ce point de vue, parce que nous pensons que cette dissociation est en rapport avec plus que la conscience ; nous soutenons également que la personnalité, en tant que système global, se divise dans la dissociation en deux ou plusieurs sous-systèmes insuffisamment intégrés, que nous appelons parties dissociatives.

Au début des années 1900, l'intérêt pour les phénomènes dissociatifs s'est accru au Royaume-Uni, notamment en raison des observations et des traitements cliniques de soldats traumatisés au cours de la Première Guerre mondiale. Dans la seconde partie des années 1900, les psychologues et les psychiatres nord-américains ont suivi : ils ont ouvert un vaste champ de travaux qui relient les univers psychiatriques et psychologiques d'Europe et d'Amérique du Nord. Les œuvres d'Henri F. Ellenberger (1970) et d'Ernest Hilgard (1977) ont été déterminantes à cet égard. Ces deux auteurs très influents ont mis en lumière les travaux précoces de Pierre Janet sur la dissociation. On peut aussi ranger *Le Soi Hanté* dans cette tradition scientifique et clinique, même s'il convient de noter que notre étude est enrichie par l'intégration d'une grande variété d'autres approches théoriques.

Cette édition française du *Soi Hanté* est la traduction d'une version corrigée et légèrement développée de l'original en langue anglaise. Nous espérons sincèrement que ce livre donnera un nouvel élan à l'étude et au traitement des nombreux survivants de traumatismes chroniques qui recherchent un traitement psychologique et

psychiatrique. En outre, nous espérons que de futurs développements seront entrepris pour intégrer la théorie de la dissociation structurelle aux théories francophones actuelles du traumatisme.

La publication de l'édition originale en anglais ainsi que d'autres éditions étrangères du livre ont suscité des commentaires très positifs de la part de survivants de traumatismes, ce qui est extrêmement précieux pour nous, au-delà de ce que différents collègues ont écrit sur l'importance et l'utilité de l'ouvrage. Plusieurs survivants ont écrit qu'ils se sont reconnus dans notre travail et se sont sentis pleinement compris et entendus, certains d'entre eux pour la première fois, même après des années de thérapie. Certains ont dit que la lecture de notre livre, leur a non seulement permis de mieux comprendre leurs expériences et leurs impasses intérieures, mais leur a également offert, ce qui est plus important, des moyens précis et mesurés pour changer et sortir de leur calvaire post-traumatique. Certains ont persuadé leur thérapeute de lire le livre et d'adapter leur thérapie en conséquence. Nous espérons que les survivants qui liront l'édition française auront le même type de réaction. Nous devons ajouter que ces réactions au livre semblent indiquer que, malgré la complexité de la théorie, les survivants en saisissent l'essentiel plus facilement que certains cliniciens, tout simplement parce qu'ils sentent qu'elle a profondément compris ce qui est leur expérience vécue.

Nous voudrions remercier François Mousnier-Lompré et Hélène Dellucci, psychologues, pour leur superbe traduction et leur dévouement sans faille à une tâche redoutable ; nous avons eu beaucoup de plaisir à collaborer avec eux. Isabelle Saillot mérite des remerciements particuliers pour l'attention qu'elle a portée à la façon dont nous tentions d'intégrer les idées de Pierre Janet à notre ouvrage. Nos remerciements aussi à Helga Matthes, qui a su, à sa façon, connecter les personnes et rendre possible ce projet. Nous remercions également Erik de Soir, vice-président de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du traumatisme (ALFEST), pour son rôle important dans les traductions des concepts-clés utilisés dans ce livre, et dans les discussions autour des relations de ces derniers avec les conceptions françaises modernes du traumatisme psychologique. Nous le remercions aussi pour sa contribution à deux publications en langue française sur la dissociation structurelle (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, de Soir & Matthes, 2006 ; Van der Hart, Steele, Nijenhuis & de Soir, 2009). Enfin, nous exprimons notre gratitude au professeur Henri Faure, Président de l'ancienne Société Pierre Janet, et notre mentor dans nos études sur Janet et d'autres sujets historiques. Notre gratitude va aussi au professeur Louis Crocq, figure de référence de la psychotraumatologie francophone actuelle et président fondateur de l'ALFEST, qui nous a inspirés non seulement par ses études minutieuses des travaux de Janet sur les traumatismes psychologiques, mais aussi par ses propres publications d'avant-garde sur les traumatismes, qui ont conduit la Société internationale pour l'étude du stress traumatique (ISTSS) à lui rendre hommage en lui décernant l'ISTSS *Lifetime Achievement Award*. Nous adressons à tous deux notre gratitude et nos remerciements.

Préface à l'édition française

Le livre *Le Soi hanté*, de Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis et Kathy Steele, représente pour le champ des traumatismes psychiques beaucoup plus qu'un nouvel ouvrage théorique, empirique et thérapeutique sur les traumatismes chroniques. Il se présente comme le premier ouvrage qui redonne à Pierre Janet la position qu'il méritait déjà depuis longtemps dans son propre pays, la France : la place du pionnier absolu en matière de traitement du traumatisme psychique. Je suis donc particulièrement impressionné et honoré de préfacer ce travail historique.

Personnellement, je dois beaucoup au Professeur Onno van der Hart qui, en tant que spécialiste néerlandais, publiait déjà dans les années 1980 sur le travail de Pierre Janet, tant en anglais qu'en français. Pierre Janet fut méconnu dans son propre pays et mis à l'écart par ses propres collègues. En 1989, c'est le professeur Onno van der Hart qui analysa le travail extrêmement important de Pierre Janet lors d'une conférence en commémoration du centenaire de l'ouvrage *L'Automatisme psychologique* (Janet, 1889), à Paris.

J'ai assisté à la première présentation de la théorie de la dissociation structurelle d'origine traumatique (sous forme de séminaire pré-conférence) des auteurs de cet ouvrage lors de la conférence européenne de la European Society for Traumatic Stress Studies, à Istanbul en 1999. Ce séminaire a été le premier d'une série auxquelles j'ai pu assister lors de conférences internationales des grandes sociétés savantes en matière de traumatismes psychiques : l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) – dont Onno van der Hart a été un des présidents remarquables et remarquables (entre 2002 et 2003), la European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), l'International Society for the Study of Dissociation (ISSD, devenue International

Society for the Study of Trauma and Dissociation, ISSTD) et la European Society for the Study of Trauma and Dissociation.

Ellert Nijenhuis, le deuxième auteur de cet ouvrage, est depuis très longtemps une référence dans le domaine de la dissociation somatoforme et psychoforme. Son ouvrage sur la dissociation somatoforme (*Somatoform Dissociation : Phenomena, Measurement and Theoretical Issues*, 1999) m'a inspiré énormément dans mon travail clinique avec des survivants d'événements traumatogènes. Ces théories s'appliquent tant aux victimes qu'aux secouristes. Comparer le comportement d'un individu sous menace d'une mort imminente à celui d'un animal sous prédation est innovant et phénoménologiquement plein de sens. Depuis la lecture de l'œuvre de Ellert Nijenhuis sur les différentes formes de dissociation et leurs méthodes de mesure, j'arrive à expliquer beaucoup mieux à mes clients, victimes d'agression ou de viol, d'une part, ou intervenants des services de secours lors d'urgences collectives, d'autre part, la signification de leur comportement péritraumatique. Les échelles de mesure de la dissociation péritraumatique présentées dans le livre précité furent utilisées dans l'étude scientifique des conséquences de la catastrophe de Ghislenghien – terrible explosion provoquée par une fuite dans un gazoduc sous haute pression – qui fit 24 morts et de nombreux blessés.

La contribution de Kathy Steele, le troisième auteur de cet ouvrage, a surtout été de valider les aspects psychodynamiques de cette approche. J'ai eu l'occasion de suivre plusieurs ateliers internationaux chez Kathy Steele, qui accentue dans chacune de ses formations les qualités dont chaque thérapeute du trauma devrait pouvoir faire preuve afin d'être efficace mais aussi pour pouvoir assumer de telles thérapies. Les survivants de traumatismes multiples et répétitifs, souvent survenus dans les années de la jeunesse, représentent un réel défi pour la plupart des thérapeutes. Sans supervision et sans cadre théorique puissant, le thérapeute même pourrait être inondé d'impressions et totalement dépassé par l'impressionnante variation de réactions et de symptômes sévères et récurrents, souvent jugée intraitable initialement.

Ces quelques échanges personnels avec les auteurs de cet ouvrage, surtout avec Onno van der Hart, m'ont amené rapidement à lui demander de devenir le copromoteur de ma thèse de doctorat portant sur la dissociation péritraumatique comme prédicteur de chronification de troubles posttraumatiques parmi des survivants de catastrophes et d'accidents sur la voie publique.

Après des années d'expériences de terrain, comme psychologue militaire, sapeur-pompier et ambulancier volontaire, la théorie de la dissociation structurelle d'origine traumatique m'a beaucoup aidé pour expliquer les différentes formes de traumatisation, tant aiguës que chroniques, que je retrouvais chez les sinistrés lors d'accidents ou de catastrophes. Il m'est apparu rapidement que la théorie de la dissociation d'origine traumatique fournissait un cadre unique qui liait mes méthodes de soutien psychologique avancé – élaborées pour assister des victimes traumatisées dans un stade précoce – au suivi psychothérapeutique différé. Lors d'une première lecture, cette théorie apparaît comme inaccessible et difficile à saisir, mais comparée aux comportements

et aux réactions de personnes traumatisées, prises en otage par une alternance perpétuelle entre les reviviscences traumatiques, d'une part, et les moments d'évitement ou de déni des épisodes traumatisants, d'autre part, cette théorie dispose d'un potentiel inépuisable pour le psychothérapeute qui n'a souvent pas d'autre cadre théorique explicatif et spécifiquement adapté à la phénoménologie des traumatismes psychologique. Les apports théoriques et les multiples analyses de ce travail fournissent aux psychothérapeutes, avec ou sans formation spécifique en psychotraumatologie, un large éventail d'actes psychothérapeutiques phasés à utiliser avec des clients traumatisés. La théorie de la dissociation d'origine traumatique a aussi le mérite de réunir des psychothérapeutes, venant de différentes écoles et courants, autour de quelques grands principes d'action psychothérapeutique qui peuvent être considérés comme vérités universelles.

Le côté tant cliniquement qu'empiriquement correct et compréhensible au point de vue phénoménologique de cette théorie a provoqué une révolution dans la prise en charge des traumatismes chroniques. Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis et Kathy Steele ont été les premiers à fournir un modèle théorique dans lequel les psychothérapies corporelles et sensori-motrices, les interprétations neurobiologiques (basées notamment sur la neuro-imagerie), les thérapies psychodynamiques et les traitements cognitivo-comportementaux furent totalement intégrés.

L'enjeu primordial de cette théorie innovatrice consiste surtout à considérer chaque syndrome psycho-traumatique comme avant tout un trouble dissociatif, ce qui permet d'intégrer les troubles de l'angoisse et les troubles dissociatifs dans la nomenclature des troubles induits par un processus de traumatisation psychique.

Ma modeste contribution à la réintroduction du travail de Pierre Janet en France et à la présentation de la théorie sur la dissociation structurelle d'origine traumatique a été double. Premièrement, j'ai aidé à traduire, avec Manoëlle Hopchet et d'autres collègues de l'Institut belge d'EMDR et de psychotraumatologie (BIPE), quelques publications centrales des auteurs mentionnées dans l'avant-propos de ce livre. Deuxièmement, j'ai rempli le rôle de « traducteur de fortune » lors du premier séminaire d'Onno van der Hart à Paris (7/12/2005), organisé en collaboration avec l'Association de langue française pour l'étude du stress et du traumatisme et la *Revue francophone du stress et du trauma*, voulant traduire mot pour mot ses idées en respectant les finesses de la théorie qui auraient été inaccessibles à des traducteurs habituels.

Entre-temps, la théorie de la dissociation structurelle d'origine traumatique a fait son parcours d'introduction dans les milieux de chercheurs et de praticiens du psychotrauma de la francophonie. Une étape fondamentale étant celle de la résistance initiale parmi certains adhérents des théories psychodynamiques classiques, tant freudiennes que lacaniennes, est franchie. La voie vers une convergence de toutes les approches cliniques et psychothérapiques est grandement ouverte avec cette publication.

Ce livre de van der Hart, Nijenhuis & Steele, riche de multiples exemples, reprend un ensemble cohérent de contenus tant pour les psychiatres, psychologues et

psychothérapeutes, que pour leurs clients, souvent victimes de traumatismes répétitifs et multiples, souffrant depuis des années et à la recherche d'un thérapeute bien (in) formé. Il s'agit d'une œuvre de référence sans précédent dans le domaine de la psychotraumatologie et de la victimologie, appuyée par le cheminement de recherches scientifiques classiques et contemporaines.

Le témoignage et le travail bibliographique des auteurs sont impressionnants et ne cachent pas leur élan humain et sincère. Mais, au-delà de leur vocation et de leurs tentatives pour intégrer les troubles psychiques d'origine traumatique, il y a la conclusion à tirer : s'il y a une approche qui augmente les chances de surmonter un traumatisme psychique chronique, c'est bien celle qui intègre les expériences cliniques de la riche histoire de la psychiatrie européenne et les résultats de l'étude scientifique contemporaine. Merci Onno, Ellert et Kathy d'avoir fourni cet effort en avançant votre théorie sur la dissociation structurelle d'origine traumatique.

Erik L.J.L. De Soir,

vice-président de l'Alfest (Association de langue française
pour l'étude du stress et du traumatisme), président de l'Association
européenne des psychologues sapeurs-pompiers

Préface à l'édition originale

Pour les patients souffrant de traumatismes chroniques, vivre est souvent un combat permanent. Ils présentent en général une large palette de symptômes, qu'on classe souvent sous différentes combinaisons de comorbidité, et qui peuvent rendre l'évaluation et le traitement complexes et confus.

Beaucoup de ces patients connaissent, au quotidien, des difficultés importantes dans leur existence et leurs relations, avec de graves conflits intrapsychiques et des stratégies inadaptées dans la gestion de leur vie. Leurs souffrances sont pour l'essentiel liées à un passé terrifiant, douloureux, qui les hante. Même lorsque ces survivants tentent (stratégie courante) de cacher leur détresse sous une façade de normalité, le thérapeute se sent souvent assailli par le nombre de leurs symptômes et la gravité de leurs souffrances. Rien d'étonnant, dès lors, que beaucoup de patients souffrant de traumatisation chronique aient vu plusieurs thérapeutes avec peu, voire pas de résultat, et que plus d'un ait été étiqueté « impossible à traiter » ou « résistant à tout traitement ».

Dans le présent ouvrage, nous présentons ce que nous avons appris du traitement et de l'étude des personnes chroniquement traumatisées en plus de soixante-cinq années d'expérience collective cumulée. Nous avons écouté attentivement nos patients, nous nous sommes efforcés de comprendre ces expériences intérieures, complexes, parfois incroyables, sur lesquelles ils peuvent trouver difficile et effrayant de mettre des mots. Nous avons appris de nos réflexions pratiques, théoriques, scientifiques, et nous avons été encouragés en ce sens par la riche littérature du XIX^e siècle, des premières décennies du XX^e, et les écrits plus récents qui ont été consacrés au traumatisme. Toute une série de concepts, provenant de nombreuses théories psychologiques, nous ont été extrêmement précieux dans notre quête, parmi lesquels

les théories de l'apprentissage, des systèmes, la théorie cognitive, la théorie affective, la théorie de l'attachement, la théorie psychodynamique et la théorie des relations d'objet. Les récents développements en psychologie et psychobiologie évolutionnaires, et tout particulièrement les recherches sur les émotions en neurosciences et les études psychobiologiques sur le traumatisme, ont été pour nous une source d'inspiration majeure. Toutes ces sources ont contribué à nous faire comprendre que l'essence du traumatisme est *la dissociation structurelle de la personnalité*.

Nous utilisons ce concept pour rétablir le sens originel du mot dissociation, tel que Pierre Janet (1859-1947) l'a défini. Janet, philosophe, psychiatre et psychologue français, est considéré comme « l'un des plus importants cliniciens et penseurs en psychiatrie depuis deux siècles » (Nemiah, 1989, p. 1527). Son œuvre est essentielle à la compréhension et au traitement des troubles d'origine traumatique. La dissociation structurelle est une organisation psychique particulière, dans laquelle existent différents sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité qui sont excessivement rigides et relativement fermés les uns aux autres. Ces caractéristiques mènent à un manque de cohérence et de coordination dans la personnalité globale du survivant.

À l'origine de notre proposition d'utiliser le terme de *dissociation structurelle (de la personnalité)*, il y a une nécessité pressante : on trouve aujourd'hui un tel nombre de définitions peu claires et souvent contradictoires de la dissociation, que le concept est devenu très problématique. Par exemple, la dissociation peut représenter des symptômes, un « processus » ou une activité mentale consciente ou inconsciente, un « mécanisme de défense », et d'autres choses encore. Et l'étendue des symptômes décrits comme dissociatifs s'est tellement élargie que la catégorie a perdu sa spécificité. On fait aussi entrer dans les symptômes dissociatifs, en plus des manifestations de la dissociation structurelle de la personnalité, une foule d'altérations, courantes ou pathologiques, de la personnalité. Comme nous le dirons dans cet ouvrage, nous considérons ces ajouts comme une grave erreur de catégorisation.

Nous exposons dans ce livre la théorie de la dissociation structurelle combinée à une psychologie de l'action d'inspiration janétienne. Celle-ci, qui trouve ses racines dans le travail de pionnier de Janet, définit la nature des actions adaptatives, et donc intégratives, dans lesquelles les humains doivent s'engager pour fonctionner au mieux. Ces actions doivent être encouragées non seulement chez nos patients, mais chez nous-mêmes, thérapeutes. En vérité, nous avons appris que la psychologie de la conduite est applicable à tout le monde. Nous exposerons ici la façon dont la personnalité de l'individu traumatisé est organisée, et les raisons qui font que nombre de ses actions, psychiques ou comportementales, sont inadaptées. La théorie de la dissociation structurelle et la psychologie de l'action janétienne présentées dans ce livre détaillent aussi les actions intégratives que le survivant doit accomplir pour laisser derrière lui son passé hanté et rendre sa vie actuelle plus heureuse.

Notre ouvrage est d'abord destiné aux cliniciens, mais il intéressera également les étudiants en psychologie clinique et en psychiatrie, ainsi que les chercheurs. Les thérapeutes qui travaillent avec des survivants adultes de maltraitements et de négligences

infantiles y trouveront des idées et des outils utiles qui pourront rendre la thérapie plus efficace et plus supportable pour leurs patients. Et ils pourraient bien, comme nous l'avons fait, redécouvrir la vieille vérité selon laquelle, parfois, rien n'est aussi pratique qu'une bonne théorie. Nous pensons que la théorie et l'approche thérapeutique présentées dans ce livre sont également pertinentes pour nos collègues engagés dans le traitement de réfugiés traumatisés, de victimes de tortures et d'anciens combattants, comme pour ceux qui traitent le plus souvent des adultes traumatisés par des événements uniques comme un viol, une attaque terroriste, un accident de la route ou une catastrophe naturelle.

Cet ouvrage contribuera à la préparation des étudiants en psychologie clinique et en psychiatrie à l'évaluation, au traitement et à l'étude scientifique de patients gravement traumatisés. Les chercheurs pourront y découvrir que la théorie de la dissociation structurelle est une puissante heuristique : on peut en dériver de nombreuses hypothèses, qu'on peut tester et réfuter. Par exemple, la théorie suggère la façon dont les actions mentales et comportementales des survivants vont varier en fonction du type de partie dissociative qui exerce le contrôle exécutif ; ce fait a largement été négligé par les études sur le stress traumatique.

Des approches à relativement court terme ont été recommandées pour les traumatisations par un incident unique et l'état de stress post-traumatique (ESPT) (APA, 1994, 2015), par exemple la thérapie cognitive-comportementale et l'intégration neuro-émotionnelle par le traitement adaptatif de l'information (EMDR) (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009 ; Foa & Rothbaum, 1998 ; Follette, Ruzek & Abueg, 1998 ; Leeds, 2009 ; Resick & Schnicke, 1993 ; Shapiro, 2001). Il n'existe aucune étude montrant que ces approches sont un traitement valable pour les survivants de traumatisation chronique si on les utilise en dehors d'un traitement par phases tel que celui que nous proposons dans le présent ouvrage. En fait, c'est précisément leur grave psychopathologie comorbide, courante chez les survivants de traumatismes, qui est la raison principale de l'éviction de certains participants des études sur l'efficacité du traitement du ESPT (Spinazzola, Blaustein & Van der Kolk, 2005). De plus, les événements traumatisants uniques, à l'âge adulte, ne réveillent que trop souvent des expériences traumatisantes antérieures non résolues. Certains survivants de traumatisation chronique ont pu gérer un temps leur vie en dépit de leurs capacités intégratives amoindries, au prix de beaucoup d'efforts, mais développent des troubles quand un nouveau traumatisme les pousse au-delà de leurs limites intégratives. Pour ces patients, un traitement relativement rapide et bref est souvent inadapté : les patients à traumatisations cumulées requièrent en général des traitements plus complexes et plus longs, et cet ouvrage est précisément centré sur le traitement de ces survivants.

Nous fondant sur la théorie de la dissociation structurelle que nous avons combinée avec une psychologie janétienne de la conduite, nous avons développé un modèle de *traitement par phases* centré sur l'identification et le traitement de la dissociation structurelle et des activités psychiques et comportementales inadaptées qui lui sont liées. Le fondement de cette approche consiste à soutenir les patients dans l'apprentissage

d'actions mentales et comportementales plus efficaces qui leur permettront de mieux s'adapter dans la vie et de résoudre leur dissociation structurelle. Ce principe signifie que l'objectif thérapeutique global est d'accroître la capacité intégrative, ou ce que nous appelons le *niveau mental* du patient, d'abord pour qu'il puisse gérer les exigences de sa vie quotidienne, puis pour traiter les vestiges du passé qui le hantent encore, en particulier des souvenirs traumatiques.

Le chapitre introductif présente un bref survol du concept de dissociation et de traitement par phases, ainsi que des notions de base liées à une psychologie de la conduite d'inspiration janétienne ; toutes ces notions seront abordées en profondeur dans le cours de l'ouvrage. Les cinq premiers chapitres de la première partie du livre exposent les présentations cliniques des différents niveaux de dissociation structurelle et ouvrent la voie à l'explication de la théorie de la dissociation structurelle (c'est-à-dire la dissociation structurelle primaire), dans laquelle la personnalité du survivant est divisée en une grande partie dissociative qui s'occupe de gérer la vie quotidienne et d'éviter les souvenirs traumatiques, et une partie dissociative moins complexe, qui se consacre à la défense contre les dangers. Ce chapitre précise aussi les différences entre les souvenirs narratifs autobiographiques et les souvenirs traumatiques. Le chapitre 2 présente une analyse approfondie des différences existant entre ces deux parties dissociatives prototypiques. Le troisième chapitre traite de la dissociation structurelle secondaire, c'est-à-dire de l'existence, chez les survivants de traumatismes, d'une partie dissociative qui s'occupe de la vie de tous les jours et de plusieurs autres qui se consacrent à la défense contre les dangers menaçant l'individu. Ce niveau de dissociation structurelle caractérise les traumatisés chroniques qui présentent des troubles complexes d'origine traumatique. Le chapitre 4 décrit la dissociation structurelle tertiaire, qui concerne les patients chez qui plusieurs parties sont dédiées à la vie quotidienne et plusieurs autres se consacrent à la lutte contre le danger. Nous avançons l'idée que c'est là le domaine exclusif des troubles dissociatifs de l'identité. Le chapitre 5 propose quelques clarifications dans la confusion qui règne dans le champ de l'étude des traumatismes, sur la question de savoir quels symptômes sont ou non dissociatifs. Enfin, le chapitre 6 analyse la façon dont la théorie de la dissociation structurelle est reliée à divers troubles d'origine traumatique (à la fois les troubles dissociatifs du DSM IV (APA, 1994), du DSM-5 (APA, 2013) et de la CIM 10 (OMS, 1992)), ainsi qu'aux nombreux troubles comorbides si courants chez les traumatisés chroniques. Cette compréhension donne des points essentiels d'action pour le traitement de ces troubles.

La deuxième partie est consacrée à une psychologie janétienne de la conduite en rapport avec la dissociation structurelle : on analysera dans cette partie diverses actions inadaptées (mentales ou comportementales) ainsi que des carences d'action adaptée chez le sujet traumatisé chronique. Ces actions préservent la dissociation structurelle dès son apparition, se manifestent dans divers symptômes et constituent des cibles dans la thérapie (Shapiro, 2001). Des actions plus adaptées, plus intégratives, seront également évoquées. Le chapitre 7 présente une vue générale du rôle joué par certaines actions mentales et comportementales qui sont nécessaires au

développement et au maintien d'une personnalité intégrée, ainsi qu'à la gestion d'une existence aussi adaptée que possible. Ce chapitre s'intéressera tout particulièrement à la synthèse, qui est le tout premier niveau de l'intégration. Dans le chapitre 8, on décrira la réalisation, avec ses composantes de personnification et de présentification, niveau sophistiqué et complexe d'intégration qui réclame un fonctionnement mental plus élevé. Ce chapitre abordera également les difficultés des survivants de trauma à percevoir la réalité. Par exemple, ils ne s'aperçoivent pas que le passé n'est pas le présent, ou que le futur n'est pas une répétition d'un passé catastrophique, et leurs actions reflètent cette confusion. Ces distorsions de la perception de la réalité causent des difficultés d'adaptation, mais indiquent aussi le faible niveau mental de ces personnes face aux épreuves qu'elles affrontent. Le chapitre 9 décrit une hiérarchie janétienne des tendances à l'action, c'est-à-dire des divers niveaux d'action, de complexité croissante, qui sont nécessaires pour affronter correctement les difficultés de la vie quotidienne, et que les traumatisés chroniques ont souvent du mal à mettre en œuvre. Cette hiérarchie est utile pour évaluer le niveau présent de fonctionnement adaptatif d'un patient en termes d'actions mentales et comportementales. Ce chapitre traite aussi des actions inadaptées auxquelles ces patients recourent lorsque leur niveau de fonctionnement mental est inférieur à ce qu'il faudrait pour poser des actes adaptés, et des actes nécessaires à un changement sain. Le chapitre 10 passe en revue les différentes phobies qui caractérisent les patients traumatisés chroniques et qui maintiennent leur dissociation structurelle. Nous y décrirons largement les principes d'apprentissage impliqués dans le maintien de la dissociation structurelle.

La troisième partie du livre présente une application systématique à la fois de la théorie de la dissociation structurelle et de la psychologie de l'action, dans l'évaluation du fonctionnement du patient (chapitre 11) et dans le *traitement par phases* (chapitres suivants). Le chapitre 12 expose les principes généraux de traitement qu'il faut appliquer tout au long de la thérapie. Le but global des actions du thérapeute est d'élever le niveau mental du patient et d'améliorer dans ce contexte ses capacités mentales et relationnelles. La série des chapitres suivants traite des objectifs des trois phases du traitement, qui consistent en grande partie à surmonter les phobies particulières qui maintiennent la dissociation structurelle et handicapent le fonctionnement adapté du patient. Trois chapitres abordent les objectifs du traitement pour la première phase ; le chapitre 13 traite des manières de surmonter la phobie de l'attachement et de la perte de l'attachement avec le thérapeute. Il se centre par conséquent sur l'établissement d'une relation thérapeutique avec des survivants de traumatismes qui, tout à la fois, s'approchent de l'attachement et l'évitent. Le chapitre 14 aborde la tâche de surmonter la phobie des actions mentales provenant d'un traumatisme (par exemple des pensées, des émotions, des souvenirs, des désirs), et le chapitre 15 fait de même en ce qui concerne la phobie des parties dissociatives. Le chapitre 16 aborde la seconde phase du traitement, en particulier les façons de surmonter la phobie des souvenirs traumatiques et les tâches associées à ses objectifs. Le chapitre 17, qui concerne la troisième phase du traitement, traite de la façon de surmonter la phobie de la vie normale et les phobies qui lui sont associées. Le livre s'achève enfin sur un épilogue.

Introduction

*Sans m'en apercevoir, je luttais pour garder séparés mes deux mondes.
Sans même savoir pourquoi, je m'assurais, chaque fois que je le pouvais,
que rien ne franchissait le cloisonnement que j'avais créé entre l'enfant
de jour et l'enfant de nuit.*

Marilyn VAN DERBUR (2004, p. 26)

Les traumatisés chroniques sont pris dans un terrible dilemme. Il leur manque la capacité intégrative et les aptitudes mentales nécessaires à la prise de conscience complète de l'horreur de leurs vécus et de leurs souvenirs. Mais ils doivent poursuivre une vie quotidienne où sont parfois présentes les personnes mêmes qui les ont maltraités ou négligés. L'option la plus pratique, pour eux, est d'éviter mentalement d'affronter ce passé et ce présent non traités, douloureux, et de maintenir autant que faire se peut une façade de normalité. Cependant, cette apparente normalité, cette vie à la surface de la conscience (Appelfeld, 1994), reste fragile : les survivants sont hantés par des souvenirs effrayants, réveillés par de puissants rappels, surtout lorsqu'ils ont épuisé leurs ressources émotionnelles et physiques. Et malheureusement, beaucoup de survivants vivent à la limite de l'épuisement, et sont ainsi plus sensibles aux intrusions de souvenirs traumatiques. Il est au-delà de leurs forces d'accepter les douloureuses réalités de leur vie ; ils restent ainsi bloqués dans la peur, le désespoir, la terreur. Ils se débattent souvent avec des difficultés pour réguler les expériences perturbantes, qu'elles viennent de l'intérieur ou de l'environnement : il s'agit là de compétences que les personnes qui les ont élevés ne les ont pas aidés à développer, et dont l'absence limite gravement leur niveau mental (capacité intégrative). Ces personnes paraissent incapables de parvenir à un équilibre correct entre leur niveau d'énergie mentale et leur faculté à utiliser cette énergie dans des actions mentales et comportementales adaptées que nous appelons *efficacité mentale*. Ils sont livrés à des

actions et des réactions inefficaces mais répétitives, qui ne les aident pas à acquérir progressivement la maturité et la capacité de gérer correctement les aléas et les complexités de la vie.

1. La dissociation d'origine traumatique

Nous pensons que la *dissociation* est la clé de la compréhension de la traumatisation : c'est là une prémisse fondamentale de ce livre. Mais nous ne sommes pas arrivés facilement à cette conclusion, en grande partie parce que beaucoup de notions, dans le champ du traumatisme, nécessitent encore des éclaircissements, et en premier lieu la dissociation. Dans le domaine du traumatisme, pratiquement tout le monde utilise le terme de *dissociation* avec des significations différentes, et ses causes, ses caractéristiques essentielles et son rôle dans la psychopathologie de l'individu traumatisé sont l'objet de nombreux désaccords. Souvent, dans une même discussion, le mot *dissociation* pourra être utilisé pour indiquer un processus, une structure intrapsychique, une défense, une déficience, ou toute une série de symptômes. Et les symptômes considérés comme dissociatifs varient considérablement d'une publication à l'autre, et d'un instrument de mesure à l'autre. Par exemple, même si des phénomènes comme le fait d'être profondément absorbé ou d'être plongé dans une rêverie en étaient autrefois distingués, on les a aujourd'hui rangés sous la notion de dissociation. La *dissociation* est donc un concept bien mal compris, déroutant, et qui a parfois mauvaise presse. Certains ont même suggéré de renoncer complètement à ce terme. Au fil de cet ouvrage, nous aborderons ces questions de façon approfondie.

La dissociation structurelle de la personnalité

À l'origine, la dissociation renvoyait à *une division de la personnalité ou de la conscience* (Janet, 1887/2005, 1907 ; McDougall, 1926 ; Moreau de Tours, 1845 ; cf. Van der Hart & Dorahy, 2009). Plus précisément, Pierre Janet notait que la dissociation comprenait des divisions entre « des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité » (Janet, 1909, p. 345). Il indiquait que la personnalité est une *structure* constituée de différents *systèmes*, ce que reprennent également des définitions plus contemporaines. Un système est un assemblage d'éléments reliés formant un tout, de sorte que chacun des éléments soit d'une façon ou d'une autre une partie de ce tout : chaque élément est considéré comme relié à d'autres éléments, ou à la totalité du système. En tant que système, la personnalité peut être vue comme constituée de divers états ou sous-systèmes psychobiologiques qui fonctionnent de manière cohérente et coordonnée. Par exemple, Allport (1961) proposait de dire que la personnalité est « l'organisation dynamique des systèmes psychophysiques de l'individu qui déterminent sa façon caractéristique de se comporter et de penser » (p. 28). De même, les théories systémiques (par ex. Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989) conçoivent la personnalité comme un système organisé ou structuré, formé de

différents sous-systèmes psychobiologiques, lesquels sont normalement plus ou moins en cohérence et fonctionnent ensemble comme une entité chez les individus en bonne santé. La structure a été définie comme « une composition de parties constitutives, l'organisation d'une globalité complexe. En ce qui concerne l'interdépendance des positions et des fonctionnalités de leurs parties » (Drever, 1952, p. 285). De fait, en termes de psychologie évolutionnaire, les humains sont constitués d'un certain nombre de (sous-) systèmes psychobiologiques qui ont évolué par sélection naturelle et qui remplissent différentes fonctions, c'est-à-dire qui leur permettent de fonctionner au mieux dans des environnements particuliers (Buss, 2004, 2005 ; Metzinger, 2003 ; Panksepp, 1998).

Comme les psychiatres français du ^{xix}^e siècle l'avaient déjà noté, la dissociation implique une organisation particulière des systèmes psychophysiques qui constituent la personnalité. À nos yeux, cette organisation n'est ni arbitraire, ni fortuite, et dans la traumatisation, elle tendra à suivre des « lignes de faille » relativement bien définies dans la structure de la personnalité, et qui sont une métaphore de l'évolution. À partir de cette conception de la personnalité, nous avons commencé à utiliser les termes de *dissociation structurelle de la personnalité* (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002, 2004 ; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005 ; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Les divisions dissociatives ne se produisent pas seulement dans les actions mentales (par exemple le fait de vivre une sensation, un affect), mais avant tout entre les deux catégories principales de systèmes psychobiologiques qui forment la personnalité (Carver, Sutton & Scheier, 2000 ; Gilbert, 2001 ; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998). L'une comprend les systèmes qui ont pour fonction première l'approche des stimuli attirants dans la vie quotidienne, comme la nourriture ou la compagnie d'autres individus. L'autre catégorie de systèmes comprend l'évitement ou la fuite face aux stimuli aversifs ; par exemple, les menaces de tous ordres. Le but de ces systèmes est de nous aider à distinguer entre les expériences heureuses et douloureuses, et de générer les meilleures réactions adaptées aux circonstances où l'on se trouve. Ces situations couvrent nos univers intéroceptifs et extéroceptifs, nos environnements internes et externes, tels que nous les percevons. Nous parlons de ces systèmes psychobiologiques comme de *systèmes d'action*, parce que chacun comprend des dispositions innées, particulières, à agir en fonction d'un objectif (Arnold, 1960 ; Frijda, 1986).

Les différents systèmes d'action peuvent partager des tendances à l'action (par exemple parler, marcher), mais ils peuvent aussi inclure leurs propres tendances à l'action et les objectifs qu'elles suivent (par exemple s'attacher à sa mère, manger, boire, fuir, se battre, jouer avec un camarade, faire l'amour). La notion de tendance à l'action a un rôle majeur dans le présent ouvrage, et diffère de celle d'action. Nous tendons à considérer les actions comme effectuées ou exécutées. *Les tendances à l'action ne sont pas simplement des propensions à agir d'une certaine façon, mais comprennent le cycle complet de l'action, y compris la latence, la préparation, le début d'exécution, l'exécution et l'achèvement* (Janet, 1934). Les tendances à l'action sont des adaptations face à des défis environnementaux. Si un grand nombre de ces tendances ont été développées tout au long de l'évolution et sont donc transmises génétiquement, la plupart requièrent encore une

maturation et des stimulations environnementales adéquates pour s'épanouir. Chaque tendance englobe une gamme plus ou moins complexe d'actions mentales et comportementales. Les systèmes d'action nous aident à percevoir, à ressentir, à penser, à décider, et à nous comporter d'une certaine façon. C'est ainsi qu'on peut percevoir, ressentir, penser, décider et agir d'une façon lorsqu'on a faim, et tout à fait différemment lorsqu'on est curieux de savoir ce qui est arrivé à un ami, ou qu'on vit un conflit au travail.

La première catégorie de systèmes d'action constituant la personnalité comprend ceux qui soutiennent la personne dans ses efforts pour s'adapter à la vie quotidienne ; la seconde concerne les systèmes d'action qui s'occupent des défenses contre les dangers graves, et de la récupération. Si l'évolution nous a préparés à la fois pour les tâches de la vie quotidienne et pour la survie au milieu du danger, nous ne sommes cependant pas capables de nous engager facilement à la fois dans les deux. Donc, lorsque les deux sont nécessaires, en particulier sur de longues périodes, certains individus développent une division assez rigide de leur personnalité pour pouvoir gérer ces objectifs très discordants et les activités qui leur sont liées. Par exemple, Marilyn Van Derbur (2004), ancienne Miss Amérique, avait été sexuellement agressée étant enfant ; elle décrivait sa personnalité comme divisée en une « enfant de jour », qui avait des comportements d'évitement, était engourdie, détachée, amnésique et centrée sur la vie normale, et une « enfant de nuit » qui subissait les abus et était centrée sur sa propre protection.

C'est dans l'alternance et la coexistence entre la reviviscence d'événements traumatisants (par exemple « l'enfant de nuit ») et l'évitement des éléments de rappel du traumatisme avec un centrage sur le fonctionnement quotidien (par exemple « l'enfant de jour »), que se manifeste le plus clairement le manque de cohérence et d'intégration de la personnalité. Ce schème biphasique est caractéristique du ESPT (APA, 1994) et s'observe aussi dans d'autres troubles liés à une expérience traumatisante. Il comporte une division entre les systèmes d'action de défense, ceux qui nous guident pour éviter les menaces, et les systèmes d'action pour la vie quotidienne – ceux qui d'abord visent à rechercher les stimuli attirants qui nous aident à survivre et à nous sentir bien. Cette division est la forme élémentaire de la dissociation structurée de la personnalité. *La dissociation structurelle d'origine traumatique est donc un défaut dans la cohérence et la souplesse de la structure de la personnalité* (Resch, 2004). Ce défaut ne signifie pas que la personnalité du survivant soit complètement clivée en différents « systèmes d'idées et de fonctions », mais plutôt qu'il y a un manque de cohésion et de coordination entre les systèmes qui la constituent.

Nous décrivons la division de la personnalité en termes de *parties dissociatives de la personnalité*. Ce choix de mots souligne le fait que les parties dissociatives de la personnalité, ensemble, forment un tout, et pourtant sont conscientes d'elles-mêmes, possèdent au moins un sens rudimentaire de soi, et sont en général plus complexes qu'un simple état psychobiologique. Ces parties dissociatives sont médiatisées par des systèmes d'action. De plus, les patients traumatisés estiment en général que les termes de « parties de la personnalité » et de « parties de soi » constituent une bonne description de leur expérience subjective.

Parties « apparemment normales » et parties « émotionnelles » de la personnalité

Pour conceptualiser ces parties prototypiques, dissociatives, de la personnalité, nous commencerons par les importants travaux d'un psychologue et psychiatre anglais de la Première Guerre mondiale, Charles Samuel Myers (1916a, 1916b, 1940). Myers a décrit une forme élémentaire de dissociation structurelle chez des combattants grièvement traumatisés par les bombardements (« shell-shocked ») de la Première Guerre mondiale (cf. Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000). Cette dissociation inclut la coexistence et l'alternance de ce qu'il appelle une *[Partie] Apparemment Normale de la Personnalité (PAN)* et une *[Partie] Émotionnelle de la Personnalité (PE)*. Dans ce livre, nous appellerons ces parties prototypiques PAN et PE. Les survivants, en tant que PAN, s'efforcent de poursuivre une vie normale, et sont donc guidés par les systèmes d'action de la vie quotidienne (par exemple, exploration, sollicitude, attachement), tout en cherchant à éviter les souvenirs traumatiques. En tant que PE, en revanche, ils sont bloqués dans le système d'action (défense, sexualité...) ou les sous-systèmes d'action (hypervigilance, agression, fuite.) qui avaient été activés au moment de la traumatisation.

PAN et PE sont anormalement rigides et fermées l'une à l'autre, parce qu'elles sont contraintes jusqu'à un certain point par les systèmes d'action spécifiques qui les médialisent et par le niveau de tendances à l'action qu'elles peuvent atteindre ; ce qui veut dire que les survivants, en tant que PAN et que PE, présentent leurs propres schèmes, relativement inflexibles, de tendances à l'action, dont certains au moins sont inadaptés.

Myers ne voulait pas dire que les émotions sont l'apanage des seules PE. Il soulignait plutôt le fait que les émotions perturbantes, violentes, diffèrent des émotions fortes en ce qu'elles ne sont pas adaptées, qu'elles submergent la personne, et que leur expression ne lui sert à rien. En fait, plus elles s'expriment, et plus la personne survivante se retrouve dysfonctionnelle et perturbée. Par exemple, on le constate souvent chez les patients « borderline » qui expriment de la rage : plus ils en expriment, plus ils perdent le contrôle d'eux-mêmes.

La dissociation structurelle peut aussi se produire autour de certaines émotions ou de certaines croyances qui sont parfois moins clairement liées à un système d'action précis ou à une constellation particulière de systèmes d'action. Une partie peut par exemple contenir des actions mentales comme la tristesse, la culpabilité, le désespoir ou la honte, et d'autres parties peuvent trouver ces émotions insupportables. Cependant, de telles émotions sont très probablement liées à des systèmes d'action qui nous aident à réguler nos attachements et nos postures sociales. Comme le notait Gilbert (2002), une personne peut être honteuse de certaines de ses actions lorsqu'elle craint que les autres ne la rejettent ou ne la méprisent pour les avoir commises, et elle peut se sentir coupable si ses actes ont blessé autrui (si elle abandonne un rôle soignant trop tôt, par exemple, ou si elle fait souffrir ses enfants en divorçant). Elle pourra donc éviter ces actions, pour conserver l'état actuel de ses attachements et ses

positions sociales. Les systèmes d'action qui visent à la réalisation d'objectifs de la vie courante et ceux qui visent à la défense contre des menaces majeures manquent ainsi de cohésion et de coordination.

La dissociation structurelle peut aller de divisions très simples à des divisions extrêmement complexes de la personnalité, et ces niveaux de complexité ne sont pas sans conséquence pour le traitement. Ils représentent une image dimensionnelle de la dissociation et sont simplement des prototypes des organisations dissociatives. Plus la dissociation structurelle sera complexe, plus on s'écartera de ces prototypes, il faut s'y attendre. Les formes d'expression de la dissociation peuvent revêtir d'innombrables variations d'un individu à l'autre.

Dissociation structurelle primaire. La forme la plus simple de division traumatique de la personnalité est celle qui comprend *une seule PAN* et *une seule PE*. Nous l'appelons *dissociation structurelle primaire*. Alors que la PAN est « l'actionnaire principal » de la personnalité, selon l'expression de la survivante d'inceste Sylvia Fraser (1987), la PE est en général tout à fait limitée dans ses buts, sa fonction, son sentiment d'identité. C'est dire que la partie PE du survivant reste peu élaborée et peu autonome dans la vie de tous les jours. Les formes plus complexes de dissociation structurelle, impliquant davantage de parties dissociatives, sont des variations de la dissociation structurelle primaire de la personnalité.

Dissociation structurelle secondaire. Lorsque des événements traumatisants sont de plus en plus perturbants, ou se prolongent, une division supplémentaire de la PE peut se produire, cependant qu'une seule PAN reste intacte. Cette *dissociation structurelle secondaire* peut être fondée sur l'échec de l'intégration de divers types de défense qui revêtent différentes configurations psychobiologiques, avec différentes combinaisons d'affects, de cognitions, de perceptions, et d'actions motrices. Ces dernières comprennent des positions comme le fait de rester figé, de se battre, de s'enfuir, ou de se soumettre totalement.



Vignette clinique

Martha avait un diagnostic d'ESPT complexe et de trouble de la personnalité borderline. Elle avait connu une enfance de maltraitances et de négligences graves. Une partie de sa personnalité (PE) avait tendance à devenir folle de rage à la plus légère offense perçue, une autre (PE) se figeait de terreur lorsqu'on la provoquait, une troisième (PE) était constamment sur le qui-vive dans l'éventualité d'un danger, une quatrième cherchait sans cesse quelqu'un pour s'occuper d'elle et une cinquième (la PAN) fonctionnait très bien au travail tant que les relations ne lui semblaient pas menaçantes.

Dissociation structurelle tertiaire. Enfin, outre les divisions des PE, il peut se produire une division de la PAN. Cette *dissociation structurelle tertiaire* a lieu quand des aspects impossibles à éviter de la vie quotidienne deviennent associés au traumatisme passé : les déclencheurs tendent à réactiver les souvenirs traumatiques par le biais de l'apprentissage généralisant. Par ailleurs, lorsque le fonctionnement de la PAN est

si pauvre que la vie normale elle-même est perturbante, de nouvelles PAN peuvent se développer. Dans les cas graves de dissociation secondaire et dans tous les cas de dissociation tertiaire, plusieurs parties peuvent avoir un fort degré d'élaboration (par exemple des noms, des âges, un genre sexuel, des préférences) et d'émancipation (terme utilisé par Janet [1907] qui traduit la séparation et l'autonomie, réelle ou perçue, de la partie par rapport à l'influence d'autres parties dissociatives). Cela ne se voit que rarement dans la dissociation structurelle primaire, et peu souvent dans la dissociation structurelle secondaire.

Niveaux de dissociation structurelle et diagnostics du DSM-5. Pour comprendre la dissociation structurelle, il est essentiel de saisir la façon dont les différents niveaux correspondent aux catégories diagnostiques actuelles. Notre prémisse de départ est que tous les troubles d'origine traumatique contiennent quelque degré de dissociation structurelle, le trouble aigu du stress et l'ESPT simple étant les plus élémentaires, le trouble dissociatif de l'identité (TDI) le plus complexe. Les traumatisés chroniques ont habituellement un certain nombre de troubles mentaux comorbides qui sont en rapport avec la traumatisation et ses effets neurobiologiques. Plus la dissociation est étendue, plus complexe est le trouble. Beaucoup de survivants de traumatismes vivent une dissociation structurelle sans l'élaboration et l'émancipation de certaines parties dissociatives qu'on trouve dans les TDI. Le Tableau 1.1 montre les relations que nous proposons entre les niveaux de dissociation structurelle et les troubles d'origine traumatique.

TABLEAU 1.1 Diagnostics et dissociation structurelle

Dissociation structurelle primaire

Une PAN prédominante et une PE ; cette dernière, souvent, n'est ni très élaborée ni très autonome.

- Types simples de trouble du stress aigu
- Types simples d'ESPT
- Types simples des troubles dissociatifs du DSM-5
- Types simples des troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation de la CIM-10

Dissociation structurelle secondaire

Une PAN prédominante et plus d'une PE ; les PE peuvent être plus élaborées et plus autonomes que dans la dissociation structurelle primaire, mais elles le sont en règle générale moins que dans la dissociation structurelle tertiaire.

- ESPT complexe
- Troubles du stress extrême non autrement spécifiés (DESNOS)
- Autre trouble dissociatif spécifié, exemple 1 (ATDS ; en anglais : *other specified dissociative disorder*, OSDD)
- Personnalité borderline d'origine traumatique (TBP)
- Troubles dissociatifs complexes du mouvement et de la sensation de la CIM-10

Dissociation structurelle tertiaire

Plus d'une PAN et plus d'une PE ; souvent plusieurs PAN et plusieurs PE sont plus élaborées et plus autonomes que dans la dissociation structurelle secondaire (y compris avec usage de noms et de traits physiques différents)

- Trouble dissociatif de l'identité (TDI)

Modes de construction de la dissociation structurelle de la personnalité

Dans la dissociation structurelle primaire, nous avons supposé que la personnalité était un système mental relativement intégré avant la traumatisation. Cependant, ce n'est presque jamais le cas chez les enfants traumatisés. Une personnalité intégrée résulte d'un développement réussi. Les niveaux plus complexes de dissociation structurelle, chez l'adulte qui a été chroniquement traumatisé dans son enfance, se sont donc développés au sein d'une personnalité à laquelle manque la cohésion normale de l'adulte en bonne santé. Il manque aux enfants les compétences requises pour gérer des affects et des expériences difficiles, et ils ont besoin de beaucoup de soutien pour y parvenir. La plupart des personnes chroniquement traumatisées n'ont jamais eu l'occasion d'apprendre ces compétences, et elles n'ont jamais eu de soutien affectif dans les périodes de stress (cf. Gold, 2000).

La dissociation structurelle implique un blocage ou un effondrement de la progression naturelle vers l'intégration des systèmes psychobiologiques de la personnalité qu'on a pu décrire comme des états comportementaux discrets (Putnam, 1997). Elle comprend un déficit intégratif *chronique*, largement dû à une combinaison de l'immaturité des fonctions et des structures cérébrales intégratrices de l'enfant (pour une revue, cf. Glaser, 2000 ; Van der Kolk, 2003), et de l'inadaptation des régulations psychophysiologiques fournies par les adultes s'occupant de l'enfant, par exemple des carences en matière de consolation, d'apaisement, de modulation (Siegel, 1999).

2. La dissociation structurelle par opposition aux actions intégratrices

Les actions façonnent nos vies pour le meilleur ou pour le pire. Mais elles ne concernent pas seulement le comportement. Ce sont aussi des projets *mentaux* essentiels. Tous les comportements, à part les plus préréfléchis, sont dirigés par une multitude d'*actions mentales* : planification, prévisions, prise de décision, réflexions, émotions, fantasmes et désirs. Les actions comportementales comprennent une synthèse d'actions à la fois mentales et motrices. Actions mentales et actions comportementales peuvent être adaptées ou non. Notre souci auprès des survivants est de soutenir leur capacité à élever le niveau adaptatif de leurs actions.

Hiérarchie des tendances à l'action

Janet a décrit (1962a, 1938) différents niveaux de tendances à l'action, de rang inférieur, intermédiaire et élevé. Il les appelle la *hiérarchie des tendances à l'action*. Cette hiérarchie est utile en pratique clinique, car elle aide le patient et le thérapeute à

comprendre quelles sont les actions qui nécessitent une amélioration, et celles qui sont déjà à des niveaux élevés.

Les tendances à l'action de rang inférieur sont automatiques et relativement simples ; elles comprennent souvent des *actions préréfléchies*, qui sont plutôt réactives, plutôt automatiques que soigneusement réfléchies. Les actions préréfléchies sont nécessaires dans des situations où un comportement plus automatique est utile (par exemple conduire un véhicule ou s'habiller), mais elles ne constituent pas de bons substituts aux actions de niveau élevé (par exemple réfléchir et décider du comportement à adopter quand on a été humilié). La vie moderne implique souvent des situations complexes qui réclament des réactions élaborées et souples. Ce sont donc les tendances à l'action de niveau supérieur qui sont alors, en général, les plus adaptées.



Vignette clinique

Allison, patiente au lourd passé de maltraitances, se frappait la tête ou donnait des coups de poing contre les murs dès qu'elle ressentait une émotion intense, incapable de s'autoriser à la ressentir et à la penser. Les tendances à l'action de haut niveau sont créatives et souvent complexes, et elles exigent beaucoup d'actions mentales. Au fil de la thérapie, Allison a pu progressivement contrôler ses impulsions de frapper le mur (elle frappait parfois un oreiller à la place), et se permettre de ressentir ses émotions. À la fin, elle était capable d'en parler et de les prendre en compte, c'est-à-dire capable d'actions beaucoup plus adaptées, plus complexes et plus créatives que de frapper le mur.

Quel que soit leur niveau de complexité, les tendances à l'action ont des niveaux d'activation qui s'étendent de la latence à l'accomplissement, en passant par la préparation, le lancement, et l'exécution. Les survivants de traumatismes ont souvent de la difficulté à mettre en œuvre ou à mener à terme leurs actions, mentales ou comportementales. Ils peuvent les imaginer, mais non passer aux actes ; ou bien ils peuvent commencer à les exécuter, mais non les terminer ; ou encore, leurs actions peuvent ne pas avoir la qualité requise. Ces difficultés indiquent que l'individu n'a pas l'énergie mentale suffisante (ou la capacité adaptée de la mobiliser) pour réussir à mener à terme différentes actions mentales ou comportementales.

Notion de niveau mental

Le niveau le plus élevé que peut atteindre un individu à un moment donné est appelé son *niveau mental* (Janet, 1903, 1928b). Ce niveau mental, qui n'est pas toujours accessible (par exemple quand on est fatigué, stressé, ou malade), implique deux facteurs en relation dynamique l'un avec l'autre, l'énergie mentale (et physique) disponible et l'efficacité mentale (que Janet appelait *tension psychologique*, terme qui peut être aisément mal interprété, parce qu'on associe la « tension » au stress, ce qui n'était pas l'intention de Janet en utilisant le terme). Le terme de *niveau mental* indique donc la capacité à mobiliser et utiliser efficacement toute l'énergie mentale disponible à un moment donné. L'efficacité mentale inclut la notion de capacité

intégrative. La capacité d'intégrer ses expériences dépend pour l'essentiel de la capacité à atteindre un haut niveau mental. Beaucoup de survivants ont du mal à atteindre et à maintenir des niveaux mentaux élevés, quelle que soit l'énergie psychique dont ils disposent. La traumatisation représente une fixation ou une régression à des niveaux anormalement bas de tendances à l'action, et par conséquent, des niveaux mentaux faibles, au moins pour certaines parties de la personnalité.

Trois difficultés majeures sont en rapport avec l'énergie et l'efficacité mentales : 1) une énergie mentale faible ; 2) une efficacité mentale insuffisante ; et 3) les déséquilibres entre énergie et efficacité mentales. Les actions adaptées coûtent en général beaucoup d'énergie mentale ou physique. Or beaucoup de survivants fonctionnent à un niveau d'épuisement qui leur laisse peu d'énergie mentale pour faire quelque chose. La maladie physique, compagne fréquente de bien des survivants, contribue aussi à réduire l'énergie mentale. Dans ces cas, l'énergie mentale est insuffisante, même si la personne en a en principe assez pour agir. Un second problème est lié à l'insuffisance de l'efficacité mentale, même si la personne a une énergie mentale suffisante pour une tâche ou une action données. Chez les individus dissociatifs, le niveau mental peut être quelque peu variable d'une partie à une autre.

Une troisième difficulté concernant les actions adaptatives n'est en général pas seulement due à des carences particulières en termes de compétences émotionnelles ou relationnelles ; elle comprend un obstacle plus invasif, qui n'est en général ni reconnu ni traité explicitement en thérapie. C'est le problème du déséquilibre entre la quantité d'énergie disponible et la façon dont cette énergie mentale peut être utilisée au mieux pour effectuer une action adaptée dans le présent. Il existe en effet diverses combinaisons d'énergie mentale et d'efficacité mentale (cf. chapitre 9).

Souvent, les thérapeutes essaient intuitivement, sans que ce soit très clair, d'aider leurs patients à augmenter leur efficacité mentale, pour pouvoir maximiser leur énergie mentale. Dans le présent ouvrage, nous nous centrerons beaucoup sur la façon dont on peut évaluer systématiquement l'efficacité mentale du patient, améliorer et réguler son énergie et son efficacité mentales, ce qui l'aidera à s'engager dans des actions mentales et comportementales mieux adaptées. Pour ce faire, le thérapeute encourage le patient à planifier, lancer, et mener à leur terme diverses actions mentales et comportementales à des niveaux progressivement plus élevés.

Les actions substitutives

Des actions psychiques et comportementales inadaptées sont en cause dans la dysrégulation des affects et des pulsions, les difficultés d'attachement et les autres problèmes qui pèsent sur la vie des survivants de traumatismes. Des actions mentales inadéquates jouent aussi leur rôle dans le maintien permanent de la dissociation. On les appelle *actions substitutives* : ce sont des actions moins adaptées qu'il ne le faudrait, lorsque les épreuves de la vie dépassent le niveau mental du patient. Par exemple, en cas d'apparition d'émotions intenses en lui, le patient peut recourir à des scarifications ou à des

vomissements comme substituts de niveau inférieur à des actions plus adaptées comme la tenue d'un journal, la réflexion, la relaxation, ou d'autres actions qui résoudraient réellement les émotions, au lieu de les faire durer. Les gens retombent dans des actions substitutives, non seulement lorsqu'ils sont incapables de s'engager dans des actions adaptées d'ordre élevé, mais aussi lorsque l'intégration n'est pas encore possible.

Le niveau d'adaptabilité des actions substitutives peut varier : certaines atteignent des niveaux plus complexes et plus adaptés que d'autres. Certaines sont comportementales (agitation physique, compulsions, automutilations), mais beaucoup sont mentales par nature. Il y a des moments où les émotions débordent et sont intolérables ; ce sont les *émotions violentes* dont nous parlions plus haut, et elles sont par elles-mêmes des substituts à d'autres façons de gérer une situation. Les personnes enclines aux émotions violentes peuvent recourir à des stratégies mentales inadaptes : déni absolu, désaveu, projection et clivage.

Actions intégratrices

Dans le domaine des traumatismes, le terme d'*intégration* est un mot courant, qui signifie que les patients doivent assimiler leurs expériences traumatisantes (et les parties dissociatives de leur personnalité) pour pouvoir avancer dans leur vie. Mais l'intégration fait aussi partie de la vie de tous les jours, elle y est indispensable. Ce sont les actions d'intégration qui requièrent les degrés les plus élevés d'énergie et d'efficacité mentales.

L'intégration est un processus adaptatif impliquant des actions mentales permanentes, qui aident à la fois à différencier et à lier les expériences, au fil du temps, au sein d'une personnalité qui est simultanément flexible et stable ; elle favorise ainsi le meilleur fonctionnement possible dans le présent (Jackson, 1931/1932 ; Janet, 1889 ; Meares, 1999 ; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004). Cette capacité d'ouverture et de souplesse nous permet de changer quand c'est nécessaire, comme la capacité à rester fermé nous permet de rester stable, d'agir de la façon que nous avons prévue. Une personne mentalement saine se caractérise par sa grande capacité à intégrer expériences internes et externes (Janet, 1889).

Quelles sont les actions mentales particulières qui sont impliquées dans le processus d'intégration, et comment peut-on les mener à bien ? Pour traiter efficacement les personnes traumatisées, il est utile de comprendre deux grands types d'actions mentales intégratrices : la synthèse et la réalisation.

La synthèse. La synthèse est une action intégratrice majeure, au cours de laquelle nous lions et différencions une série d'expériences internes et externes, dans l'instant et au fil du temps. La synthèse comprend la liaison et la différenciation de perceptions sensorielles, de mouvements, de pensées, d'affects, avec un sentiment d'identité. Par exemple, nous savons en quoi une personne ressemble à une autre (liaison), mais aussi en quoi elle en est différente (différenciation), et en quoi notre situation présente est similaire à notre passé, mais différente aussi. Nous savons encore que le fait d'avoir des pensées folles et celui de commettre des actes fous se ressemblent par certains côtés,

mais diffèrent aussi significativement l'un de l'autre. En grande partie, la synthèse est automatique et a lieu hors de la conscience. Notre capacité à la synthèse fluctue avec notre niveau mental ; par exemple, chez une personne bien éveillée, la synthèse sera de meilleure qualité que si elle est fatiguée. La synthèse assure l'unité normative de la conscience et de l'histoire de l'individu. Des altérations de la conscience et des symptômes dissociatifs peuvent apparaître lorsqu'elle est incomplète.

La réalisation. La *réalisation* est une action mentale intégratrice liée à la première, mais de niveau plus élevé. Elle comprend les actions mentales de la prise de conscience de la réalité telle qu'elle est, de son acceptation, puis de l'adaptation réfléchie et créative du sujet à la réalité. La réalisation inclut le degré auquel l'aboutissement d'une expérience est atteint (Janet, 1935a ; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Elle consiste en deux actions mentales qui font sans cesse mûrir la perception que nous avons de nous-même, des autres et du monde (Janet, 1903, 1928a, 1935a). La première concerne l'intégration d'un vécu avec le sentiment explicite, personnel, qu'il nous appartient : « C'est à moi que c'est arrivé, et c'est moi qui en pense ceci ou cela ». La seconde consiste à être fermement ancré dans le présent, tout en intégrant son passé, son présent et son futur. Elle se manifeste à travers l'adaptation maximale et réfléchie des actes du sujet dans le présent.

Ni la PAN, ni la PE n'ont une réalisation complète du présent, elles sont incapables d'y vivre complètement. Il leur manque aussi une réalisation complète de leur traumatisation, et du fait que celle-ci est passée ; elles ont souvent été dans l'impossibilité de réaliser une foule d'autres expériences, ce qui laisse beaucoup de choses inachevées. En ce qui concerne les traumatisations, il manque à la PAN une réalisation complète de ces vécus et de leurs répercussions. Elle peut ainsi les nier, ou connaître divers degrés d'amnésie. La PAN reconnaît peut-être les expériences traumatisantes, mais elle dit : « Je n'ai pas l'impression que c'est à moi que c'est arrivé ». Quant à la PE, elle ne s'aperçoit pas que la traumatisation est terminée, elle y est toujours plongée, et il lui manque ainsi la capacité d'être pleinement dans le présent. Restreintes par leurs systèmes d'action respectifs et leurs capacités d'adaptation limitées, PAN et PE ne gèrent qu'une gamme réduite de signaux, par exemple ceux qui concernent la prise en charge de leurs intérêts défensifs. Cela réduit encore la capacité du sujet à réaliser et à intégrer complètement les souvenirs traumatiques et à être complètement situé dans le présent.

3. Le maintien de la dissociation structurelle de la personnalité

La dissociation structurelle est devenue permanente chez les patients souffrant de troubles d'origine traumatique. Un certain nombre de facteurs de dissociation structurelle de la personnalité s'entremêlent pour maintenir la dissociation, une fois celle-ci lancée (cela sera expliqué en profondeur au chapitre 9).

Plus le niveau mental de l'individu est bas, plus il est obligé de s'appuyer sur des actions substitutives qui peuvent le protéger contre des émotions et des pensées perturbantes, mais qui sont en conflit avec l'intégration des souvenirs traumatiques et des parties dissociatives liées à ceux-ci. Le niveau mental des survivants de traumatismes reste bas lorsqu'ils souffrent de carences importantes au plan de leurs compétences relationnelles et émotionnelles. Dans de nombreux cas, ces déficits sont essentiellement dus à des carences chez les personnes qui ont pris soin d'eux, au plan des modèles transmis et de la formation : beaucoup de survivants ont en effet grandi dans des milieux où ces compétences n'étaient jamais utilisées. Un niveau bas ou modeste peut être compensé par des soutiens sociaux et relationnels qui aident de façon décisive un survivant à intégrer les expériences traumatisantes. Cependant, beaucoup de survivants n'ont que peu de soutien, voire pas du tout. Ils affrontent seuls la tâche monumentale de l'intégration et la trouvent au-dessus de leurs forces. Les modifications neurobiologiques consécutives au traumatisme entravent aussi l'intégration (Krystal, Bannett, Bremner, Southwick & Charney, 1996 ; Krystal, Bremner, Southwick & Charney, 1998 ; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002 ; Perry & Pate, 1994 ; Vermetten & Bremner, 2002).

Dans ces contextes, différents effets conditionnants liés aux traumatismes ont également un rôle central dans la persistance de la dissociation structurelle : les survivants peuvent en effet développer des peurs conditionnées face à des signaux internes ou externes (stimuli conditionnels) lorsqu'ils ont appris à associer ceux-ci à l'événement traumatisant d'origine (stimuli inconditionnels) qu'ils éviteront, au plan mental et comportemental, par la suite. La dissociation structurelle est particulièrement maintenue lorsque les PAN apprennent à éviter, de façon phobique, chronique, les PE avec leurs souvenirs traumatiques et le cortège de sensations, d'émotions, et de pensées aversives qui les accompagne. La résolution de ces phobies, que nous décrivons brièvement ci-après, est un objectif majeur du traitement.

Les phobies qui maintiennent la dissociation structurelle

Traditionnellement, on a relégué les phobies dans la catégorie des troubles anxieux, et on a considéré qu'elles étaient dirigées vers des signaux externes (par exemple les araignées, les hauteurs, les microbes, la phobie sociale) et qu'elles ont une signification psychodynamique. Cependant, les phobies peuvent aussi concerner des phénomènes internes, des actions mentales comme certaines pensées, certaines émotions, des fantasmes, des sensations et des souvenirs (cf. par ex. Janet, 1903 ; McCulloch *et coll.*, 2003 ; Nijenhuis, 1994). Les thérapeutes qui travaillent avec des individus traumatisés chroniques admettront sans difficulté que ces patients ont souvent une peur extraordinaire des actions mentales aussi bien que des stimuli externes qui leur rappellent leur vécu traumatique.

D'après Janet (1904/1983b, 1935a), la phobie centrale dans la dissociation structurelle d'origine traumatique consiste à éviter la synthèse et la pleine réalisation de

l'expérience traumatisante et de ses effets dans la vie de la personne : c'est la *phobie du souvenir traumatique*. Au plan mental et comportemental, les stratégies d'évitement qui maintiennent la dissociation structurelle sont nécessaires pour empêcher l'apparition de ce qui est perçu par la personne comme d'insupportables réalisations au plan de son histoire et du sens de celle-ci. Par la suite, des phobies supplémentaires apparaissent à partir de la phobie fondamentale du souvenir traumatique. Janet affirmait (1903, 1909b, 1922) que toutes les phobies ont en commun des peurs face à (certaines) actions. Les phobies d'origine traumatique sont donc traitées dans un ordre particulier de sorte que les patients expérimentent graduellement une *capacité croissante à s'engager dans des actions adaptatives déterminées et de haute qualité*, à la fois mentales et comportementales, c'est-à-dire à parvenir à de plus hauts niveaux d'efficacité mentale. Des expériences plus complexes et plus difficiles (passées et présentes) peuvent alors progressivement être tolérées et intégrées, et l'on peut obtenir une amélioration de la vie quotidienne.

Quand les survivants associent de plus en plus de stimuli à l'expérience et au souvenir traumatiques à travers la généralisation des stimuli, ils se mettent parfois à redouter et à éviter des aspects de plus en plus nombreux de leur vie intérieure et extérieure. Par exemple, quand la PAN d'un survivant a des souvenirs traumatiques intrusifs et associe cette pénible intrusion à une PE, elle développe une phobie à l'égard de cette partie dissociative. En tant que PE, le survivant peut devenir phobique de la PAN quand il croit que cette partie ignore la PE ou lui fait du mal (par exemple par négligence ou maltraitance). En fait, les survivants de traumatismes peuvent devenir anxieux et éviter n'importe quelle action mentale, comme le fait d'avoir des émotions, des sensations ou des pensées quand celles-ci sont consciemment ou inconsciemment associées au traumatisme initial. C'est ainsi que la plupart des survivants ont à quelque degré une phobie des actions mentales d'origine traumatique (que nous appelions naguère *phobie des contenus mentaux* ; cf. par exemple Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002 ; Van der Hart & Steele, 1999). La phobie de ces actions mentales provient de la phobie centrale des souvenirs traumatiques et inclut la peur, le dégoût, la honte que la personne a associés aux souvenirs traumatiques. Tant que ces patients ont peur de leur vie intérieure, ils ne peuvent pas intégrer leurs expériences internes, et la dissociation structurelle se poursuit.

Les *phobies de l'attachement et de la perte de l'attachement* se développent facilement parce que les individus traumatisés chroniques ont été blessés par d'autres êtres humains, particulièrement ceux qui s'occupaient d'eux. L'attachement est donc vécu comme dangereux mais aussi, bien sûr, comme nécessaire. La phobie de l'attachement est souvent accompagnée, paradoxalement, d'une phobie tout aussi intense de la perte de l'attachement. Celle-ci se manifeste par des émotions et des comportements désespérés qui poussent l'individu à rencontrer une autre personne à tout prix. En général, ce sont des parties différentes de la personnalité qui expérimentent ces phobies opposées. Celles-ci s'appellent l'une l'autre en un cercle vicieux, où les changements perçus dans la proximité ou la distance d'une relation produisent le schème borderline bien connu « je te hais/ne me quitte pas », récemment décrit comme

un attachement désorganisé/désorienté (l'attachement-D – cf. par exemple Liotti, 1999a).

Autre manifestation de généralisation : la *phobie de la vie normale*. Dans la mesure où la vie normale implique au moins un niveau minimum et sain de prise de risque et de changement, beaucoup d'expériences de la vie normale sont également énergiquement évitées. Enfin, les niveaux plus mûrs de l'attachement, comme l'intimité, sont évités en raison de la pléthore de phobies liées à l'attachement et d'actions mentales d'origine traumatique qui sont devenues des stimuli conditionnels, parce que la plus grande part de la traumatisation chronique est de nature interpersonnelle.

4. Le traitement par phases de la traumatisation chronique

La théorie de la dissociation structurelle a des conséquences majeures sur l'évaluation et le traitement des traumatisés chroniques (cf. par exemple Steele *et coll.*, 2001, 2005). Il est utile pour le thérapeute de comprendre les implications de la dissociation structurelle en tant que division anormale de la personnalité, la façon dont elle se manifeste et dont il faut la traiter. Il serait souhaitable qu'il s'efforce de saisir l'importance non seulement des aspects psychodynamiques, relationnels et comportementaux du traitement, mais aussi de devenir compétent dans l'évaluation et le travail avec l'énergie mentale et les niveaux mentaux des patients. Le thérapeute doit analyser les actions mentales et comportementales du survivant sur le plan de l'adaptabilité. Il trouvera utile d'avoir à sa disposition une multitude d'interventions transcendant tous les modèles théoriques, lui permettant de maximiser l'aide qu'il peut apporter en faisant progresser le niveau des tendances à l'action dans chacune des parties de la personnalité de son patient au cours de la thérapie.

Dans le domaine de l'ESPT complexe et des troubles dissociatifs, les grandes approches thérapeutiques sont en général des traitements par phases ; elles sont considérées comme l'état de l'art actuel, et comprennent les phases suivantes : 1) stabilisation et réduction des symptômes ; 2) traitement des souvenirs traumatiques, et 3) intégration et rééducation de la personnalité. Ces phases ont été décrites de manière linéaire, mais elles sont en réalité souples et récursives, avec périodiquement la nécessité de revenir à certaines phases antérieures (Courtois, 1999 ; Steele *et coll.*, 2005).

Chacune des phases comprend une *approche de résolution des problèmes et de construction des compétences* au sein du contexte plus large d'une *approche relationnelle* (Brown, Schefflin & Hammond, 1998). Lorsque des niveaux plus élevés d'efficacité mentale sont atteints, une spirale ascendante se produit, permettant d'intégrer du matériel dissocié, auparavant insupportable, et d'aborder des zones dysfonctionnelles plus profondes. Le traitement par phases peut être assez simple pour les cas relativement peu complexes de traumatisation. Cependant, il est parfois beaucoup plus

compliqué, avec davantage d'altérations entre les phases, lorsqu'il doit aborder des difficultés multifformes et chroniques.

L'évaluation

Les patients traumatisés chroniques cherchent souvent de l'aide pendant une crise. Même s'ils ont besoin d'une assistance immédiate, il est essentiel de ne pas renoncer aux procédures normales d'évaluation, avec un diagnostic complet, des tests psychologiques et un relevé complet de l'histoire du patient (avec ses traumatismes éventuels et les traitements antérieurs). Ces patients ont parfois une grave comorbidité. Ils peuvent remplir les critères de nombreuses catégories diagnostiques, ce qui rend à peu près impossible une explication cohérente de leur large psychopathologie.

Si l'évaluation systématique de symptômes et de troubles dissociatifs ne fait pas partie de la routine, elle est tout de même indiquée chez les patients qui ont une comorbidité et des symptômes complexes, rapportent avoir vécu des traumatismes, ou se présentent avec une série « d'échecs thérapeutiques ». Ici, nous ajoutons un avertissement : les patients peuvent avoir, sous-jacente, une organisation dissociative de la personnalité qui n'est pas répertoriée dans tel ou tel trouble dissociatif du DSM-5. Par exemple, un patient chez qui on a diagnostiqué un trouble borderline de la personnalité peut être caractérisé par une dissociation structurelle secondaire, et la même chose peut s'appliquer à un patient présentant un trouble somatoforme, décrit dans la catégorie diagnostique de la CIM-10 des troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation (World Health Organisation). Cependant, ce n'est en général qu'au fil du temps et d'une longue et soigneuse observation que le thérapeute acquiert une vue plus claire de la complexité de la dissociation structurelle de son patient.

Dans la planification d'un parcours thérapeutique adapté, il est essentiel d'évaluer les forces et les faiblesses particulières du patient, comme son fonctionnement en termes de niveau mental (c'est-à-dire le niveau le plus élevé qui peut être atteint dans la hiérarchie des tendances à l'action, parallèlement à l'énergie mentale disponible). Certains patients peuvent fonctionner à un niveau élevé dans la vie de tous les jours, exceller dans une profession exigeante, avec une baisse occasionnelle de leur niveau mental dans des situations qui réactivent des souvenirs traumatiques ou qui demandent des compétences qu'ils ne maîtrisent pas encore. D'autres peuvent fonctionner à un niveau faible, à la fois en termes de hiérarchie des tendances et d'énergie disponible. L'évaluation complète du niveau mental du patient et de ses fluctuations doit comprendre toute une série de domaines, incluant le travail, les relations, la capacité à prendre soin d'autrui, à jouer, les habitudes de sommeil et d'alimentation, les situations potentiellement menaçantes, et la compétence dans les actions mentales qui accompagnent les actions comportementales. Quand on a évalué chez un patient une incapacité à traiter de façon adaptée une difficulté ou une situation particulières, les actions substitutives de rang inférieur qu'il utilise doivent être identifiées comme des cibles possibles de traitement.

Quand la dissociation structurelle de la personnalité est évidente, il est utile, dans la planification du traitement, de distinguer les PAN et les PE et leurs différences de niveau mental. Les PAN fonctionnent en général à des niveaux plus élevés que les PE, mais elles sont parfois envahies par les intrusions des PE. Ce n'est qu'au fil du temps qu'on peut acquérir une vue claire du nombre et du type des parties dissociatives, de leur efficacité et de leur énergie mentale respectives. Cependant une évaluation complète, telle qu'on l'a décrite brièvement ici (on y reviendra de façon plus approfondie dans le chapitre 11), peut fournir des informations suffisantes pour un premier plan de traitement.

Phase 1 du traitement : stabilisation et réduction des symptômes

La phase 1 est consacrée à l'accroissement du niveau mental et des actions adaptatives des PAN et des PE dominantes, pour permettre au patient un meilleur fonctionnement dans la vie de tous les jours. Cette phase du traitement vise à aider les patients à atteindre un certain niveau d'équilibre dans leurs actions mentales et comportementales, à partir de l'énergie et de l'efficacité mentale dont ils disposent. La thérapie cherche à élever le niveau mental de la PAN et des principales PE qui sont intrusives et interfèrent avec la thérapie et la sécurité du patient. Cela signifie que le survivant doit améliorer la qualité (et parfois la quantité) de sa réflexion dans ses actions mentales et comportementales. Si cela est relativement simple dans des cas de dissociation structurelle primaire dans le contexte d'une psychothérapie à court terme (Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998), il faut en général, dans les cas de dissociation structurelle secondaire et tertiaire, y consacrer des efforts thérapeutiques beaucoup plus soutenus et plus longs.

Il est important pour les patients d'apprendre à travailler avec les contraintes de leur énergie à un moment donné, d'apprendre ce qui améliore et ce qui amoindrit leur énergie et de réduire les dépenses d'énergie inefficaces. Surtout, ils doivent commencer à apprendre et à vivre le fait que des actions mentales et comportementales menées à leur terme accroissent leur niveau mental. Certains en font trop, ou vont au-delà de l'énergie dont ils disposent. Il leur faut apprendre à se simplifier la vie et à se reposer davantage. La réduction d'un agenda trop chargé laisse du temps et de la place pour se tourner vers les actions mentales qu'on évitait par de trop nombreuses actions comportementales. D'autres patients, gravement bloqués, incapables de finir quoi que ce soit, ont besoin de s'engager dans davantage, non pas moins, d'actions mentales et comportementales. Pour d'autres encore, pris dans des obsessions sans fin et une intellectualisation excessive, il faut simplifier les actions mentales, de sorte que les actions comportementales deviennent plus adaptées. Dans tous les cas, des actions de rang supérieur, comprenant une réflexion et une planification, sont nécessaires, et il est indispensable d'améliorer ou de stabiliser l'énergie et l'efficacité mentales.

Une faible efficacité mentale contribue à des actions substitutives, qui se manifestent comme des symptômes graves et pénibles, par exemple des comportements autodestructeurs. Pour améliorer le fonctionnement de la PAN dans la vie quotidienne, il faut réduire ou éliminer ces symptômes qui affaiblissent la personne, de même que les symptômes de dépression, d'anxiété et d'ESPT. La contention des souvenirs traumatiques est d'une importance capitale. Les patients ont parfois besoin d'apprendre et de pratiquer de nombreuses compétences émotionnelles et relationnelles, ce qui va élever leur niveau mental.

Pour encourager systématiquement les actions adaptées, le traitement, dans la phase 1, vise à surmonter les phobies particulières d'origine traumatique : la phobie des actions mentales dérivées du traumatisme, y compris la phobie des parties dissociatives de la personnalité, aussi bien que la phobie de l'attachement et de la perte de l'attachement, doivent être perlaborées avec le thérapeute. On commencera alors à aborder la phobie des changements et de la vie normale, travail qu'on poursuivra à des niveaux plus complexes tout au long de la thérapie. La présence de ces phobies indique que les patients ont des difficultés restées pendantes, et qu'ils dépensent de l'énergie pour éviter ou bloquer ces problèmes non résolus. Face à leurs phobies, les survivants s'engagent en général dans des actions substitutives de niveau inférieur, lesquelles abaissent leur niveau mental ou l'empêchent de s'élever, de sorte que l'intégration reste chroniquement hors d'atteinte. La thérapie doit aborder ces graves difficultés en se servant de l'économie de l'énergie mentale. Le patient doit progressivement développer une compréhension et une empathie pour toutes les parties de sa personnalité, et engendrer une meilleure coopération entre celles-ci, sans partager encore les souvenirs traumatiques. Ainsi, dès les premières étapes du traitement, on encourage l'instauration d'une personnalité plus cohérente, plus stable, plus souple.

Phase 2 du traitement : le traitement des souvenirs traumatiques

Un objectif majeur de la phase II est de résoudre la phobie des souvenirs traumatiques parmi les diverses parties de la personnalité, de sorte que la dissociation structurelle devienne superflue. Cette phase du traitement demande généralement aux patients de maintenir un niveau mental supérieur à celui qui existait lorsqu'ils ont commencé leur thérapie. La réussite tiendra essentiellement à la prudence du travail, comprenant la régulation de l'hyper- et de l'hypo-activation physiologique. La résolution du souvenir traumatique et des émotions et croyances qui y sont liées constitue une partie très difficile et très complexe de la thérapie (cf. chapitre 16).

Parmi les phobies additionnelles qu'il faut aborder au cours de cette phase se trouvent celles qui sont liées à un attachement anxieux à l'agresseur. Les patients sont à la fois fortement attachés à leurs agresseurs et naturellement enclins à les fuir ; il faut résoudre ce dilemme central entre approche et évitement. Diverses parties de la personnalité peuvent exprimer des visions divergentes et souvent irréalistes des

agresseurs (par exemple : « Il sait ce que je pense et il va me punir », ou « il ne peut pas faire de mal »). Elles doivent être clarifiées en douceur au fil de la thérapie. En dernière instance, il leur faudra faire le deuil de la perte d'une famille idéale et apprendre à apprécier une vie d'adulte interdépendant.

Des incursions occasionnelles dans le travail de phase 3 peuvent se produire, sans résolution, ou très faible, des souvenirs traumatiques. Cependant, le travail de la phase 2 est en général nécessaire, parce que la résolution des traumatismes jusque-là non réglés contribue à élever le niveau mental global de la personne, et élimine les obstacles chroniques des répétitions et de la réactivation des traumatismes. En règle générale, on a des allées et venues assez spontanées entre la phase 2 et les phases 1 et 3.

Phase 3 de la thérapie : intégration et rééducation de la personnalité

La phase 3 est souvent la partie la plus difficile de la thérapie (Van der Hart, Steele *et coll.*, 1993) : il s'agit d'un pénible travail de deuil, indispensable pour que se produise une réalisation croissante, avec l'abandon de croyances substitutives fortement ancrées et un effort pour s'engager dans le monde avec de nouvelles compétences ; ces nouvelles compétences réclament un haut degré d'efficacité et d'énergie mentales. Même s'il a débuté dans les premières étapes de la thérapie, le travail permanent de résolution de la phobie du changement et de la vie normale doit se poursuivre au cours de la phase 3. Finalement, le couronnement d'une thérapie réussie est peut-être le fait de surmonter la phobie de l'intimité ; c'est un élément essentiel de qualité de vie pour le patient. Les patients qui ne parviennent pas à achever la phase 3 continuent souvent à éprouver des difficultés dans la vie courante, malgré un soulagement important des intrusions traumatiques. Mais pour ceux qui la réussissent, la qualité de vie peut s'en trouver remarquablement améliorée.



L'ESSENTIEL

Ce chapitre présente un synopsis de la suite du livre concernant la compréhension et le traitement de la traumatisation chronique et de la dissociation structurelle.

PARTIE I

La dissociation structurelle de la personnalité

CHAPITRE 1

La dissociation structurelle de la personnalité : éléments fondamentaux

J'ai un autre moi... baigné de larmes... je le porte au fond de moi comme une blessure.

Michel Tournier (1972, p. 21)

Quel genre d'événements, quelles caractéristiques personnelles peut-on mettre en rapport avec la dissociation, et qu'est-ce qui est, en fait, dissocié chez l'individu traumatisé ? Ces points, essentiels pour la compréhension de la dissociation, sont souvent confus. Le présent chapitre les aborde.

1. Les origines traumatiques de la dissociation structurelle de la personnalité

Le terme de *traumatisme* est utilisé couramment et de façon vague : nous commencerons donc par établir les paramètres du terme *traumatisation* tel que nous l'utilisons spécifiquement, en rapport avec la dissociation structurelle de la personnalité. Fondamentalement, « trauma » signifie « blessure » (Winnick, 1969), ou « choc ». Le terme a été appliqué pour la première fois à l'impact psychologique d'événements stressants par un neurologue allemand, qui a introduit l'expression « trauma psychique » (Eulenburg, 1878 ; Van der Hart & Brown, 1990). Dans la littérature

clinique et scientifique, le terme d'*événement traumatisant* est courant, et celui de *traumatisme* est souvent utilisé comme synonyme de tels événements (Kardiner & Spiegel, 1947). Pourtant, les événements ne sont pas traumatisants en eux-mêmes, ou plutôt, ils le sont potentiellement par l'effet qu'ils ont sur une personne donnée : tout le monde ne sera pas traumatisé face à un même événement extrêmement stressant. Par conséquent, lorsque nous parlons de *traumatisme* dans ce livre, nous ne nous référons pas à un événement, mais seulement à la « blessure » émotionnelle chez les personnes qui ont développé un certain degré de dissociation structurelle, un trouble d'origine traumatique.

Le niveau de traumatisation d'un individu est déterminé par l'interaction de deux ensembles de facteurs : les caractéristiques objectives de l'événement, et les caractéristiques subjectives définissant l'énergie et l'efficacité mentales de la personne (les composants de sa capacité intégrative). Nous nous centrons ici sur des facteurs généraux de vulnérabilité intrinsèques à la fois aux adultes et aux enfants.

2. Caractéristiques des événements potentiellement traumatisants

Certains événements sont potentiellement plus traumatisants que d'autres. Ils provoquent des vécus puissants, soudains, incontrôlables, imprévisibles, et extrêmement négatifs (Brewin, Andrews & Valentine, 2000 ; E.B. Carlson, 1997 ; E.B. Carlson & Dalenberg, 2000 ; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992 ; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997). Les violences interpersonnelles, incluant des blessures physiques ou des menaces de mort, ont plus de chances d'être traumatisantes que d'autres sortes d'événements très stressants comme les catastrophes naturelles (cf. par exemple APA, 1994 ; Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson & Lucia, 1999 ; Darves-Bornoz, Lépine, Choquet, Berger & Degiovanni *et coll.*, 1998 ; Holbrook, Hoyt, Stein & Sieber, 2002). Les événements qui ne menacent pas directement la vie, mais représentent une perte d'attachement (Waelde, Koopman, Rierdon & Spiegel, 2001) ou une trahison de la part d'une personne objet d'attachement (Freyd, 1996), accroissent aussi le risque de traumatisation. Les maltraitances à enfant comprennent souvent la totalité de ces facteurs.

Chez les enfants, la violence interpersonnelle s'accompagne habituellement de négligences (Draijer, 1990 ; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger & Steele, 2004). Mais la négligence peut aussi se produire au sein des relations adultes. C'est une forme de traumatisation dans laquelle manquent les expériences essentielles de soins physiques ou affectifs, d'apaisement, de réparation, normalement fournies par les personnes importantes de l'entourage. Pour le développement de l'enfant, ces expériences sont indispensables, et chez l'adulte, elles peuvent être nécessaires dans certaines circonstances, par exemple les contrecoups d'événements traumatisants.

C'est l'exposition récurrente, au fil du temps, à des stressseurs majeurs comme les maltraitements à enfant qui paraît avoir les effets les plus pernecieux sur les survivants de traumatismes. La traumatisation chronique accroît le risque d'apparition de troubles d'origine traumatique et de symptômes plus graves et plus généralisés, parmi lesquels l'usage de drogue (Dube, Anda *et coll.*, 2003) et les tentatives de suicide (Dube, Felitti *et coll.*, 2001). On y trouve des symptômes non seulement mentaux, mais aussi physiques, car le développement du cerveau et la fonction neuroendocrine en sont compromis (Anda *et coll.*, 2006 ; Dube *et coll.*, 2003 ; Breslau, Davis & Andreski, 1995 ; Draijer & Langeland, 1999 ; Glaser, 2000 ; Hillis *et coll.*, 2004 ; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004 ; Ozer, Best, Lipsey & Weis, 2003 ; B.D. Perry, 1994 ; Schore, 2003a, 2003b). La traumatisation chronique est un facteur majeur dans le développement de formes plus complexes de dissociation structurelle.

Le manque de soutien social constitue un facteur majeur de risque d'apparition de troubles d'origine traumatique (voir par exemple Brewin *et coll.*, 2000 ; Ozer *et coll.*, 2003). C'est peut-être particulièrement vrai pour les enfants, parce qu'ils dépendent complètement de l'aide des adultes pour arriver à intégrer les expériences difficiles. Pour maintenir et améliorer son efficacité mentale, il faut avoir du confort, du soutien, et être entouré (cf. par ex. Runtz & Schallow, 1997), en partie parce que cela a d'importants effets calmants au plan physiologique (Schore, 1994 ; 2003b) et des effets favorables sur le système immunitaire (Uchino, Cacioppi & Kieclot-Glaser, 1996). Un contact physique chaleureux est un excellent réducteur du stress et peut contribuer à moduler les fortes réactions émotionnelles (Kramer, 1990 ; Nijenhuis & Den Boer, 2007 ; Weze, Leathard, Grange, Tiplady & Stevens, 2005).

3. Caractéristiques individuelles

Chez beaucoup d'adultes, les événements bouleversants sont suivis de sentiments aigus de détresse et de quelques intrusions, mais ces phénomènes se dissipent en règle générale en quelques semaines ou quelques mois, et ne donnent habituellement pas de troubles post-traumatiques (Kleber & Brom, 1992). Les intrusions péritraumatiques peuvent être considérées comme les manifestations d'une division mineure et passagère de la personnalité, avant l'intégration complète de l'expérience stressante. Mais certains individus vont développer des troubles traumatiques : les études montrent qu'environ 10 à 25 % des adultes exposés à un stressseur extrême risquent de développer un trouble simple du stress aigu (ASD ; APA, 1994) ou un ESPT (Breslau, 2001 ; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995 ; Yehuda, 2002).

Les méta-analyses ont repéré plusieurs grands prédictors du ESPT chez l'adulte : les traumatisations antérieures (cumulées), en particulier les maltraitements infantiles chroniques, les adaptations psychologiques antérieures, une psychopathologie familiale, la perception d'un danger mortel au cours de la traumatisation, des réactions émotionnelles péritraumatiques, une dissociation péritraumatique, un manque de soutien social, et le sexe de la personne (Brewin *et coll.*, 2000 ; Emily, Best, Lipsey

& Weiss, 2003 ; Holbrook, Hoyt, Stein & Sieber, 2002 ; Lensveldt-Mulders *et coll.*, 2008 ; Ozer *et coll.*, 2003). Les enfants maltraités ont souvent pratiquement tous ces facteurs de risques à la fois.

Interaction génétique/environnement

La personnalité est définie pour partie par les interactions entre notre environnement et notre constitution génétique. Des facteurs génétiques peuvent contribuer à une vulnérabilité aux situations stressantes et à des caractéristiques de personnalité influant sur les risques de se mettre dans des situations potentiellement dangereuses (Jang *et coll.*, 2003). Pourtant, l'existence d'un lien génétique direct avec la traumatisation est loin d'être évidente (Brewin *et coll.*, 2000 ; Emily *et coll.*, 2003 ; McNally, 2003).

Efficacité mentale, énergie mentale

Pour que la personnalité reste à peu près unifiée après une exposition à un stress extrême, il faut que la personne ait un niveau élevé d'efficacité mentale. Une dissociation structurelle peut se produire lorsque l'efficacité mentale et l'énergie psychique de l'individu (ces points sont abordés en profondeur dans la partie II, et le chapitre 12) sont trop bas pour pouvoir intégrer pleinement ce qui s'est passé. L'efficacité mentale varie d'une personne à l'autre, s'accroît avec l'âge (mais décroît en général avec le vieillissement) et tend à changer sous l'influence de variables telles que le niveau d'énergie physique et mentale, la santé physique et mentale, l'humeur et l'émotionnalité, et l'exposition au stress. L'efficacité et l'énergie mentales sont équilibrées (c'est-à-dire forment un niveau mental élevé), chez les individus sains d'esprit, ce qui permet à ceux-ci d'intégrer les événements mentaux relatifs à leur niveau de développement (Jackson, 1931-1932 ; Janet, 1889 ; Meares, 1999 ; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002).

L'intégration est impossible lorsque l'individu évite les souvenirs traumatiques, s'empêche de penser à l'expérience traumatisante, a une interprétation négative des souvenirs intrusifs liés au traumatisme, ou encore est épuisé. Ces réactions sont prédictives d'un ESPT, chez l'enfant (Ehlers, Mayou & Bryant, 2003) comme chez l'adulte (Laposa & Alden, 2003 ; Marmar *et coll.*, 1996). Nous pensons que les individus ont le plus de risques de s'engager dans des actions mentales comme l'évitement, la suppression ou les cognitions négatives lorsque leur efficacité mentale est basse ; c'est particulièrement vrai de la partie apparemment normale de la personnalité (PAN), la partie dissociative de la personnalité qui évite le souvenir traumatique. Toutefois, la partie émotionnelle de la personnalité (PE), bloquée dans les souvenirs traumatiques, peut également éviter autant la PAN que la réalité présente.

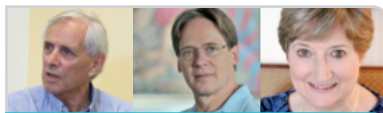
Comment survivre au trauma

Le quotidien des personnes atteintes de traumatisme chronique est une lutte permanente. En effet, tous les jours, des symptômes, souvent graves, les handicapent et leur compliquent la vie, en particulier dans le domaine des relations aux autres. Leur vie psychique est divisée, dissociée, conflictuelle. Leurs symptômes, souvent mal compris, sont d'autant plus difficiles à interpréter que ces personnes tentent souvent de les dissimuler. Difficile donc pour le thérapeute d'identifier et de traiter la source de leurs problèmes.

Afin d'aider les thérapeutes et leurs patients, traumatisés, à mieux comprendre et à traiter efficacement les troubles dissociatifs, *Le soi hanté* expose de façon claire la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et propose un modèle de traitement en trois phases :

- **identification des actions mentales et comportementales inadaptées ;**
- **traitement des traumatismes et des phobies ;**
- **acquisition de meilleures compétences pour parvenir à une unification harmonieuse de la personnalité jusque-là dissociée.**

Cliniciens, étudiants en psychologie et psychiatrie et chercheurs trouveront dans cette nouvelle édition des outils et des conseils concrets pour rendre les thérapies plus efficaces.



- **Onno van der Hart** est professeur émérite de psychopathologie à l'université d'Utrecht (Pays-Bas). Ancien président de l'ISSTD, il est actuellement consultant et formateur pour les sujets liés à la dissociation et au trauma.
- **Ellert R. S. Nijenhuis** est psychologue clinicien, psychothérapeute et chercheur. Il a pratiqué pendant plus de 30 ans au Mental Health Care Drenthe, Pays-Bas. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages de référence sur le trauma et la dissociation.
- **Kathy Steele** pratique en consultation privée ainsi que dans le cadre des Metropolitan Psychotherapy Associates à Atlanta, États-Unis. Elle a été présidente de l'ISSTD.

DANS LA MÊME COLLECTION



Prix : 42,90 €

ISBN : 978-2-8073-6136-2



deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com